

הנחיות להגשת תביעת סיעוד

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.

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 - סיעודי - למילוי על ידי המבוטח

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

פרטי המבוטח			
מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
כתובת (מלאה)	כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)		
	נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)		
קופת חולים	סניף	שם הרופא המטפל	
		כתובת	

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.
 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.

פרטי איש הקשר						
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	קרבה למבוטח			
טלפון בית		טלפון בעבודה		נייד		
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני

פרטי אירוע התביעה	
<input type="radio"/> מחלה	<input type="radio"/> תאונה
תאריך קרות האירוע / המחלה	
מה התאונה / מחלה אשר בעטיה הנך סיעודי?	
האם יש לך זכות לתביעה בגין התאונה / מחלה בחברת ביטוח אחרת? אם כן, ציין את שם החברה _____	
האם הנך שווה בבית? אם אינך שווה בבית ציין היכן אתה שווה <input type="radio"/> בבית אבות <input type="radio"/> בבית חולים <input type="radio"/> במוסד רפואי <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	

פרטי המוסד		
שם המוסד	טלפון המוסד	כתובת המוסד

זכאות מביטוח לאומי / חברות ביטוח / גופים אחרים		
האם פנית בעבר לקבלת עזרה בגין המצב הסיעודי מהגורמים הבאים?		
ביטוח לאומי גמלת סיעוד	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
גמלת שירותים מיוחדים	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
גמלת ילד נכה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
קצבת ניידות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
משרד הביטחון	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
האם יש לך ביטוח סיעודי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? האם הוגשה תביעה או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה _____ שם התוכנית _____ תחילת הביטוח _____
	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה _____ שם התוכנית _____ תחילת הביטוח _____

כללי	
האם הנך מעסיק עובד זר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
האם ברשותך אישורים להעסקת עובד זר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא

טופס בקשה למידע רפואי ויתור סודיות

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

← ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נתן 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 לבך, בהתאם לדרישות המוסדות הרפואיים, חובה להחתיים עד לחתימה. עד יכול להיות: עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח.

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

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>			

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

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>			

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

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>			

חובה למלא ולהחתיים את פרטי העד

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

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>			
תאריך	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>			

← הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהים לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהם כל שינוי.
 ידוע לי כי הפוליסה בנינה 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 שתוגשנה 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.

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.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטינים 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 (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של 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 _____, מס' ת.ז. _____, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

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

← במקרה של קטין יש להחתיים את אחד ההורים:

<input checked="" type="checkbox"/>				<input type="radio"/> אם	<input type="radio"/> אב	<input type="radio"/> אפוטרופוס
חתימה	ת.ז.	תאריך	שם פרטי ושם משפחה	קרבה		

המסמכים הנדרשים

1. אישור מהרופא המטפל בנוגע למצבך הרפואי.
2. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריטריות שבגינן הוחלט על המצב הסיעודי.
3. במקרה של תשישות נפש - אבחנה מנוירולוג או פסיכוגריטר.
4. במקרה של תביעה לשיפוי בגין הוצאות, קבלות מקוריות המעידות על התשלומים.
5. צילום תעודת זהות.
6. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור על קיום חשבון בנק.
7. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר - העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / ירושה.