

הנחיות להגשת תביעת מחלות קשות

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח בגין מחלות קשות, נבקשך להעביר אלינו את המסמכים המפורטים מטה:

1. טופס תביעה מלא בכתב יד קריא וחתום על ידי המבוטח או במקרה של קטין על ידי ההורים האפוטרופוסים הטבעיים / חוקיים המצ"ב.
2. טופס דיווח על טיפולים רפואיים למילוי על ידי הרופא המטפל הרלוונטי (המצ"ב).
3. מסמכים נוספים בהתאם לתחום האירוע הרלוונטי (כמפורט בדפים 5-6).
4. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש כולל חתימה וחתומת העד לחתימה, חותמת ומספר הרישיון של העד, המצ"ב.
5. צילום קריא וברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.

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 המפורטים מעלה, באפשרותך להעביר לחברה באמצעות סוכן הביטוח או באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53, גבעתיים 5345433 או למייל מרכזי: TB@fnx.co.il לפקס מספר 03-7337882 (למעט קבלות מקוריות).

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

טופס תביעה - מחלות קשות - 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 (רחוב)	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.
 בהעדף 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 הכיסוי הנתבע			
שם הכיסוי הנתבע	תאריך		

אופן תשלום במקרה של החזר למבוטח (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)				
<input type="checkbox"/> נא להעביר לזכות חשבוני בנק				
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
כתובת הסניף			טלפון הסניף	

טופס בקשה למידע רפואי ויתור סודיות

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

← 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 במאגרי המידע של כל המוסדות.

כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי 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.

X			
חתימת המבוטח		תאריך	

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

X			
חתימה	.ת.ז.	תאריך	שם פרטי ושם משפחה

← במקרה של קטין יש להחתיים את שני ההורים (האפטרופוסים הטבעיים של הקטין):

X			
חתימה	.ת.ז.	תאריך	שם פרטי ושם משפחה
X			
חתימה	.ת.ז.	תאריך	שם פרטי ושם משפחה

← פרטי עד לחתימה (עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח - סמן בעיגול את התחום)

X			
חתימה + חותמת ומספר רישיון	.ת.ז.	תאריך	שם פרטי ושם משפחה

דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי ע"י הרופא

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

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

נא ענה על כל השאלות

1. נא פרט מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח:

2. המבוטח בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש):
 ממתי סובל המבוטח מבעיה זו (על פי תיק רפואי)? מתאריך _____

3. נא פרט את ההסטוריה הרפואית של המבוטח

4. נא פרט מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח

מתאריך		
מתאריך		
מתאריך		
מתאריך		
מתאריך		
מתאריך		
מתאריך		
מתאריך		

הערות הרופא

X	שם רופא	תאריך
חתימה וחותמת רופא		

מסמכים נדרשים נוספים בהתאם לסוג המחלה ולתנאי הפוליסה

בנוסף למסמכים אילו, נבקשך להעביר אף את המסמכים הבאים לפי סוג הכיסוי וכדלקמן:

סרטן - גילוי גידול ממאיר

תוצאות בדיקות היסטולוגיות בכפוף לתנאי הפוליסה.

קרדיומיופטיה - מחלת לב כרונית

תיעוד רפואי המעיד על הפרעה תפקודית מדרגה 3 לפחות, במשך למעלה משלושה חודשים.

ניתוח מעקפי לב, מסתמי לב או אבי העורקים

מכתב שחרור מבית החולים בעיקבות האישפוז.

התקף לב

1. סיכום אישפוז בו מופיעים הקריטריונים: כאבי חזה, שינויים בא.ק.ג ועליה באנזימים.

2. דו"ח א.ק.ג ותוצאות בדיקות מעבדה מבית חולים.

אי ספיקת כליות כרונית

אישור נפרולוג מומחה המעיד על אי תפקוד כליות כרוני ובלתי הפיך הדורש חיבור לדיאליזה לצמיתות.

שבץ מוחי

1. סיכום האישפוז בעיקבות השבץ מוחי.

2. ממצאי בדיקות הדמיה.

אלצהיימר

אבחנה קלינית המעידה על מחלת האלצהיימר ומתועדת במהלך 3 חודשים לפחות.

