

הנחיות להגשת תביעת השתלות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים בהתאם לסוג תביעתך כפי שמפורט בטופס. לתשומת ליבך, בהיודע על הצורך בטיפול רפואי בחו"ל, עליך לפנות לחברה מראש לקבלת אישור המהווה תנאי מהותי לחבות החברה. לידיעתך, במקרה ולא יינתן האישור כאמור, ייתכן כי יהיה בכך לפגוע בזכאותך לתגמולי ביטוח. יודגש, כי אין במפורט בהנחיות אלו להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת, לפיכך וטרם קבלת החלטה על אופן הפעולה הנדרש, אנא וודא כי אכן הכיסוי המפורט מצוי בפוליסה שרכשת. מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד בטופס בכל פנייה לרופאים. את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433
- לתיבת דוא"ל: Tb@fnx.co.il
- פקס: 03-7336946
- באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה מסמך למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

טופס תביעה - השתלות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

פרטי המבוטח				
מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
כתובת (מלאה)	כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)		נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)	
שם איש קשר	טלפון נייד של איש הקשר	שם מקום העבודה של בן/ת הזוג	טלפון נוסף	
קופת חולים	סניף	כתובת	שם הרופא המטפל	

באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: דואר ישראל או לחלופין דואר אלקטרוני.
נא סמן ב- ✓ את אמצעי התקשורת המועדף עלייך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: דואר ישראל דואר אלקטרוני.
 בהעדר סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
נא סמן ב- ✓ במידה והנך מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 אני מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 הנני מאשר לשלוח לסוכן הביטוח בפוליסה עותק מההתכתבויות הקשורות לתביעה.
 בעקבות הוראת הפיקוח, על המבוטח חלה חובה למלא, בנוסף לפרטים האישיים, את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

ביטוחים נוספים			
האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית

פרט את שמות הרופאים אליהם פנית בקשר עם הבעיה הרפואית בנושא התביעה:

הצהרת המבוטח
 אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהה לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהן כל שינוי.
 ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי ולכן איני זכאי לקבל מעבר להוצאה בפועל אך ככל שיתקבל החזר גם מגורם נוסף, יכול גובה החזר משני הגורמים להגיע עד לסכום ההוצאה בפועל

דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שיש בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף

אני החתום מטה מצהיר כי הקבלות המפורטות מטה הוגשו או שיוגשו לגורם אחר, והתקבל או שאמור להתקבל החזר בגינן.
 במקרה והקבלות הוגשו לגורם אחר והתקבל החזר, עליך לצרף בנוסף לקבלה/חשבונית את האישור על גובה החזר שהתקבל.

תאריך	מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית	הגורם ממנו נתבע החזר	סכום החזר שהתקבל	סכום החזר שעתידי להתקבל

דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף

הנני מתחייב ומצהיר כי לא אעשה כל שימוש בקבלות המקוריות וכי לא הגשתי ולא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לכל גורם אחר, מלבד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס"), להחזר בגין אותן קבלות. הנני מתחייב כי מקום בו יובא לידיעת הפניקס כי פעלתי לקבלת כפל תשלום תוך הצגת הקבלות לגוף אחר, אפעל להשבת הכספים ששולמו על ידי הפניקס, ככול ששולמו, ואין ולא תהינה לי טענות ביחס לכך..

אנא פרט	סכום בש	שם תרופה	אנא פרט	עלות חודשית

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטנים ככל שהבקשה לקבלת תגמולי ביטוח מוגשת עבורם.

<input checked="" type="checkbox"/>					
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימת המצהיר	

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח

<input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני בבנק				
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
כתובת הסניף			טלפון הסניף	
הערות:				

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה _____ בעל הפוליסה הנ"ל, מס' ת.ז. _____
 מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

<input checked="" type="checkbox"/>				
תאריך	חתימת המבוטח			

דיווח על השתלות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל למילוי על ידי הרופא המטפל**פרטי המבוטח**

מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
-------------	---------	----------	------

פרטי הרופא המטפל - קופ"ח

שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון	נייד
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.
מיקוד	פקס			

נא ענה על כל השאלות

1. נא פרט מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח:

2. המבוטח בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש):

ממתי סובל המבוטח מבעיה זו (על פי תיק רפואי)? מתאריך

3. נא פרט את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית:

מתאריך

מתאריך

האם האבחנה קשורה בתאונה? כן לא תאונת דרכים תאונת עבודה אחר

4. נא פרט מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח:

