

הנחיות להגשת תביעת תאונות אישיות

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח תאונות אישיות, נבקשך להעביר אלינו את המסמכים המפורטים מטה:

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

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 או לפקס מספר: 03-7336946 (למעט קבלות מקוריות).

לבירור סטאטוס התביעה, יש לפנות למוקד בטלפון: 03-7332222

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.

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

← 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			
.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 /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.

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

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

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

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

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

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

<input checked="" type="checkbox"/>	חתימה + חותמת ומספר רישיון	.ת.ז.	תאריך
פרטי העד	שם פרטי ושם משפחה		

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג הנזק שנתבע

← בנוסף	
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	מסמכים רפואיים המעידים כי נותרה נכות. במקרה של תאונת עבודה שהוכרה ע"י המל"ל יש להעביר פרוטוקול מל"ל מלא בדבר הנכות הצמיחה.
פיצוי ימי אשפוז	סיכומי אשפוז מבית חולים.
כיסויים נוספים כגון החזר אמבולנס והחזר הוצאות פיזיותרפיה וכו'	קבלות מקוריות בגין החזר ההוצאות ששולמו.
סיעוד	הערכה תפקודית שבוצעה למבוטח.