

## הנחיות למילוי טופס תביעה – "מכבי סיעודי"

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לפיצוי בגין תגמולי ביטוח, נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים בהתאם למסלול תביעתך כפי שמפורט בטופס, באחת מהאפשרויות הבאות:

1. באמצעות הדואר לכתובת: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53, גבעתיים 5345433

2. לתיבת דוא"ל: Tm@fnx.co.il

3. לפקס מספר: 03-7238812

4. באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון 055-7000887. בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה **מסמך** למספר הטלפון ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.

אנא הקפד לצרף לטופס התביעה גם את טופס ויתור סודיות המצורף בזה. מילוי הטופס והחתמת העד לחתימתך על הטופס, הינו הכרחי בטיפול בתביעתך.

בברכה,

"מכבי סיעודי"

מחלקת תביעות בריאות

הפניקס חברה לביטוח בע"מ

**טופס תביעה – "מכבי סיעודי"**

פרטי המבוטח			
שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות	תאריך לידה
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד
כתובת דואר אלקטרונית		מספר טלפון נייד	

פרטי איש קשר*			
שם פרטי	שם משפחה	סוג קרבה	
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון נייד	

\* במידה ולא קיים איש קשר, אין צורך למלא את הפרטים בשדות איש קשר.  
במידה ובחרת איש קשר ופרטיו נרשמו בטופס זה, כלל המכתבים, המסמכים וההודעות מהחברה יישלחו לאיש הקשר.

**אופן ההתקשרות**

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 עליך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל:**  דואר ישראל  דואר אלקטרוני.  
 בהעדף סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.  
 לידיעתך, באם הנך בוחר לקבל הודעות בדואר אלקטרוני עליך לרשום לנו את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

טענות המבוטח לגבי פרטי האירוע:			
מועד תחילת מצב סיעודי:		מה הגורם להיחוס סיעודי? <input type="radio"/> מחלה <input type="radio"/> תאונה <input type="radio"/> ליקוי בריאותי	
האם הנך שוהה בבית? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם הנך מקבל טיפולי בית ו/או משויך ליחידה לטיפול בית של מכבי? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
אם אינך שוהה בבית, ציין היכן אתה שוהה: <input type="radio"/> בבית אבות <input type="radio"/> בבית חולים <input type="radio"/> במוסד רפואי <input type="radio"/> דיור מוגן			
פרטי המוסד:	שם המוסד	טלפון המוסד	כתובת המוסד
מסלול התביעה: <input type="radio"/> מוסד סיעודי <input type="radio"/> בית			
פרט את השתלשלות המקרה בגינו הפכת סיעודי:			

← **ביטוחים נוספים**

האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו נוסף?  כן  לא

האם התקבלה החלטה בתביעה?  כן  עדיין לא

במידה והוגשה תביעה, השלם את הפרטים:

ביטוח לאומי	סוג הגמלה	הכרה בזכאות	תאריך תחילת קבלת הגמלה	אחוז הגמלה שאושר
	גמלת סיעוד	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	___/___/___	% ___
	גמלת שירותים מיוחדים	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	___/___/___	% ___
	גמלת ילד נכה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	___/___/___	% ___
	קצבת נידות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	___/___/___	% ___
משרד הביטחון	גמלת סיעוד	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	___/___/___	% ___
חברת ביטוח			___/___/___	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
	שם החברה	שם התוכנית	תאריך תחילה	הכרה בזכאות
			___/___/___	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
	שם החברה	שם התוכנית	תאריך תחילה	הכרה בזכאות

← **כללי**

האם הנך מעסיק עובד זר?  כן  לא

האם הנך זכאי ל"קוד בריאות" ממשרד הבריאות (השתתפות בתשלום דמי המוסד)?  כן  לא

← **תביעה לתגמולים בגין אשפוז סיעודי**

אני החתום מטה, מצהיר בזאת, כי ידוע לי שככל שאבחר במסלול תגמול בגין אשפוז סיעודי, איני זכאי לקבל מעבר להוצאה בפועל. כמו כן ידוע לי, שהיה ואקבל החזר גם מגורמים נוספים, גובה החזר מכול הגורמים לא יעלה על סכום ההוצאה בפועל.

← **הצהרת מבוטח**

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטינים, ככל שהבקשה לקבלת תגמולי ביטוח מוגשת עבורם.  
 קרבה:  אב  אם  אפוטרופוס

אני החתום מטה מצהיר בזאת, כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.  
 על החתום:

<b>X</b>	מס' תעודת זהות	שם מלא	תאריך	חתימת המצהיר

## טופס ויתור סודיות רפואית ובקשה למידע רפואי

לתשומת לבך,

- **חובה להחתים עד בנוסף לחתימתך על טופס זה.** עד יכול להיות: עו"ד, רופא, פסיכולוג, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח.
- במקרה של יורשים, עליהם לצרף לטופס החתום גם צו ירושה או צו קיום צוואה (מקור או העתק נאמן למקור).
- במקרה שמונה אפוסטרופוס על פי החוק, עליו לצרף את צו המינוי שלו בנוסף לחתימתו.
- במקרה של קטין, חובה על אחד מההורים (האפוסטרופסים הטבעיים של הקטין) לחתום על טופס זה.

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 ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת ללא יוצא מהכלל.

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 חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת ללא יוצא מן הכלל, 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. לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 - והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל "המוסדות".

על החתום:

X			
שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה

<b>פרטי האפוסטרופוס</b>			
X			
שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	קירבה/עיסוק

<b>פרטי ההורים</b>			
X			
שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
X			
שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה

<b>פרטי העד</b>			
X			
שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה + חותמת ומספר רישיון עיסוק

## המסמכים הנדרשים

1. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור על קיום חשבון בנק.
2. צילום תעודת זהות של המבוטח.
3. במקרה של תביעה עבור אשפוז במוסד סיעודי - יש להעביר קבלות מהמוסד הסיעודי.
4. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר - יש להעביר העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / ירושה.
5. טופס ויתור סודיות חתום (דף מס' 4).
6. בתביעה בה מונה אפוטרופוס יש להעביר צו מינוי אפוטרופוס (מקור או "נאמן למקור").

### על מנת שנוכל לחסוך זמן ולקדם את תביעתך, אנו ממליצים לצרף גם את המסמכים הבאים (לא חובה):

1. אישור מהרופא המטפל בנוגע למצבך הרפואי.
2. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריאטריות שבהן נמצא תיעוד התומך במצב סיעודי.
3. במקרה של תשישות נפש - אבחנה מרופא מומחה בתחום כגון נירולוג או פסיכוגריאטר.
4. סיכומי אשפוז מבתי חולים הרלוונטיים לתביעתך, ככל וישנם.
5. החלטות ואישורי זכאות הרלוונטיים לתביעתך, במידה וקיימים מהמוסד לביטוח לאומי ומגופים נוספים.

## הכללים לקביעת זכאות לקצבת סיעוד

הפוליסה "מכבי סיעודי" - אי יכולת לבצע חלק מהותי של 3 פעולות לפחות מתוך 6 הפעולות הרשומות בפוליסה (מעברים, ניידות, הלבשה, רחצה, אכילה, שליטה בסוגרים) או תשישות נפש.

וזאת בכפוף להוראות הפוליסה, לרבות תקופת המתנה, סכומי ביטוח ותקופת תגמולי ביטוח. ובכפוף למבחנים להגדרה של קרות מקרה הביטוח.