

טופס תביעה - אמבולטורי - למילוי על ידי המבוטח/ת

מבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופאים והקפיד/י על מילוי כנדרש.

פרטי המבוטח/ת									
מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה	מקום עבודה	טלפון בית	נייד	פקס	איש קשר
כתובת (רחוב)			בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ד.	מיקוד	דואר אלקטרוני	
קופת חולים		סניף	כתובת		שם הרופא המטפל				
שם מקום העבודה של בן/ת הזוג		שם איש קשר לתביעה		נייד	טלפון נוסף				

ביטוחים נוספים			
האם הוגשה תביעה או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	<input type="radio"/> כן	<input type="radio"/> לא	תחילת הביטוח
האם יש השתתפות של קופת חולים? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אמצאי התחייבות מקופת חולים (ט' 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:			

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח/ת					
תאריך	אנא פרטי/ להלן את סוג הטיפול:	סכום בש"ח מצ"ב חשבונות	שם התרופה	אנא פרטי/ להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	עלות חודשית
1.			4.		
2.			5.		
3.			6.		

לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בעמוד 3

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח/ת (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)					
<input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני בבנק	שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
כתובת הסניף					טלפון הסניף
הערות:					

הצהרת המבוטח/ת - אישור כי ברשותי מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות ואמנת השירות של הפניקס לטיפול בתביעות	
הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות ואמנת השירות הרלוונטית של הפניקס לטיפול בתביעות, כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.	
תאריך	חתימת המבוטח/אפטרופוס <input checked="" type="checkbox"/>

הצהרת המבוטח/ת - אישור קבלת תכתובות מהמבטח באמצעות הסוכן	
הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען לקבלת כל התכתובות מהמבטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואגרת הפניקס.	
תאריך	חתימת המבוטח/אפטרופוס <input checked="" type="checkbox"/>

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 הסייעודי ו/או לכל מוסד ו/או לחברות הביטוח האחרות ו/או לגורם אחר (להלן: "המוסדות") למסור להפניקס חברה לביטוח בע"מ ו/או ליועץ הביטוח אריה מלמד 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 הסייעודי 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 ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי 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 במאגרי המידע של כל המוסדות.	
כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.	
תאריך	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>

דיווח על טיפולים רפואיים – למילוי על הרופא/ה

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

פרטי הרופא המטפל - קופ"ח						
שם פרטי	שם משפחה	התמחות	טלפון	נייד		
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/ישוב	ת.ז.	מיקוד	פקס

נא ענה על כל השאלות	
1. נא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל/ת המבוטח/ת:	
2. המבוטח/ת בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש): ממתי סובל/ת המבוטח/ת מבעיה זו (על פי תיק רפואי)? מתאריך	
3. נא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית:	
מתאריך	
האם האבחנה קשורה בתאונה? כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> תאונת דרכים <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> אחר <input type="radio"/>	מתאריך
4. נא פרטי/י מחלות וליקויים מהם סובל/ת המבוטח/ת:	
מתאריך	
מתאריך	
מתאריך	
5. ממליצה/ה על <input type="radio"/> השתלה <input type="radio"/> טיפולים <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> אחר, פרטי/י:	
6. מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח/ההשתלה? מתאריך	שם הרופא הממליץ
תאריך	חתימה וחותמת רופא המטפל

הערות הרופא	
תאריך	חתימה וחותמת רופא

מבוטח/ת יקר/ה,

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג הכיסוי הנתבע

1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח/ת
2. טופס דיווח על טיפולים רפואיים המיועד למילוי על ידי הרופא/ה המטפל אשר איבחן לראשונה את הבעיה הרפואית או מכתב מרופא זה הכולל: התייחסות לכל הפרטים והשאלות המצויינים בטופס הדיווח על טיפולים רפואיים.
3. קבלות מקוריות או צילום קבלה בצרף אישור על גובה ההחזר שהתקבל מכל גורם אחר.
4. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית.

בנוסף

התייעצות עם רופא מומחה/ חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית/יעוץ רופא ילדים

1. מכתב מהרופא בציון הבעיה הרפואית בגינה ניתן הייעוץ.

בדיקות אבחוניות מעבדה והדמיה/מעקב הריון/(טיפולי פיזיותרפיה /כימוטרפיה

1. הפניה לבדיקה/טיפול
2. במקרה של טיפול יש לצרף דו"ח טיפולים כולל תאריכי הטיפול

אביזרים רפואיים

1. הפניה לרכישת האביזר.

כיסויים/טיפולים אלטרנטיביים

1. דוח טיפולים המציין סוג טיפול, עלות הטיפול ותאריך ביצוע הטיפול
2. העתק תעודת מומחה של המטפל בתחום הטיפול.

חיסונים טרם נסיעה לחו"ל

1. צילום כרטיס טיסה/צילום דרכון כולל ותמת יציאה מהארץ.

מנוי למשדר קרדילוגי

1. הסכם עם נותן השרות

הפריית מבחנה

1. צילום תעודת זהות כוללת פרטי הילדים
2. הפניה מרופא מומחה לטיפול.

ימי החלמה

1. סיכום שחרור מבית החולים
2. המלצה מהרופא המומחה על הצורך בהחלמה

עקירה כירורגית וניתוחי חניכיים

1. מכתב מהרופא המטפל המציין את סוג הטיפול ומספרי השיניים/אזור הניתוח

שחרור מתשלום עקב אבטלה

1. אישור מהמעסיק בציון תאריך תחילת עבודה ותאריך סיום עבודה
2. אישור מביטוח לאומי בגין כל חודש אבטלה.

שחרור מפרמיה עקב מחלה

1. אישורי מחלה
2. מכתב מהרופא המטפל בציון הסיבה לאי כושר עבודה/מכתב מרופא תעסוקתי.

טיפול בבעיות התפתחות/טיפולים בבעיות גיל ההתבגרות

1. סיכום רפואי/המלצה הכוללת את סוג הטיפול וסיבת הטיפול מרופא מטפל / מומחה להתפתחות הילד.
- * דו"ח טיפולים מהמטפל הכולל תאריך טיפול ומקבל הטיפול

העדרות מבחינת בגרות

- * אישור על היעדרות מבחינת בגרות

סיוע לאחר ניתוח

1. סיכום אשפוז מבית החולים

פיצוי בגין אובדן הכנסה

1. אישורי מחלה
2. אישור מהמעסיק על היעדרות מהעבודה