

שאלון תביעה-דיווח על מחלה קשה

עובד יקר,

לצורך הגשת תביעה בגין פוליסת תאונות אישיות הנך מתבקש למלא את שאלון התביעה ולצרף את מסמכי התביעה הרלוונטיים, לתשומת לבך, בעת הגשת התביעה יש לוודא כי מלאת ו/או צירפת את המסמכים הדרושים כמפורט להלן:

- טופס הודעה על גילוי מחלה קשה (מצ"ב)
- טופס ויתור על סודיות רפואיות, חתום (מצ"ב)
- מסמכים רפואיים רלוונטיים: מסמכים רפואיים מיום האירוע ו/או מסמוך ליום האירוע, סיכום אשפוז, גיליון מיון, ממצאי בדיקות/ביקורות וכד'.
- אישור מחלה מרופא מומחה בתחום הפגיעה המציין את תאריכי אי-הכושר (נושא אבחנה רפואית).
- צילום המחאה של התובע או אישור מהבנק על "בעלות על חשבון" (לצורך העברה בנקאית).

את שאלון התביעה והמסמכים הרלוונטיים יש להגיש מיד עם קרות התאונה למשרדי
"Howden סוכנות לביטוח" באמצעות פקס מספר: 03-5480887

בכל מקרה של תביעה יש לפנות

לשי רוטנר : 03-5688825, shair@howden.co.il

אורית כהן דואק- רפרנטית מח' תביעות: 03-6270744, oritcd@howden.co.il

טופס תביעה - מחלות קשות - למילוי על ידי המבוטח/ת - עובדי עיריית תל-אביב-יפו והמרכז הרפואי

המבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופאים והקפד/י על מילוי כל הפרטים הנדרשים.

← פרטי המבוטח/ת הזקוק/ה לטיפול תרופתי									
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.	מיקוד	דואר אלקטרוני	
קופת חולים		סניף		כתובת		שם הרופא המטפל			
שם מקום העבודה של בן/ת הזוג		שם איש קשר לתביעה		נייד		טלפון נוסף			

← פרטי הכיסוי הנתבע									
שם הכיסוי הנתבע					תאריך				

לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בעמוד 3

← אופן תשלום במקרה של החזר למבוטח/ת (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)									
○ נא להעביר לזכות חשבוני בנק									
שם הבנק		מס' הבנק		שם הסניף		מס' הסניף		מס' חשבון	
כתובת הסניף		טלפון הסניף							

← התיישנות									
<p>תקופת ההתיישנות הינה שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח. בתביעות קטינים, ההתיישנות הינה שלוש שנים מיום הגעתם לגיל 18 שנים, וזאת בכפוף להוראות הדין.</p> <p>מודגש בזאת, כי אין די בהגשת תביעה לחברתנו כדי לעצור את מרוץ תקופת ההתיישנות, וכי רק הגשת התביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ תקופת ההתיישנות, הכול בהתאם להוראות הדין.</p>									

← 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/אפוטרופוס							

← 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/אפוטרופוס							

← ויתור על סודיות רפואית									
<p>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 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.</p> <p>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 מחלה בה חלתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת, ומתיר ל"מוסדות" בזאת מתן כל מידע ל"מבטח" מכל תיק שנפתח על שמי.</p> <p>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.</p> <p>בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.</p> <p>כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי. הפניקס.</p>									
<input checked="" type="checkbox"/>									
תאריך		חתימה							

מבוטח/ת יקר/ה,

יש לצרף את המסמכים המפורטים מטה הרלוונטים לסוג הכיסוי הנתבע:

1. טופס תביעה למילוי ע"י המבוטח/ת חתום ע"י המבוטח או במקרה של מבוטח קטין ע"י ההורים האפוסטרופסים הטבעיים/ האפוסטרופסים החוקיים.
2. טופס דיווח על טיפולים תרופתיים שאינם בסל הבריאות המיועד למילוי ע"י הרופא המטפל בבעיה הרפואית או מכתב מהרופא המטפל בבעיה הכולל התייחסות לכל הפרטים והשאלות המצוינים בטופס הדיווח על טיפולים תרופתיים.
3. העתק מרשם רפואי כולל מינון התרופה.
4. מכתב דחייה מקופת החולים.
5. במידת הצורך, טופס 29' חתום כנדרש.
6. מסמך מקופת החולים המציין את עלות התרופה לפני ההנחה, במקרה של רכישת תרופה במימון חלקי של הביטוח המשלים או קופת החולים או גורם מממן אחר.
7. קבלות מקוריות, במקרים בהם רכישת התרופה אינה מתבצעת על ידי החברה.
8. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית.

