

הנחיות להגשת תביעת ניתוחים

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לספק 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 בניתוח ו/או בכיסויים נלווים לניתוח, עליך לפנות לחברה מראש לקבלת אישור המהווה תנאי מהותי לחבות החברה.

לידיעתך, במקרה ולא ינתן 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.

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 - ניתוחים - למילוי על ידי המבוטח

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 התקשורת 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.
 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?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית
האם יש השתתפות של קופת חולים?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	אמצעי התחייבות מקופת חולים (ט"ו 17) <input type="radio"/> לרופא <input type="radio"/> לבית החולים <input type="radio"/> לרופא ולבית החולים	

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

פירוט הוצאות הרפואיות
פירוט סוג הטיפול / הוצאות:
<input type="radio"/> פיצוי בגין ניתוח
<input type="radio"/> החזר הוצאות רפואיות
<input type="radio"/> פיצויות רפיה במהלך אישפוז
<input type="radio"/> אחות פרטית במהלך אישפוז
<input type="radio"/> שירותי אמבולנס
<input type="radio"/> טיפולים מחליפי ניתוח
<input type="radio"/> ניתוח עתידי
<input type="radio"/> אחר
לכל טיפול / הוצאה יש לצרף מסמכים כמפורט בעמוד 6

