תחום ביטוח בריאות

הפניקס חברה לביטוח בע"מ
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454
פקס: 03-5735222 | info@fnx.co.il | www.fnx.co.il

קשרי לקוחות: 3455*
03-7332222

הפניקס
כשזה חשוב לך, זה חשוב לנו.

טופס לתביעה סיעודית

מבוטח יקר
על מנת לזרז את ההליכים הכרוכים בקביעת הזכאות, נבקשכם להחזיר אלינו, בהקדם אפשרי את הטפסים הבאים:
א. טופס לתביעה סיעודית.
ב. סיכומי אישפוזים מבתי חולים.
ג. שאלון הערכה תפקודי (מצ"ב למילוי ע"י רופא מטפל).

פרטי מבוטח תובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז. ס"ב

פרטי קופת חולים

שם קופ"ח	שם הסניף	כתובת

שם רופא המשפחה + רופאים נוספים	טלפון

פרטי איש הקשר

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז. ס"ב

טלפון בבית	טלפון בעבודה	נייד

כתובת	רחוב	עיר	מס' בית	מיקוד

מקום הימצאו של המבוטח

◯ בית
◯ מוסד

שם המוסד	כתובת	טלפון	איש קשר במוסד

פרטי ביטוחים נוספים

◯ אין לי ביטוח סיעודי בחברה אחרת או בקופ"ח
◯ יש לי ביטוח סיעודי משלים במסגרת קופ"ח ◯ יש לי ביטוח סיעודי בחברת ביטוח אחרת. שם החברה/קופ"ח _____

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 /ואו 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 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 המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות.
כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

נא להחתים למטה את המבוטח הזקוק לעזרה סיעודית

תאריך	שם המבוטח	ת.ז. ס"ב	חתימה
			✓

פרטי העד לחתימה (רופא/עו"ד בלבד)

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז. ס"ב