בנוסף למסמכים אילו, נבקשך להעביר אף את המסמכים הבאים לפי סוג הכיסוי וכדלקמן:

סרטן – גילוי גידול ממאיר

1. תוצאות בדיקות היסטולוגיות בכפוף לתנאי הפוליסה.

התקף לב

1. סיכום אישפוז בו מופיעים הקריטריונים: כאבי חזה, שינויים בא.ק.ג. ועליה באנזימים.
2. דו"ח א.ק.ג ותוצאות בדיקות מעבדה מבית החולים.

שבץ מוחי

1. אישור רפואי של נוירולוג מומחה המעיד על נזק נוירולוגי, בהתאם לתנאי הפוליסה.
2. ממצאי בדיקות הדמיה.

טרשת נפוצה

1. אישור נוירולוג מומחה.
2. ממצאי בדיקות MRI אופייניים למחלה.
3. יש לציין כי על התופעות הנוירולוגיות להתקיים במהלך 6 חודשים לפחות.

עיוורון

1. אישור רפואי המעיד על איבוד גמור ומוחלט של כושר הראייה בשתי העיניים.

תרדמת (COMA)

1. מסמכים רפואיים המעידים על אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט הנמשך ברציפות 96 שעות לפחות, ומסמכים רפואיים המעידים על שימוש במערכות תומכות חיים.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים המפורטים מעלה, עליך להעביר באמצעות האודן סוכנות לביטוח, רח' אפעל 35 פתח תקווה (מגדל אתגר) 4951132, פקס 03-5480887, שי רוטנר – טלפון: 03-5688825, מייל: shair@howden.co.il.

יודגש כי אין במפורט בדף זה להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת, לפיכך וטרם קבלת החלטה על אופן הפעולה הנדרש אנא וודא כי אכן הכיסוי המפורט מצוי בפוליסה שרכשת.

טופס בקשת מידע רפואי ויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	שם האב
----------	---------	------	--------

רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון
------	---------	-------	-------	-------

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לקרנית ו/או למסור ל"הפניקס" חברה לביטוח (להלן "המבקשים") או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה, את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

חלק ב'

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השרותים			
רופאים	1.		2.
	3.		4.
מכונים ומעבדות	1.		2.
	3.		4.
מס' אישי בצה"ל		שם קופ"ח קודמת	

במקרה של קטין

שם האב	ת.ז.	שם האב	ת.ז.
		✓	
תאריך	עד לחתימה	ת.ז.	חתימה

יפוי כח

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מתיר בזאת לכל חברת ביטוח למסור ל"פניקס חברה לביטוח בע"מ" ו/או לכל מי שבא או פועל מטעמה, מידע אודות תאונות דרכים, לרבות נזקי גוף שנגרמו, אם נגרמו או ארעו לי בעבר. לא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה וחותמת הבנק
		✓

טופס ויתור סודיות

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי

הנדון: טופס ויתור סודיות

אני ה"מ: _____ מס' זהות _____

הואיל והגשתי תביעה נגד הביטוח: "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "חברת הביטוח") ו/או הנני

מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

בכבוד רב,



חתימה

תאריך

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי

אני ה"מ: _____ מס' זהות _____

עובד/עורך דין של חברת ביטוח _____ מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.



חותמת חברת הביטוח/עורך דין

חתימה

תאריך

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי

אני ה"מ: _____ מס' זהות _____

עובד/עורך דין של חברת ביטוח _____ מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.



חותמת חברת הביטוח/עורך דין

חתימה

תאריך