

**הנחיות להגשת תביעת השתלות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל**

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח בגין השתלות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל, 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. טופס דיווח על טיפולים רפואיים, למילוי על ידי הרופא המטפל הרלוונטי המצ"ב.
3. מסמכים רפואיים לרבות טפסי שחרור מבית חולים, הכוללים אבחנה רפואית ומידע על ההיסטוריה הרפואית.
4. מסמכים נוספים בהתאם לתחום האירוע הרלוונטי (כמפורט בדף 5).
5. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש, כולל חתימה וחתמת העד לחתימה חותמת ומספר הרישיון של העד, המצ"ב.
6. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.

לתשומת ליבך, בהיודע על הצורך בטיפול רפואי בחו"ל, יש לפנות לחברה מראש לקבלת אישור המהווה תנאי מהותי לחבות החברה.

לידיעתך, במקרה ולא יינתן האישור כאמור, ייתכן כי יהיה בכך לפגוע בזכאותך לתגמולי ביטוח.

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](mailto:TB@fnx.co.il) או לפקס מספר: 03-7336946 (למעט קבלות מקוריות).

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

## טופס תביעה - השתלות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

מבוטח יקר, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד בטופס בכל פנייה לרופאים והקפידעל מילוי כנדרש.

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)		
שם איש קשר		טלפון נייד של איש הקשר	שם מקום העבודה של בן/ת הזוג	
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 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 מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.  
 אני מעונין 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.

ביטוחים נוספים			
האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התוכנית

פרט את שמות הרופאים אליהם פנית בקשר עם הבעיה הרפואית בנושא התביעה:

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח					
תאריך	אנא פרט להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	סכום בש"ח מצ"ב חשבונית	שם התרופה	אנא פרט להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	עלות חודשית
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

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

הצהרת המבוטח					
אני החתום מטה _____ בעל הפוליסה הנ"ל, מס' ת.ז. _____					
מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.					
<b>X</b>					
חתימת המבוטח			תאריך		

**דיווח על השתלות, ניתוחים בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל למילוי על ידי הרופא המטפל**

<b>פרטי המבוטח</b>			
מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.

<b>פרטי הרופא המטפל - קופ"ח</b>			
שם פרטי	שם פרטי	שם פרטי	שם פרטי
שם משפחה	שם משפחה	שם משפחה	שם משפחה
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב
ת.ז.	מיקוד	פקס	נייד

<b>נא ענה על כל השאלות</b>	
	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 ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית:	
	מתאריך
האם האבחנה קשורה בתאונה? <input type="radio"/> 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 פרט מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח:	
	מתאריך
	מתאריך
	מתאריך
5. ממליץ על <input type="radio"/> השתלה <input type="radio"/> טיפולים <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> אחר, פרט:	
6. מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח/ההשתלה? מתאריך	
	שם הרופא הממליץ

<b>מידע נוסף לגבי הטיפול הרפואי</b>	
	תאריך
	שם הרופא המטפל
	חתימה וחוממת רופא המטפל/ת

## 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 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 הכוללת 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 אפטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתימו:

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

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

פרטי האם	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	X	חתימה
פרטי האב	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 + חותרמת ומספר רישיון
----------	-------------------	-------	------	---	-----------------------------

## מסמכים נדרשים בהתאם לסוג הפיצוי הנתבע

### השתלות איברים באמצעות החברה

1. התכתביות עם נציגי בית החולים ו/או הרפואיים בחו"ל - במידה והתקיימו.
2. המלצה של רופא מומחה בתחום לביצוע ההשתלה.
3. מסמכים וקבלות מקוריות להוכחת עלות הוצאות ההשתלה המוכרות על פי הפוליסה.

### פיצוי בגין השתלה בחו"ל ללא מעורבות החברה

1. טופס שחרור מבית חולים בו בוצעה ההשתלה.
2. אישור מהמחלקה הרלוונטית בבית חולים בישראל על ביצוע ההשתלה.

### פיצוי בגין השתלת איבר לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות

1. אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר.
2. אישור מהמחלקה הרלוונטית בבית חולים בישראל לפיו עדיין לא בוצעה השתלה.

### גמלת החלמה לאחר ביצוע השתלה

1. טופס שחרור מבית חולים בו בוצעה ההשתלה.

### טיפולים וניתוחים מיוחדים בחו"ל

1. התכתביות עם נציגי בית החולים ו/או הרפואיים בחו"ל - במידה והתקיימו.
2. המלצה של רופא מומחה בתחום לביצוע הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל הכוללת התייחסות מפורטת לצורך בביצועם בחו"ל.
3. מסמכים וקבלות מקוריות להוכחת עלות הוצאות הטיפול או הניתוח המיוחד בחו"ל המוכרות על פי הפוליסה.

### ניתוחים בחו"ל

1. התכתביות עם נציגי בית החולים ו/או הרפואיים בחו"ל - במידה והתקיימו.
2. המלצה של רופא מומחה בתחום לביצוע הניתוח.
3. מסמכים וקבלות מקוריות להוכחת עלות הוצאות הניתוח בחו"ל המוכרות על פי הפוליסה.