

הנחיות להגשת תביעת תאונות אישיות

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

טופס תביעה לביטוח תאונות אישיות

← 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	שם הרופא המטפל		
מקום עבודה	כתובת מקום עבודה	<input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עצמאי		עיסוק

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 שרשמתי 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.

← פרטי המקרה

תאריך המקרה/התאונה	שעה	מקום המקרה
<input type="radio"/> תאונה <input type="radio"/> מחלה <input type="radio"/> פטירה	תיאור התאונה/מחלה	
טיב ומידת הפגיעה/המחלה		
עדים למקרה		
שם פרטי	שם משפחה	טלפון
כתובת		
<input type="radio"/> נעדרתי מעבודתי מיום _____ עד יום _____ סה"כ _____ <input type="radio"/> נעדרתי מעבודתי באופן חלקי מיום _____ עד יום _____ סה"כ _____ <input type="radio"/> חזרתי לעבודה בתאריך _____ אני עדיין באובדן כושר עבודה		
מיום	עד יום	מיום
כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית חולים		
מיום	עד יום	סה"כ
מתאריך	עד תאריך	משעה _____ עד שעה _____
<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		
האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי?		
פוליסה נוספת		
חברת ביטוח		
מספר חבר	סניף	אני חבר בקופת חולים

