

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 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.

| | | | | |
|--|--|------------|-------|--------|
| 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 | |
| פרטים נוספים במקרה של תביעה לפיצוי שבועי | <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 | | | |
| כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית חולים | מיום | עד יום | | |
| נעדרתי מעבודתי באופן מלא | מיום | עד יום | סה"כ | |
| עבדתי חלקית | מתאריך | עד תאריך | משעה | עד שעה |
| <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | | | | |
| האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי? | פוליסה נוספת | | | |
| אני חבר בקופת חולים | סניף | מספר חבר | | |

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)

| | | | | |
|--|----------|----------|-------------|-----------|
| <input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני בנק | | | | |
| שם הבנק | מס' הבנק | שם הסניף | מס' הסניף | מס' חשבון |
| כתובת הסניף | | | טלפון הסניף | |

הערות:

הצהרת המבוטח

הריני להצהיר בזה שכל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי לא העלמתי כל עובדה.

| | | | |
|-------|---------|----------|-------|
| תאריך | שם פרטי | שם משפחה | ת.ז. |
| | | | X |
| כתובת | | | חתימה |

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, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

* לתשומת ליבך, ישנם מוסדות המתנים את מסירת המסמכים הרפואיים, בקבלת וויתור על סודיות רפואית הכולל חתימה וחותרמת של עד מהימן, לרבות פרטיו המלאים (שם מלא + ת.ז. או מספר רישיון). עד מהימן יכול להיות: רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק. לכן ועל מנת לחסוך זמן, מומלץ להחתים עד העונה להתניה הנ"ל.

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

| | | |
|-------|---|--------------|
| תאריך | X | חתימת המבוטח |
|-------|---|--------------|

← במקרה שמונה אפוטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתימו:

| | | | | | |
|-----------------|-------------------|-------|------|---|-------|
| פרטי האפוטרופוס | שם פרטי ושם משפחה | תאריך | ת.ז. | X | חתימה |
|-----------------|-------------------|-------|------|---|-------|

← במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים (האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין):

| | | | | | |
|----------|-------------------|-------|------|---|-------|
| פרטי האב | שם פרטי ושם משפחה | תאריך | ת.ז. | X | חתימה |
| פרטי האם | שם פרטי ושם משפחה | תאריך | ת.ז. | X | חתימה |

← 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. | X | חתימה + חותמת ומספר רישיון |
|----------|-------------------|-------|------|---|----------------------------|

המסמכים הנדרשים

1. מסמך רפואי מיום האירוע המתעד את התאונה שארעה וכן מסמכים רפואיים נוספים המתעדים את אופן הפגיעה.
2. מסמכים נוספים בהתאם לתחום האירוע הרלוונטי (ראה דף 5 בטופס התביעה).
3. אישורי אי כושר עבודה מרופא המטפל, המומחה בתחום הרלוונטי.
4. אם הנך שכיר, אישור היעדרות מהמעסיק.
5. במקרה בו מדובר בתאונה שארעה בחו"ל, את התיעוד הרפואי המלא מחו"ל.
6. במקרה של תאונה שהיא גם תאונת דרכים, את אישור המשטרה.
7. במקרה ומדובר בפטירה כתוצאה מתאונה, העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה/ירושה, צילום ת.ז. ופרטי בנק של היורשים החוקיים.
8. לבעלי כיסוי אי כושר עבודה כתוצאה ממחלה, אישורי מחלה מהרופא המטפל והיסטוריה רפואית.
9. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.

מסמכים נוספים הרלוונטיים לסוג הנזק הנתבע

שבר

1. פענוח שבר
2. צילומי רנטגן, CT או MRI

כוויות

1. אישור על קביעה מדרגה שנייה לפחות.
2. מסמך רפואי בגין היקף הכוויה באחוזים ביחס לשטח המעטפת הכוללת של הגוף.

אובדן/פגיעה בתפקוד נכות תמידית

1. מסמכים רפואיים המעידים כי נותרה נכות.
2. במקרה של תאונת עבודה שהוכרה ע"י המל"ל יש להעביר פרוטוקול מל"ל מלא בדבר הנכות הצמיתה.

פיצוי ימי אשפוז

1. סיכומי אשפוז מבית חולים.

כיסויים נוספים כגון החזר אמבולנס והחזר הוצאות פיזיותרפיה וכו'

1. קבלות מקוריות בגין החזר ההוצאות ששולמו.

סיעוד

1. הערכה תפקודית שבוצעה למבוטח.