

טופס תביעה - אמבולטורי - למילוי על ידי המבוטח

פרטי המבוטח

מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
כתובת (רחוב)	כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)		נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)
האם יש לך ביטוח משלים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא שם התוכנית: _____			
שם הרופא המטפל	שם קופת חולים		

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 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? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית	תחילת הביטוח
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית	תחילת הביטוח

פירוט ההוצאות הרפואיות

תאריך הטיפול: _____

סוג הטיפול:

- התייעצות עם רופא מומחה/חוות דעת שניה לבדיקה פתולוגית/יעוץ רופא ילדים
- בדיקות אבחוניות מעבדה והדמיה/מעקב הריון/טיפולי פיזיותרפיה/כימותרפיה
- אביזרים רפואיים
- כיסויים/טיפולים אלטרנטיביים
- הפרית מבחנה
- טיפול בבעיות התפתחות/טיפולים בבעיות גיל ההתבגרות
- אחר _____

לכל הוצאה יש לצרף בנוסף לקבלה/חשבונית את המסמכים כמפורט בעמוד 6

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהה לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהן כל שינוי.
 ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי ולכן איני זכאי לקבל מעבר להוצאה בפועל אך ככל שיתקבל החזר גם מגורם נוסף, יכול גובה החזר משני הגורמים להגיע עד לסכום ההוצאה בפועל

דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שיש בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף

אני החתום מטה מצהיר כי הקבלות המפורטות מטה הוגשו או שיוגשו לגורם אחר, והתקבל או שאמור להתקבל החזר בגינן.
 במקרה והקבלות הוגשו לגורם אחר והתקבל החזר, עליך לצרף בנוסף לקבלה/חשבונית את האישור על גובה החזר שהתקבל.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית	הגורם ממנו נתבע החזר	סכום החזר שהתקבל	סכום החזר שעתידי להתקבל

דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף

הנני מתחייב ומצהיר כי לא אעשה כל שימוש בקבלות המקוריות וכי לא הגשתי ולא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לכל גורם אחר, מלבד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס"), להחזר בגין אותן קבלות. הנני מתחייב כי מקום בו יובא לידיעת הפניקס כי פעלתי לקבלת כפל תשלום תוך הצגת הקבלות לגוף אחר, אפעל להשבת הכספים ששולמו על ידי הפניקס, ככול ששולמו, ואין ולא תהינה לי טענות ביחס לכך.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטינים ככל שהבקשה לקבלת תגמולי ביטוח מוגשת עבורם.

X													
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימת המצהיר									

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 בבנק				
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
		כתובת הסניף		
		טלפון הסניף		

הערות:

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה, מס' ת.ז. _____, מציהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

X													
תאריך	חתימת המבוטח												

במקרה של קטין יש להחתיים את אחד ההורים:

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