

הנחיות להגשת תביעת ניתוחים

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים בהתאם לסוג תביעתך כפי שמפורט בטופס.

לתשומת ליבך, בהיודע על הצורך בניתוח ו/או בכיסויים נלווים לניתוח, עליך לפנות לחברה מראש לקבלת אישור המהווה תנאי מהותי לחבות החברה.

לידיעתך, במקרה ולא יינתן האישור כאמור, ייתכן כי יהיה בכך לפגוע בזכאותך לתגמולי ביטוח.

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.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433
- לתיבת דוא"ל: Tb@fnx.co.il
- באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה **מסמך** למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.
- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

טופס תביעה – ניתוחים – למילוי על ידי המבוטח

פרטי המבוטח				
מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
כתובת (מלאה)	כתובת דוא"ל (לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד)		נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)	
שם איש קשר	טלפון נייד של איש הקשר	שם מקום העבודה של בן/ת הזוג		טלפון נוסף
קופת חולים	סניף	כתובת		שם הרופא המטפל

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.
 בהעדף סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
נא סמן ב- ✓ במידה והנך מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 אני מעוניין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 הנני מאשר לשלוח לסוכן הביטוח בפוליסה עותק מהתכתבויות הקשורות לתביעה.
 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 בכונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם החברה	שם התוכנית
האם יש השתתפות של קופת חולים?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	אמצעי התחייבות מקופת חולים (ט' 17) <input type="radio"/> לרופא <input type="radio"/> לבית החולים <input type="radio"/> לרופא ולבית החולים	

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

פירוט הוצאות הרפואיות
פירוט סוג הטיפול / ההוצאות:
<input type="radio"/> פיצוי בגין ניתוח
<input type="radio"/> החזר הוצאות רפואיות
<input type="radio"/> פיזיותרפיה במהלך אישפוז
<input type="radio"/> אחות פרטית במהלך אישפוז
<input type="radio"/> שירותי אמבולנס
<input type="radio"/> טיפולים מחליפי ניתוח
<input type="radio"/> ניתוח עתידי
<input type="radio"/> אחר
לכל טיפול / הוצאה יש לצרף מסמכים כמפורט בעמוד 6

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

המסמכים הנדרשים

1. טופס דיווח על טיפולים רפואיים מהרופא המטפל הרלוונטי שאבחן לראשונה את הבעיה הרפואית או לחלופין מהרופא המנתח.
2. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש כולל חתימה וחתימת העד לחתימה חותמת ומספר הרישוי של העד, המצ"ב.
3. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.

מסמכים נוספים הנדרשים בהתאם לסוג הניתוח ולסוג הכיסוי

פיצוי בגין ניתוח:

1. מכתב שחרור
2. דו"ח ניתוח

החזר הוצאות רפואיות כגון שכר רופא מנתח, הוצאות בית חולים, תותב/אביזר מושטל, 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. הפניה לביצוע ניתוח