מתאריך

מתאריך

מתאריך

5. ממליץ על השתלה טיפולים ניתוח אחר, פרט:

6. מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח/ההשתלה? מתאריך

שם הרופא הממליץ

מידע נוסף לגבי הטיפול הרפואי

X

חתימה וחומת רופא המטפל/ת

שם הרופא המטפל

תאריך

טופס בקשה למידע רפואי ויתור סודיות

← פרטי המבוטח

מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
-------------	---------	----------	------

← ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לבתי החולים ו/או למי מטעמם ו/או לכל המוסדות הרפואיים ו/או המכונים הרפואיים ו/או בתי החולים האחרים כולל בתי החולים הכלליים ו/או הפרטיים ו/או הפסיכיאטרים ו/או השיקומיים ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין של כל המפורטים עד כה ו/או לכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או למי מטעמם, ו/או למשרד הביטחון ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשטרה ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל מוסד ו/או לחברות הביטוח האחרות ו/או לגורם אחר(להלן: "המוסדות") למסור להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה (להלן: "המבטח") את כל הפרטים המצויים ביד המוסדות ובאופן שידרוש המבטח, על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מלה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור לעיל בכתב ויתור זה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות. כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

* לתשומת ליבך, ישנם מוסדות המתנים את מסירת המסמכים הרפואיים, בקבלת וויתור על סודיות רפואית הכולל חתימה וחותרמת של עד מהימן, לרבות פרטיו המלאים (שם מלא + ת.ז. או מספר רישיון). עד מהימן יכול להיות: רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק. לכן ועל מנת לחסוך זמן, מומלץ להחתים עד העונה להתניה הנ"ל.

- במקרה של יורשים על היורשים יש לחתום בצירוף צו ירושה או צו קיום צוואה.

תאריך	X	חתימת המבוטח
-------	---	--------------

← במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתימו:

פרטי האפטרופוס	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	X	חתימה
----------------	-------------------	-------	------	---	-------

← במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים (האפטרופוסים הטבעיים של הקטין):

פרטי האם	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	X	חתימה
פרטי האב	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	X	חתימה

← פרטי עד לחתימה (עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח - סמן בעיגול את התחום)

פרטי העד	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	X	חתימה + חותמת ומספר רישיון
----------	-------------------	-------	------	---	----------------------------

המסמכים הנדרשים

1. טופס דיווח על טיפולים רפואיים, למילוי על ידי הרופא המטפל הרלוונטי המצ"ב.
2. מסמכים רפואיים לרבות טפסי שחרור מבית חולים, הכוללים אבחנה רפואית ומידע על ההיסטוריה הרפואית.
3. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש, כולל חתימה וחתומת העד לחתימה חותמת ומספר הרישיון של העד, המצ"ב.
4. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית בתביעה מעל 10,000 ש"ח.

מסמכים נוספים הנדרשים בהתאם לסוג הפיצוי הנתבע

השתלות איברים באמצעות החברה

1. התכתבויות עם נציגי בית החולים ו/או הרפואיים בחו"ל - במידה והתקיימו.
2. המלצה של רופא מומחה בתחום לביצוע השתלה.
3. מסמכים וקבלות להוכחת עלות הוצאות השתלה המוכרות על פי הפוליסה.

פיצוי בגין השתלה בחו"ל ללא מעורבות החברה

1. טופס שחרור מבית חולים בו בוצעה השתלה.
2. אישור מהמחלקה הרלוונטית בבית חולים בישראל על ביצוע השתלה.

פיצוי בגין השתלת איבר לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות

1. אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר.
2. אישור מהמחלקה הרלוונטית בבית חולים בישראל לפיו עדיין לא בוצעה השתלה.

גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה

טופס שחרור מבית חולים בו בוצעה השתלה.

טיפולים וניתוחים מיוחדים בחו"ל

1. התכתבויות עם נציגי בית החולים ו/או הרפואיים בחו"ל - במידה והתקיימו.
2. המלצה של רופא מומחה בתחום לביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל הכוללת התייחסות מפורטת לצורך בביצועם בחו"ל.
3. מסמכים וקבלות להוכחת עלות הוצאות הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל המוכרות על פי הפוליסה.

ניתוחים בחו"ל

1. התכתבויות עם נציגי בית החולים ו/או הרפואיים בחו"ל - במידה והתקיימו.
2. המלצה של רופא מומחה בתחום לביצוע הניתוח.
3. מסמכים וקבלות להוכחת עלות הוצאות הניתוח בחו"ל המוכרות על פי הפוליסה.