

טופס תביעה - ניתוחים - למילוי על ידי המבוטח/ת

מבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופאים והקפיד/י על מילוי כנדרש.

פרטי המבוטח/ת									
מס' הפוליסה		שם פרטי		שם משפחה		ת.ז.		תאריך לידה	
מקום עבודה		טלפון בית		נייד		פקס		איש קשר	
כתובת (רחוב)		בית		דירה		עיר/יישוב		מיקוד	
קופת חולים		סניף		כתובת		שם הרופא המטפל			
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג		שם איש קשר לתביעה		נייד		טלפון נוסף			

ביטוחים נוספים			
האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>	שם החברה
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>	שם התוכנית
האם יש השתתפות של קופת חולים?	כן <input type="radio"/>	לא <input type="radio"/>	שם החברה
פרט את שמות הרופאים אליהם פנית בקשר עם הבעיה הרפואית בנושא התביעה: <input type="checkbox"/> אמצעי התחייבות מקופת חולים (ט' 17) <input type="checkbox"/> לרופא <input type="checkbox"/> לבית החולים <input type="checkbox"/> לרופא ולבית החולים			

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח/ת	
תאריך	אנא פרטי/להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה וכו' / סכום בש"ח (מצ"ב חשבונית)

לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בעמוד 3

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח/ת (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)					
<input type="checkbox"/> נא להעביר לזכות חשבוני בבנק					
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון	הערות:

הצהרת המבוטח/ת - אישור כי ברשותי מערכת הכללים לביור ויישוב תביעות ואמנת השירות של הפניקס לטיפול בתביעות	
הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים לביור ויישוב תביעות ואמנת השירות הרלוונטית של הפניקס לטיפול בתביעות, כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/>	
חתימת המבוטח/אפוטרופוס	

הצהרת המבוטח/ת - אישור קבלת תכתובת מהמבטח באמצעות הסוכן	
הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמע עבורי כמען לקבלת כל התכתובות מהמבטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואגרת הפניקס.	תאריך
<input checked="" type="checkbox"/>	
חתימת המבוטח/אפוטרופוס	

יתור 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 הסייעודי 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 הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.	תאריך
אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה 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, ילדי הקטנים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.	
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה
	תאריך

דיווח על טיפולים רפואיים – למילוי על הרופא/ה לטיפול בנייתוחים

פרטי המבוטח/ת			
מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	.ת.ז.

פרטי הרופא המטפל - קופ"ח			
בוצר	איתמר	אורטופדיה	03-5505021
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון
אינשטיין	40	תל אביב	054-8080350
כתובת (רחוב)	בית	דירה	נייד
(רחוב)	40	תל אביב	03-5505135
כתובת (רחוב)	בית	דירה	פקס
(רחוב)	40	תל אביב	03-5505135
כתובת (רחוב)	בית	דירה	מיקוד
(רחוב)	40	תל אביב	פקס

נא ענה על כל השאלות	
1. נא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל/ת המבוטח/ת:	
2. המבוטח/ת בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש):	
ממתי סובל/ת המבוטח/ת מבעיה זו (על פי תיק רפואי)? מתאריך	
3. נא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית:	
	מתאריך
האם האבחנה קשורה בתאונה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> תאונת דרכים <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/>	
4. נא פרטי/י מחלות וליקויים מהם סובל/ת המבוטח/ת:	
	מתאריך
	מתאריך
	מתאריך
5. ממליצה/ה על <input type="radio"/> השתלה <input type="radio"/> טיפולים <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> אחר, פרטי/י:	
6. מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח/ההשתלה? מתאריך	
	שם הרופא הממליץ
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה וחותמת רופא המנתח
	תאריך

פרטי הרופא המנתח			
בוצר	איתמר	אורטופדיה	03-5505021
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון
אינשטיין	40	תל אביב	054-8080350
כתובת (רחוב)	בית	דירה	נייד
(רחוב)	40	תל אביב	03-5505135
כתובת (רחוב)	בית	דירה	פקס
(רחוב)	40	תל אביב	03-5505135
כתובת (רחוב)	בית	דירה	מיקוד
(רחוב)	40	תל אביב	פקס

פרטים נוספים לגבי ניתוח – למילוי על ידי הרופא/ה המנתח/ת	
שם הניתוח המומלץ	
	מועד הניתוח נקבע לתאריך
	מדיע נוסף
	חתימה וחותמת רופא המנתח
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה וחותמת רופא המנתח
	תאריך

מבוטח/ת יקר/ה

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים מטה הרלוונטיים לסוג הכיסוי הנתבע.

1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח או במקרה של מבוטח קטין על ידי ההורים האופטרופסיים הטבעיים / החוקיים.
2. טופס דיווח על טיפולים רפואיים למילוי הן על ידי הרופא המטפל הרלוונטי שאבחן לראשונה את הבעיה הרפואית (לחילופין מכתב מהרופא המטפל העונה לשאלות המפורטות בטופס הדיווח על טיפולים רפואיים) והן על ידי הרופא המנתח.
3. תוצאות בדיקות שבוצעו לצורך אבחון הבעיה הרפואית שבגינה נדרש הניתוח / טיפול.
4. במקרה של בקשה להחזר הוצאות יש להעביר קבלות מקוריות או אישור על גובה ההחזר שהתקבל מכל גורם אחר בצירוף העתק קבלות.
5. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח ו/או אסמכתא בנקאית.

פיצוי בגין ניתוח:

1. מכתב שחרור
2. דו"ח ניתוח

החזר הוצאות רפואיות כגון שכר רופא מנתח, הוצאות בית חולים, תותב/אביזר מושתל, התייעצות עם רופא מומחה לפני

ואחרי ניתוח:

טופס שחרור מבית חולים

פיזיותרפיה במהלך אשפוז:

1. מכתב שחרור מבית החולים בו בוצע הניתוח.
2. המלצה רפואית לביצוע הטיפולים.

אחות פרטית במהלך אשפוז:

מכתב שחרור מבית החולים בו בוצע הניתוח.

שירותי אמבולנס:

מכתב שחרור מבית החולים בו בוצע הניתוח.

טיפולים מחליפי ניתוח:

1. המלצה לביצוע הניתוח שאותו מחליף הטיפול.
2. מכתב הפניה לטיפול מחליף הניתוח.

לתשומת לבך, בהיודע על הצורך בניתוח ו/או בכיסויים נלווים לניתוח יש לפנות לחברה מראש לקבלת אישור המהווה תנאי מהותי לחבות החברה. יודגש כי במקרה ולא יינתן האישור האמור ייתכן כי יהיה בכך לפגוע בזכאותך לתגמולי ביטוח.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים המפורטים מעלה, עליך להעביר באמצעות כתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53 גבעתיים 5345433 או פקס מספר: 03-7336962 (למעט קבלות מקוריות אותן יש להעביר בדואר בלבד).
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.