מרכז קשרי לקוחות fnx4u **וקבלת קהל**: **3455*** / 03-7332222 | פקס: 03-7337882 | רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | TB@fnx.co.il | www.fnx.co.il

הנחיות להגשת תביעת תאונות אישיות תלמידים

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 טרם 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
- לפקס: 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

מרכז קשרי לקוחות fnx4u וקבלת קהל: 3455* / 03-7332222 | פקס: 03-7337882 | רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | TB@fnx.co.il | www.fnx.co.il

טופס תביעה לתאונות אישיות לפוליסת תלמידים

נא למלא את הטופס לפרטיו, ולהחזירו לסוכן הביטוח ללא כל דיחוי, בצירוף תעודות מחלה חתומות ע"י רופא מומחה בתחום הפגיעה, מסמכים רפואיים רלוונטיים לפגיעה, אישור מעביד/ביה"ס על תקופת היעדרות ואישור תשלום בגין הפוליסה.

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שנת לידה	מס' פוליסה

שם האב	שם האם	רחוב	מספר	ישוב	מיקוד	מספר טלפון

המוסד החינוכי	כתובת המוסד החינוכי	מס' סמל המוסד החינוכי

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 המקרה

מקום בו ארעה התאונה	תאריך	שעה	טיב ומידת הפציעה

כיצד קרתה התאונה:

מס' הימים בהם היית מרותק למגורים	מס' ימים בהם היית משולל כושר עבודה חלקי

עדים לתאונה

שם	כתובת	טלפון

שמו וכתובתו של הרופא / המוסד אשר הגיש לך עזרה ראשונה

שמו וכתובתו של הרופא המטפל בך עכשיו, בקשר עם התאונה הנ"ל

האם הינך זכאי לקבל פיצוי עבור תאונות מחברה או חברות אחרות? ○ לא ○ כן אם כן, ציין אילו

האם נמסרה הודעה למשטרה? ○ לא ○ כן אם כן ציין שם התחנה

האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי בגין התאונה? ○ לא ○ כן אם כן נא לצרף מסמך

נא למלא בתביעות התלמידים

התלמיד נעדר מביה"ס בהנחיית רופא מתאריך _____ עד לתאריך _____

אישור מנהל בית הספר ו/או המוסד בו מתחנך התלמיד

הרני מאשר כי התלמיד _____ ת.ז. _____ שהינו תלמיד מן המניין בביה"ס _____

נעדר מלימודיו מתאריך _____ עד לתאריך _____ סה"כ _____ ימים.

תאריך	חתימת מנהל ביה"ס ✗	חתימת ביה"ס ✗

הנני מצהיר בזה כי כל הפרטים דלעיל הינם נכונים ואמיתיים ולא הסתרתי מידע כלשהו הקשור לתביעה הנ"ל

תאריך	חתימת מנהל ביה"ס ✗	חתימה (אם מדובר בקטין – חתימת ההורה או האפוטרופוס) ✗

מרכז קשרי לקוחות fnx4u וקבלת קהל: 3455* / 03-7332222 | פקס: 03-7337882 | רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | TB@fnx.co.il | www.fnx.co.il

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

הערות:

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
				✗

מרכז קשרי לקוחות fnx4u וקבלת קהל: 3455* / 03-7332222 | פקס: 03-7337882 | רחבעם זאבי 2, גבעת שמואל
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 | TB@fnx.co.il | 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,

- **חובה להחתים עד בנוסף לחתימתך על טופס זה**. 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
				✗

המסמכים הנדרשים

1. מסמך רפואי מיום האירוע המתעד את התאונה שארעה וכן מסמכים רפואיים נוספים המתעדים את אופן הפגיעה.
2. במקרה בו מדובר בתאונה שארעה בחו"ל, את התיעוד הרפואי המלא מחו"ל.
3. אישור מבית הספר על היותך תלמיד מן המניין בעת תקופת האירוע ואישור מבית הספר על תקופת ההיעדרות.
4. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש כולל חתימה וחתימת העד לחתימה חותמת ומספר הרישיון של העד.
5. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שמך או על שם ההורה במקרה של קטין או לחלופין אסמכתא בנקאית כאמור