

## הנחיות להגשת תביעת תרופות

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לספל 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 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](mailto: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 - תרופות - למילוי על ידי המבוטח

מבוטח יקר, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד בטופס בכל פנייה לרופאים והקפד על מילוי כל הפרטים הנדרשים.

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 לגורם כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח רפואי אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם הקופה/ ביטוח/אחר	שם התוכנית	תחילת הביטוח

פרטים לתביעה בנושא תרופות אשר אינן בסל הבריאות		
מתי התחלת לקחת את התרופה?	להזכירך, יש לצרף המסמכים כמפורט בעמוד 3.	עלות התרופה לחודש (ש"ח)
לכמה זמן עליך לקחת את התרופה?		

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 החזר משני הגורמים להגיע עד לסכום ההוצאה בפועל.

### דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שיש בכוננתך לקבל החזר מגורם נוסף

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 החזר שהתקבל.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית	הגורם ממנו נתבע החזר	סכום החזר שהתקבל	סכום החזר שעתידי להתקבל

