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, בהיוודע 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.

מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד בטופס בכל פנייה לרופאים.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:

- לתיבת דוא"ל: Tb@fnx.co.il.
- באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה מסמך למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. הפניקס 2, ראשון לציון, 7510001
- באמצעות סוכן הביטוח

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

טופס תביעה – השתלות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

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**.

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.

ביטוחים נוספים

האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו? ○ כן ○ לא	שם החברה		שם התוכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח? ○ כן ○ לא	שם החברה		שם התוכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? ○ כן ○ לא	שם החברה		שם התוכנית	תחילת הביטוח

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

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהה לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהן 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

<u>דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שיש בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף</u>

אני החתום מטה מצהיר כי הקבלות המפורטות מטה הוגשו או שיוגשו 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.

תאריך	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..

אנא פרט	סכום בש	שם תרופה	אנא פרט	עלות חודשית

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטינים ככל שהבקשה לקבלת תגמולי ביטוח מוגשת עבורם.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימת המצהיר
				✗

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

אני החתום מטה _____ בעל הפוליסה הנ"ל, מס' ת.ז. _____

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

תאריך		חתימת המבוטח
		✗

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

דיווח על השתלות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל למילוי על ידי הרופא המטפל

פרטי המבוטח

מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.

פרטי הרופא המטפל – קופ"ח

שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון	נייד

כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	פקס

נא ענה על כל השאלות

1. נא פרט מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח:

2. המבוטח בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש):

ממתי סובל המבוטח מבעיה זו (על פי תיק רפואי)? מתאריך

3. נא פרט את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית:

	מתאריך
האם האבחנה קשורה בתאונה? ○ כן ○ לא ○ תאונת דרכים ○ תאונת עבודה ○ אחר	מתאריך

4. נא פרט מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח:

	מתאריך
	מתאריך
	מתאריך

5. ממליץ על ○ השתלה ○ טיפולים ○ ניתוח ○ אחר, פרט:

6. מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח/ההשתלה? מתאריך	שם הרופא הממליץ

מידע נוסף לגבי הטיפול הרפואי

תאריך	שם הרופא המטפל	חתימה וחותמת רופא המטפל/ת
		✗

טופס ויתור סודיות רפואית ובקשה למידע רפואי

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.

רחוב	מספר	ישוב	מיקוד

טלפון נייד	טלפון נייח	שם קוף"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
				✗

המסמכים הנדרשים

1. טופס דיווח על טיפולים רפואיים, למילוי על ידי הרופא המטפל הרלוונטי המצ"ב.
2. מסמכים רפואיים לרבות טפסי שחרור מבית חולים, הכוללים אבחנה רפואית ומידע על ההיסטוריה הרפואית.
3. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש, כולל חתימה וחתימת העד לחתימה חותמת ומספר הרישיון של העד, המצ"ב.
4. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית בתביעה מעל 10,000 ש"ח.

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