

## 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](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 - 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 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.

<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	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא אם כן, ציין את שם החברה _____

<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		

## טופס בקשה למידע רפואי ויתור סודיות

פרטי המבוטח			
מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.

### ויתור על סודיות רפואית

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 לשלטונות צה"ל 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 לגורם אחר(להלן: "המוסדות") למסור להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה (להלן: "המבטח") את כל הפרטים המצויים ביד המוסדות ובאופן שידרוש המבטח, 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 הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מלה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבטח" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" כל טענה ו/או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע כאמור לעיל בכתב ויתור זה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות. כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

\* לתשומת לבך, בהתאם לדרישות המוסדות הרפואיים, חובה להחתיים עד לחתימה. עד יכול להיות: עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח.

- במקרה של יורשים על היורשים יש לחתום בצירוף צו ירושה או צו קיום צוואה.

תאריך	חתימת המבוטח	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה

### במקרה שמונה אפוסטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתימו:

פרטי האפוסטרופוס	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה

### במקרה של קטין יש להחתיים את שני ההורים (האפוסטרופוסים הטבעיים של הקטין):

פרטי האב	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה
פרטי האם	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה

### חובה למלא ולהחתיים את פרטי העד

פרטי עד לחתימה (עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח - סמן בעיגול את התחום)			
פרטי העד	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.
<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה + חותמת ומספר רישיון

**הצהרת המבוטח**

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהים לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהם 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 בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף**

אני החתום מטה מצהיר כי הקבלות המפורטות מטה הוגשו או שתוגשנה 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

**דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף**

הנני מתחייב ומצהיר כי לא אעשה כל שימוש בקבלות המקוריות וכי לא הגשתי ולא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לכל גורם אחר, מלבד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס"), להחזר בגין אותן קבלות. הנני מתחייב כי מקום בו יובא לידיעת הפניקס כי פעלתי לקבלת כפל תשלום תוך הצגת הקבלות לגוף אחר, אפעל להשבת הכספים ששולמו על ידי הפניקס, ככול ששולמו, ואין ולא תהינה לי טענות ביחס לכך.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית

**אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח**

נא להעביר לזכות חשבוני בבנק

שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון

שם בעל החשבון: \_\_\_\_\_

כתובת הסניף \_\_\_\_\_

טלפון הסניף \_\_\_\_\_

**הצהרת המבוטח**

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטינים ככל שהבקשה לקבלת תגמולי ביטוח מוגשת עבורם. **קרבה:**  אב  אם  אפוטרופוס

אני החתום מטה מצהיר בזאת, כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים. מלאים ומדויקים.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימת המצהיר

**המסמכים הנדרשים**

1. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור על קיום חשבון בנק.
2. צילום תעודת זהות.
3. במקרה של תביעה בפוליסות מסוג שיפוי - יש להעביר קבלות / הוצאות המעידות על תשלומים בגין הטיפול הסיעודי.
4. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר - העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / ירושה.
5. טופס ויתור סודיות חתום (דף 3).

על מנת שנוכל לחסוך זמן ולקדם את תביעתך, אנו ממליצים להעביר גם את המסמכים הבאים:

1. אישור מהרופא המטפל בנוגע למצבך הרפואי.
2. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריאטריות שבגינן הוחלט על המצב הסיעודי.
3. במקרה של תשישות נפש - אבחנה מנוירולוג או פסיכוגריאטר.

**הכללים לקביעת זכאות לקבלת קיצבת סיעוד**

מס' נספח	שם הפוליסה	הכללים לזכאות
5540, 5541, 5011, 5012	עתיר כבוד חדש	ADL 3 מתוך 6
		ADL 2 מתוך 6 עם אי שליטה על סוגרים
		תשישות נפש
5538, 5539, 5013, 5014	סיעודי 360 חדש	ADL 3 מתוך 6
		ADL 2 מתוך 6 עם אי שליטה על סוגרים
		תשישות נפש
5603, 5612	עתיר כבוד 2018	ADL 3 מתוך 6
		תשישות נפש
5609, 5615	סיעודי 360 2018	ADL 3 מתוך 6
		תשישות נפש

\* בכפוף להוראות הפוליסה, לרבות תקופת המתנה, סכומי ביטוח ותקופת תגמולי ביטוח וכן בכפוף למבחנים להגדרה של חוסר יכולת לבצע 50% מכל פעולת ADL.

\* הטבלה מפרטת את סוגי הפוליסות פרט הקיימות בחברתנו, אנא וודא איזו פוליסה קיימת ברשותך.