דף הסבר להגשת תביעה בפוליסת סיעוד בתביעות שהתקבלו החל מ- 1.9.2019

מבוטח יקר,

המידע המפורט בדף זה נועד לסייע לך במקרה של הגשת תביעה לקבלת תגמולי ביטוח.

1. מילוי טפסים:

עליך למלא טופס תביעה. ישנן שתי אפשרויות למילוי הטופס; באתר הפניקס בכתובת www.fnx.co.il לבחירתך:

- טופס מקוון
- טופס למילוי ידני

כמו כן, ניתן לקבל את טופס התביעה באמצעות יצירת קשר עם מוקד שירות לקוחות של הפניקס בטלפון: 03-7332222 או בחיוג מקוצר 3455*.

לידיעתך, הינך זכאי למנות איש קשר מטעמך, אשר יסייע לך בהגשת התביעה ובמהלך הליך בדיקת התביעה מול הפניקס.

לתשומת ליבך, דגשים למילוי הטופס:

- עליך למלא את כל הפרטים הנדרשים בטופס התביעה.
- עליך לצרף לטופס התביעה טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, בהתאם להנחיות הרשומות על גבי הטופס. במידה ונדרש להחתים אפוטרופוס, עליך לצרף צו למינוי האפוטרופוס (ניתן להגיש העתק נאמן למקור). ללא הטופס כאמור, לא נוכל לקדם את הטיפול בתביעתך.

בנוסף, עליך לצרף:

- צילום ברור וקריא של המחאה (שיק) מבוטלת על שמך ו/או אסמכתא בנקאית לפרטי חשבון בנק המנוהל על שמך.
- צילום ברור וקריא של תעודת הזהות.

על מנת לייעל ולהקל על הטיפול בתביעתך, אנו ממליצים לצרף גם את המסמכים הבאים (ככל וישנם בידייך):

כל מסמך רפואי רלוונטי אשר מצביע על הבעיה הרפואית והמצב הסיעודי (לדוגמא: מסמכי אשפוז מבית חולים, מסמכי רופא מומחה וכדו').

במידה ותביעתך הינה לשיפוי בגין מוסד סיעודי, להעביר קבלות בגין השהות במוסד הסיעודי.

2. אופן שליחת המסמכים:

את טופס התביעה ואת יתר המסמכים המבוקשים ניתן להעביר באחת מהדרכים הבאות:

- באתר הפניקס www.fnx.co.il בקישור לאזור "הנתיב האישי".
- באמצעות תיבת דוא"ל: Tb@fnx.co.il.
- באמצעות פקס: 03-7336946.
- באמצעות דואר ישראל לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. הפניקס 2, ראשון לציון, 7510001.

התקבלו המסמכים בחברה, באחד מהערוצים הדיגיטליים, תקבל אישור דיגיטלי **תוך יום מיום קבלתם**, המאשר את קבלתם.

התקבלו המסמכים בחברה באמצעות דואר ישראל, תקבל אישור דיגיטלי **מיד עם סריקתם במערכות הפניקס**.

באפשרותך לראות את המסמכים שנקלטו בחברה, באזור האישי שלך, באתר הפניקס בכתובת www.fnx.co.il.

3. הליך הטיפול בתביעה וזמני הטיפול לפי חוזר ביטוח סיעודי 12-1-2018:

- בעת קבלת פניה לתגמולי ביטוח, יישלחו אליך תוך יום עסקים אחד, טופס תביעה וטופס ויתור על סודיות רפואית בצרוף מכתב הדרכה למילוי הטפסים. במידה והפניה תתקבל באמצעות דואר או פקס, יישלחו אליך הטפסים תוך 5 ימי עסקים.
- עם קבלת טופס התביעה וטופס ויתור על סודיות רפואית מלאים, ימונה לך נציג אישי ויעדכן אותך טלפונית תוך 2 ימי עסקים, אם התקבלו במלואם (להלן:"הודעת קבלת המסמכים"). במידה והטפסים יתקבלו באמצעות דואר או פקס הנציג האישי יעדכן אותך תוך 5 ימי עסקים. בנוסף יישלח אליך מכתב מתאים. ככל שהטפסים יתקבלו במלואם תישלח אילך הודעת SMS.
- לאחר קבלת הטפסים ובכלל זה טופס ויתור על סודיות רפואית חתום כנדרש, תפנה החברה לגורמים הרלוונטיים תוך 2 ימי עסקים, לצורך איסוף המידע והמסמכים הנדרשים.
- תוך 20 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים, תחליט החברה על סמך המידע והמסמכים הרפואיים שהתקבלו, האם המידע שברשותה מספק לקביעת יכולתך התפקודית.
- ככל שהמידע שברשות החברה אינו מספק ונדרש לבצע הערכה תפקודית לקביעת יכולתך התפקודית (להלן: "הערכה תפקודית קובעת"), יישלח אליך מכתב המודיע על כך והמנמק מדוע המידע שברשות החברה אינו מספק.

