

## מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים בדף 5 בהתאם לסוג תביעתך כפי שמפורט בטופס.

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 - 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.

<b>פרטי המבוטח</b>					
שם פרטי		שם משפחה		ת.ז.	
תאריך לידה		מספר טלפון נייד		כתובת דואר אלקטרוני	
מספר		רחוב		בית	
מיקוד		מספר		מספר	
קופת חולים		סניף		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 מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.  
 אני מעוניין 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.

<b>פרטי איש הקשר</b>					
שם פרטי		שם משפחה		ת.ז.	
קרבה למבוטח		מספר טלפון נייד		מספר טלפון נוסף	
כתובת דואר אלקטרוני		רחוב		בית/דירה	
עיר/יישוב		מיקוד		ת.ד.	

אני מייפה את \_\_\_\_\_ (פרטי איש הקשר) לטפל בשמי בתביעתי זו.  חתימה

<b>פרטי אירוע התביעה</b>	
<input type="radio"/> מחלה <input type="radio"/> תאונה	
תאריך קרות האירוע / המחלה	
מה התאונה / מחלה אשר בעטיה הנך סיעודי?	האם יש לך זכות לתביעה בגין התאונה / מחלה בחברת ביטוח אחרת?
האם הנך שוהה בבית?	האם הנך שוהה בבית ציין היכן אתה שוהה
<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> בבית אבות <input type="radio"/> בבית חולים <input type="radio"/> במוסד רפואי	

<b>פרטי המוסד</b>		
שם המוסד	טלפון המוסד	כתובת המוסד

<b>זכאות מביטוח לאומי / חברות ביטוח / גופים אחרים</b>		
האם פנית בעבר לקבלת עזרה בגין המצב הסיעודי מהגורמים הבאים?		
ביטוח לאומי גמלת סיעוד	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה % שם חברת הסיעוד
גמלת שירותים מיוחדים	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה % שם חברת הסיעוד
גמלת ילד נכה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה % שם חברת הסיעוד
קצבת ניידות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה % שם חברת הסיעוד
משרד הביטחון	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	החל מתאריך ____/____/____ אחוז הגמלה % שם חברת הסיעוד
האם הוגשה תביעה או בכונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה
		שם התוכנית
		תחילת הביטוח

<b>כללי</b>		
האם הנך מעסיק עובד זר?		
<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		
האם ברשותך אישורים להעסקת עובד זר?		
<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		

