

## הנחיות להגשת תביעת ניתוחים

מבוטח יקר,

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

1. טופס תביעה מלא וחתום על ידי המבוטח או במקרה של קטין על ידי ההורים האפוטרופוסים הטבעיים / חוקיים המצ"ב.
  2. טופס דיווח על טיפולים רפואיים, המצ"ב. (למילוי הן על ידי הרופא המטפל הרלוונטי שאבחן לראשונה את הבעיה הרפואית או לחלופין מהרופא המנתח).
  3. מסמכים נוספים בהתאם לתחום האירוע הרלוונטי (כמפורט בדף 5).
  4. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש כולל חתימה וחתימת העד לחתימה חותמת ומספר הרישיון של העד, המצ"ב.
  5. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.
- לתשומת ליבך, בהיודע על הצורך בניתוח ו/או בכיסויים נלווים לניתוח, 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.

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: 03-7337882 (למעט קבלות מקוריות).

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



## 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 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.

תאריך	חתימת המבוטח
	X

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

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

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

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

← 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.	חתימה + חותמת ומספר רישיון
				X

## דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי על הרופא לטיפול בניתוחים

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

פרטי הרופא המטפל - קופ"ח			
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון
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 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/י:	
6. מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח/ההשתלה? מתאריך	שם הרופא הממליץ
	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימה וחותמת רופא המנתח

פרטי הרופא המנתח			
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב
ת.ד.	מיקוד	פקס	

פרטים נוספים לגבי ניתוח - למילוי על ידי הרופא המנתח	
שם הניתוח המומלץ	
מועד הניתוח נקבע לתאריך	בבית חולים
מידע נוסף	
תאריך	חתימה וחותמת רופא המנתח
	<input checked="" type="checkbox"/>

**מסמכים נוספים הנדרשים בהתאם לסוג הניתוח ולסוג הכיסוי הנתבע****פיצוי בגין ניתוח:**

1. מכתב שחרור
2. דו"ח ניתוח

**החזר הוצאות רפואיות כגון שכר רופא מנתח, הוצאות בית חולים, תותב/אביזר מושלם, התייעצות עם רופא מומחה לפני**

**ואחרי ניתוח:**

טופס שחרור מבית חולים

**פיזיותרפיה במהלך אשפוז:**

1. מכתב שחרור מבית החולים בו בוצע הניתוח
2. המלצה רפואית לביצוע הטיפולים

**אחות פרטית במהלך אשפוז:**

מכתב שחרור מבית החולים בו בוצע הניתוח

**שירותי אמבולנס:**

מכתב שחרור מבית החולים בו בוצע הניתוח

**טיפולים מחליפי ניתוח:**

1. המלצה לביצוע הניתוח שאותו מחליף הטיפול
2. מכתב הפניה לטיפול מחליף הניתוח

**ניתוח עתידי**

1. הפנייה לביצוע ניתוח