- תוך 3 ימי עסקים ממועד ההחלטה לבצע הערכה תפקודית קובעת, יצור עמך קשר ספק הערכת התפקוד לתאום מועד לביצוע הערכה זו.
- ההערכה התפקודית הקובעת תבוצע תוך 3 ימי עסקים, מהמועד בו יצרו עמך קשר, אלא אם תבקש אחרת. טופס תוצאות הערכה התפקודית הקובעת, יישלח על ידי הספק אליך ולחברה תוך 3 ימי עסקים ממועד ביצועה.
- במידה והחברה תחליט לדחות את תוצאות הערכת התפקוד הקובעת, יישלח אליך מכתב מנומק תוך 15 ימי עסקים ממועד קבלת הערכת התפקוד בחברה. החברה תפנה לספק מכריע תוך 3 ימי עסקים ממועד משלוח מכתב זה. הספק המכריע יעביר העתק מחוות דעתו לחברה תוך 5 ימי עסקים והחברה תעביר את העתק חוות הדעת אליך עם קבלתה.

הודעת המשך ברור.

- נמצא כי נדרש זמן נוסף לצורך ברור התביעה תשלח לך הודעת המשך ברור המפרטת את הסיבות לעיכוב.
- נמצא כי נדרש מסמך או מידע נוסף לצורך ברור התביעה תצויין הדרישה במסגרת הודעה זו.
- הודעת המשך ברור תשלח לפחות כל 90 יום.

הכרה בזכאות

- במידה והחברה החליטה להכיר בזכאותך לתגמולי ביטוח, יישלח אליך מכתב "**אישור זכאות**". בסמוך לביצוע התשלום תשלח אליך "**הודעת תשלום**".
- אם בתום הבירור יתברר, כי אינך זכאי לתשלום תגמולי ביטוח, יישלח אליך "**מכתב דחייה**" מנומק ומפורט, המפרט את הסיבות לדחיית התביעה.

לתשומת ליבך: בנוסף לזמני הטיפול המוצגים ניתן למצוא זמני טיפול נוספים בטבלת השוואת מועדים בהתאם לחוזר יישוב תביעות והמפורסמת באתר החברה.

נשמח לעמוד לרשותך בכל עת,
מחלקת תביעות בריאות

מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: וואטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337975
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

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

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה

ישוב	רחוב	בית	מיקוד	כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון נייד

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 ההתקשרות 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.

○ הנני מאשר לשלוח לסוכן הביטוח בפוליסה עותק מהתכתבויות 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.

פרטי איש הקשר

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	קרבה למבוטח

כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף

עיר/יישוב	רחוב	בית/דירה	ת.ד.	מיקוד

אני מייפה את _____ (פרטי איש הקשר) לטפל בשמי בתביעתי זו.

חתימה: ✗

פרטי אירוע התביעה

○ מחלה ○ תאונה

תאריך קרות האירוע / המחלה:

מה התאונה / מחלה אשר בעטיה הנך סיעודי?

האם יש לך זכות לתביעה בגין התאונה / מחלה בחברת ביטוח אחרת? ○ כן ○ לא — אם כן, ציין את שם החברה _____

האם הנך שוהה בבית? ○ כן ○ לא

אם אינך שוהה בבית ציין היכן אתה שוהה: ○ בבית אבות ○ בבית חולים ○ במוסד רפואי

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	○ כן ○ לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה %____ שם חברת הסיעוד_____
גמלת שירותים מיוחדים	○ כן ○ לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה %____ שם חברת הסיעוד_____
גמלת ילד נכה	○ כן ○ לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה %____ שם חברת הסיעוד_____
קצבת ניידות	○ כן ○ לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה %____ שם חברת הסיעוד_____
משרד הביטחון	○ כן ○ לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה %____ שם חברת הסיעוד_____
האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	○ כן ○ לא	שם החברה: _____ שם התוכנית: _____ תחילת הביטוח: _____

כללי

אם הנך מעסיק עובד זר?	○ כן ○ לא	
האם ברשותך אישורים להעסקת עובד זר?	○ כן ○ לא	

מערך תביעות
פניות למרכז קשרי לקוחות: וואטסאפ: 054-9893455 | **טלפון:** 3455* | **פקס:** 03-7337975
צ'אט ומידע אישי באתר החברה: www.fnx.co.il

טופס ויתור סודיות רפואית ובקשה למידע רפואי

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.

