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

הנחיות למילוי טופס תביעה נכות מתאונה

מבוטח יקר,

אנו שולחים לך איחולי החלמה מהירה ומלאה, כלקוח שרכש כיסוי ביטוחי למקרה של נכות מתאונה, באפשרותך להגיש תביעה, בהתאם לתנאי הפוליסה.

לנוחיותך, מצורף טופס תביעה הכולל הנחיות כיצד למלאו ופירוט המסמכים הדרושים לנו לטיפול בתביעה.

אם הנך מתקשה במילוי הטופס, אל תהסס להתקשר לסוכן הביטוח שלך שישמח לעזור ולייעץ לך.

יודגש, כי אין במפורט בהנחיות אלו כדי להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת ו/או הכרה בזכאותך, 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 לבחירתך באחת מהאפשרויות הבאות:

1. לתיבת דוא"ל: Tviothaim@fnx.co.il
2. באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה **מסמך** למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.
3. באמצעות סוכן הביטוח
4. באמצעות הדואר לכתובת: הפניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433

לבירור סטאטוס התביעה ניתן לפנות למוקד בטלפון 03-7332222

בברכה,

מחלקת תביעות ביטוח חיים

הונגש באמצעות המרכז להנגשת מידע של עמותת נגישות ישראל (ע"ר)

טופס תביעה – נכות מתאונה

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	עיסוק

כתובת	מעמד
	○ עצמאי ○ שכיר ○ בעל שליטה

כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)	טלפון נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)
	✗

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.

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 הסוכן

שם הסוכן	מס׳ הסוכן	כתובת דוא"ל של איש קשר	טלפון

פרטי אירוע התביעה

תאריך ארוע התאונה/פגיעה	
תאור קצר של נסיבות התאונה	

האם אושפזת בשל התאונה ○ לא ○ כן	פרט: בבית חולים	מחלקה
שם הרופא המטפל	כתובתו	

זכאות מביטוח לאומי, קרנות פנסיה, חברת ביטוח אחרת

האם תבעת או שאתה זכאי לתבוע בקשר לתשלום תגמולי ביטוח בגין התאונה?

ביטוח לאומי ○ כן ○ לא	קרנות פנסיה ○ כן ○ לא	חברת ביטוח אחרת ○ כן ○ לא
פרט: _____	שם הקופה: _____	שם הקופה: _____
_____	מס׳ פוליסה: _____	מס׳ פוליסה: _____
_____	מס׳ תביעה: _____	מס׳ תביעה: _____
_____	פרט: _____	פרט: _____
_____	_____	_____

כתב ויתור סודיות רפואית

לכבוד,

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

גבעתיים, דרך השלום 53 5345433

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.

רחוב	מספר	ישוב	מיקוד

שם קופ"ח	שם קופה קודמת

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 לצבא ההגנה לישראל 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 קרנות פנסיה ו/או לכל חברה המספקת שירותים רפואיים, שירותי בדיקות רפואיות, בתי מרקחת מכל סוג, חברה לשירותים אמבולטוריים, קבוצות ואירגוני ספורט, מרכז ספורט, חדרי כושר וספורט, מטפלים פרטיים במקצועות הפרא רפואיים, מכונים לטיפולים פרא - רפואיים ו/או לגורם אחר (להלן: "המוסדות") למסור להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים, ללא יוצא מהכלל, המצויים בידי המוסדות ובאופן שידרשו "המבקשים", 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 השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטרים ו/או נפשיים שקיבלתי, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל ה"מוסדות" ל"מבקשים".

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא, בקשר למסירת המידע כאמור לעיל בכתב ויתור זה, מכוח חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 ו/או חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 ו/או חוק חופש המידע התשנ"ח 1998 ו/או כל דין אחר.

כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, יורשיי ו/או עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

על החתום המבוטח

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	כתובת	תאריך	חתימה
				✗

בהתאם לדרישות המוסדות הרפואיים, חובה להחתים עד לחתימה. עד יכול להיות: עו"ד, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, אחות, סוכן ביטוח. על העד לחתום בנוכחות החותם.

העד לחתימה

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

האפוטרופוס

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
			✗

היורשים

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
			✗

העד לחתימה

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

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

הפניקס

הצהרת מבוטח – אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס

הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.

תאריך		חתימת המבוטח/האפוטרופוס
		✗

הצהרת מבוטח – אישור קבלת תכתובות מהמבטח גם באמצעות הסוכן

הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען נוסף לקבלת כל התכתובות מהמבטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואיגרת הפניקס, חוות דעת רפואית וכל מסמך שהוא הקשור לתביעתי.

תאריך		חתימת המבוטח/האפוטרופוס
		✗

הצהרת מבוטח – אישור קבלת תכתובות מהמבטח באמצעות המבוטח בלבד

הריני לאשר שכל התכתובות והמסמכים מהמבטח ישלחו אלי בלבד, באמצעות פרטי ההתקשרות שהוגדרו על ידי, ובהעדר קביעה כאמור, ישלחו בדרך המקובלת על ידי החברה.
לידיעתך, בהעדר בחירה באחת מהאפשרויות, התכתובות ישלחו גם באמצעות הסוכן.

תאריך		חתימת המבוטח/האפוטרופוס
		✗

פרטי הבנק של המבוטח - בצירוף המחאה לדוגמא ו/או אישור הבנק על קיום חשבון

שם בעל החשבון	ת.ז.	מספר חשבון הבנק

שם הבנק	מספר סניף	כתובת הסניף

חתימת המבוטח

תאריך	שם פרטי ומשפחה של המבוטח	חתימה
		✗

המסמכים הנדרשים

1. במקרה של תאונה, יש לצרף אישור מיום האירוע המעיד על התאונה (כגון: אישור משטרה, חדר מיון, מד"א).
2. סיכום רפואי מטעם הרופא המטפל ו/או סיכום מחלה מבית החולים, הכולל את תיאור הפגיעה.
3. אישור מטעם גורם רפואי (ביטוח לאומי או רופא מומחה) המעידה על שיעור נכותו הצמיתה של המבוטח על פי הפוליסה.
4. במקרה של תאונת דרכים, יש להעביר חוות דעת של מומחה שנקבע על ידי בית משפט.
5. במקרה של קביעת אחוזי נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, יש לצרף את הפרוטוקול מישיבת הועדה, המגדיר את הסעיפים לפיהם ניתנה הנכות.
6. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש, כולל חתימה וחתימת העד לחתימה חותמת ומספר הרישיון של העד (המצ"ב).
7. צילום ברור וקריא של תעודת זהות + הספח.
8. צילום ברור וקריא של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אישור על קיום חשבון בנק.