

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.

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

מבוטח יקר, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד בטופס בכל פנייה לרופאים והקפידעל מילוי כנדרש.

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.
 בהעדף סימון בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
 נא סמן ב- במידה והנך מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 אני מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 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?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם החברה	שם התוכנית

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

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח					
תאריך	אנא פרט להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	סכום בש"ח מצ"ב חשבונית	שם התרופה	אנא פרט להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	עלות חודשית
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)					
<input type="checkbox"/> נא להעביר לזכות חשבוני הבנק	שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
			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.					
X					
חתימת המבוטח			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 הכוללת 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 + חותרמת ומספר רישיון
----------	-------------------	-------	------	---	-----------------------------

המסמכים הנדרשים

טופס דיווח על טיפולים רפואיים, למילוי על ידי הרופא המטפל הרלוונטי המצ"ב.

1. מסמכים רפואיים לרבות טפסי שחרור מבית חולים, הכוללים אבחנה רפואית ומידע על ההיסטוריה הרפואית.
2. מסמכים נוספים בהתאם לתחום האירוע הרלוונטי (כמפורט בדף 5).
3. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש, כולל חתימה וחותמת העד לחתימה חותמת ומספר הרישוי של העד, המצ"ב.
4. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.

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 ההשתלה.
3. מסמכים וקבלות מקוריות להוכחת עלות הוצאות ההשתלה המוכרות על פי הפוליסה.

פיצוי בגין השתלה בחו"ל ללא מעורבות החברה

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

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 ההשתלה.

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 מקוריות 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 מקוריות להוכחת עלות הוצאות הניתוח בחו"ל המוכרות על פי הפוליסה.