רחוב	מספר	ישוב	מיקוד

טלפון נייד	טלפון נייח	שם קופ"ח	שם קופה קודמת

לתשומת לבך,

- <u>חובה להחתים עד בנוסף לחתימתך על טופס זה</u>. עד יכול להיות: עו"ד, רופא/ה, אח/ות, פסיכולוג/ית, עובד/ת סוציאלי/ת, סוכן/ת ביטוח.
- במקרה של יורשים, עליהם לצרף לטופס החתום גם צו ירושה או צו קיום צוואה (מקור או העתק נאמן למקור).
- במקרה שמונה אפוטרופוס על פי החוק, עליו לצרף את צו המינוי שלו בנוסף לחתימתו.
- במקרה של קטין, חובה על אחד מההורים (האפוטרופסים הטבעיים של הקטין) לחתום על טופס זה.

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 ללא יוצא מהכלל.

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 מחלה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת ללא יוצא מן הכלל, 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. לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 – והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל "המוסדות" .

על החתום:

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
			✗

פרטי האפוטרופוס – במקרה שמונה אפוטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתימו:

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	קירבה/עיסוק	חתימה
				✗

פרטי ההורים – במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים (האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין):

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

פרטי העד

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	עיסוק	חתימה + חותמת ומספר רישיון
				✗

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהים לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהם 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 ההחזר 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 ההחזר שהתקבל.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית	הגורם ממנו נתבע ההחזר	סכום ההחזר שהתקבל	סכום ההחזר שעתיד 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

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח

○ נא להעביר לזכות חשבוני בבנק

שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון

כתובת הסניף	טלפון הסניף

שם בעל החשבון:

הצהרת המבוטח

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטינים ככל שהבקשה לקבלת תגמולי ביטוח מוגשת עבורם. **קרבה**: ○ אב ○ אם ○ אפוטרופוס

אני החתום מטה מצהיר בזאת, כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימת המצהיר
				✗

המסמכים הנדרשים

1. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור על קיום חשבון בנק.
2. צילום תעודת זהות.
3. במקרה של תביעה בפוליסות מסוג שיפוי – יש להעביר קבלות / הוצאות המעידות על תשלומים בגין הטיפול הסיעודי.
4. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר – העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / ירושה.
5. טופס ויתור סודיות חתום (דף 3).

על מנת שנוכל לחסוך זמן ולקדם את תביעתך, אנו ממליצים להעביר גם את המסמכים הבאים:

1. אישור מהרופא המטפל בנוגע למצבך הרפואי.
2. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריאטריות שבגינן הוחלט על המצב הסיעודי.
3. במקרה של תשישות נפש – אבחנה מנוירולוג או פסיכוגריאטר.

הכללים לקביעת זכאות לקבלת קיצבת סיעוד

מס' נספח	שם הפוליסה	הכללים לזכאות
5012, 5011, 5541, 5540	עתיר כבוד חדש	3 ADL מתוך 6
		2 ADL מתוך 6 עם אי שליטה על סוגרים
		תשישות נפש
5014, 5013, 5539, 5538	סיעודי 360 חדש	3 ADL מתוך 6
		2 ADL מתוך 6 עם אי שליטה על סוגרים
		תשישות נפש
5612, 5603	עתיר כבוד 2018	3 ADL מתוך 6
		תשישות נפש
5615, 5609	סיעודי 360 2018	3 ADL מתוך 6
		תשישות נפש

*בכפוף להוראות הפוליסה, לרבות תקופת המתנה, סכומי ביטוח ותקופת תגמולי ביטוח וכן בכפוף למבחנים להגדרה של חוסר יכולת לבצע 50% מכל פעולת ADL.

*הטבלה מפרטת את סוגי הפוליסות פרט הקיימות בחברתנו, אנא וודא איזו פוליסה קיימת ברשותך.