ניוון שרירים (ALS)

אבחנה רפואית של נירולוג מומחה שיתקיימו בה כל התנאים על פי תנאי הפוליסה.

שיתוק

תיעוד רפואי המעיד על איבוד גמור ומוחלט של יכולת השימוש בשתי הגפיים במהלך 3 חודשים לפחות.

פרקינסון

אבחנה חד משמעית של נירולוג מומחה המעידה על מחלת פרקינסון.

טרשת נפוצה

1. אישור נירולוג מומחה.

ממצאי בדיקות MRI אופייניים למחלה.

2. יש לציין כי על התופעות הנירולוגיות להתקיים במהלך 6 חודשים לפחות.

פוליו (שיתוק ילדים)

אבחנה רפואית של נירולוג מומחה.

מחלת כבד כרונית סופנית

מסמכים המאשרים כי המחלה מתאפיינת בצהבת קבועה, מיימת, אנצפלפאתיה כבדית או יתר לחץ דם שערי.

אי ספיקת כבד

מסמכים המאשרים כי המחלה מתאפיינת בהקטנה חדה בגודל הכבד, נמק של אונה שלמה, ירידה חדה בתפקוד הכבד, צהבת מעמיקה או אישור ביצוע השתלת כבד בפועל.

איידס כתוצאה של עירוי דם

1. אישור רפואי המאשר כי הזיהום נגרם במסגרת טיפול בבית חולים.

2. אישור רפואי כי המבוטח אינו חולה המופיליה.

איידס בצוות רפואי

אישור רפואי המעיד על כך שהזיהום נגרם במסגרת העבודה, בכפוף לתנאי הפוליסה.

מחלת ריאות כרונית (C.O.P.D) – מחלת ריאות סופנית

מסמכים רפואיים של רופא מומחה המעידים על חומרת המצב ונתמכים בבדיקות רפואיות מתאימות.

יתר לחץ דם ריאטי ראשוני

הסימנים חייבים להיות מתועדים במהלך 3 חודשים לפחות והאבחנה הרפואית צריכה לכלול הוכחה באמצעות צינתור לב של לחץ ריאטי.

השתלת איברים (לב, לב-ריאה, לבלב, מח עצם, השתלת כבד)

אישור על ביצוע ההשתלה בפועל.

פיצוי טרם ביצוע השתלת איברים (לב, לב-ריאה, לבלב, מח עצם, השתלת כבד)

1. אישור רישמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל.
2. או מכתב משני רופאים מומחים בתחום הרלוונטי המאשר את הצורך בהשתלה.

איבוד גפיים

יש להעביר מסמכים בהתאם למקרה הספציפי:

1. אבחנה רפואית בדבר איבוד תפקוד קובע ומוחלט.
2. אבחנה רפואית המעידה על קטיעה מעל פרק שורש כף היד.
3. אבחנה רפואית המעידה על קטיעת קרסול של 2 הגפיים.

אנמיה פלסטית – כשל מח העצם

אישור רפואי בדבר ביצוע לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי דם.
2. קבלת חומרים מעוררי מח עצם.
3. השתלת מח עצם.
4. קבלת חומרים המדכאים את המערכת החיסונית.

חירשות

1. אישור מומחה אף-אוזן-גרון המסתמך על בדיקות שמיעה מפורטות.

כוויות קשות

1. אבחנה רפואית המעידה על כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.

טנוס

1. אישור רפואי של נירולוג או מומחה לרפואה פנימית המעיד על פגיעה במערכת העצבים המרכזית.

עיוורון

אישור רפואי המעיד על איבוד כגמור ומוחלט של גושר הראייה בשתי העיניים.

אובדן דיבור

אישור רפואי המעיד על איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור כתוצאה מנזק פיזי שנגרם למיתרי הקול.

תרדמת (COMA)

מסמכים רפואיים המעידים על אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט הנמשך ברציפות 96 שעות לפחות, ומסמכים רפואיים המעידים על שימוש במערכות תומכות חיים.

גידול שפיר של המוח

מכתב שחרור מבית החולים.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים המפורטים מעלה, עליך להעביר באמצעות סוכן הביטוח או באמצעות הדואר לכתובת: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53 גבעתיים 5345433 או לפקס מספר 03-7336946.

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.