

טופס תביעה – ניתוחים – למילוי על ידי המבוטח/ת

מבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופאים והקפיד/י על מילוי כנדרש.

← פרטי המבוטח/ת									
מס' הפוליסה		שם פרטי		שם משפחה		ת.ז.		תאריך לידה	
מקום עבודה			טלפון בית		נייד		פקס		איש קשר
כתובת (רחוב)			בית		דירה		עיר/יישוב		ת.ד.
קופת חולים			סניף		כתובת		שם הרופא המטפל		דואר אלקטרוני
שם מקום העבודה של בן/ת הזוג			שם איש קשר לתביעה		נייד		טלפון נוסף		

← ביטוחים נוספים			
שם החברה		שם התוכנית	
האם הוגשה תביעה או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		תחילת הביטוח	
שם החברה		שם התוכנית	
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		תחילת הביטוח	
שם החברה		שם התוכנית	
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		תחילת הביטוח	
האם יש השתתפות של קופת חולים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		תחילת הביטוח	

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

← ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח/ת		
תאריך	אנא פרטי/י להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה וכו'	סכום בש"ח (מצ"ב חשבונית)

לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בעמוד 3

← אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח/ת (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

הערות:

← הצהרת המבוטח/ת – אישור כי ברשותי מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות ואמנת השירות של הפניקס לטיפול בתביעות	
הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות ואמנת השירות הרלוונטית של הפניקס לטיפול בתביעות, כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.	
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך

חתימת המבוטח/אפוסטרופוס

← הסכמת מבוטח/ת לשירותי עדכון באמצעות מסרון (SMS) בעת הגשת תביעה				
הנני מעוניין כי תשלחו אלי הודעות ועדכונים בקשר לתביעות בריאות המוגשות לחברה, באמצעות מסרון (SMS) למספר הטלפון ולכתובת הדוא"ל, הרשומים מטה.				
← אישור התובע לקבלת מסרון				
שם פרטי	שם משפחה	מס' טלפון נייד	כתובת דוא"ל	חתימה
				<input checked="" type="checkbox"/>

← הצהרת המבוטח/ת – אישור קבלת תכתובות מהמבטח באמצעות הסוכן	
הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען לקבלת כל התכתובות מהמבטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואיגרת הפניקס.	
<input checked="" type="checkbox"/>	תאריך

חתימת המבוטח/אפוסטרופוס

← **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 הסייעודי 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 /וה סוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי 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 הסייעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה 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.

X					
חתימה		תאריך			