

הנחיות להגשת תביעת תאונות אישיות

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.

יודגש, כי אין במפורט בהנחיות אלו להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת, לפיכך טרם 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:

- 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 לביטוח תאונות אישיות

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		שם הרופא המטפל		
מקום עבודה		כתובת מקום עבודה		
		<input type="radio"/> שכיר <input type="radio"/> עצמאי		
		עיסוק		

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.
 בהעדר סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
 נא סמן ב- ✓ במידה והנך מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
☐ אני מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
☐ הנני מאשר לשלוח לסוכן הביטוח בפוליסה עותק מההתכתבויות 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.

פרטי המקרה									
תאריך המקרה/התאונה			שעה		מקום המקרה				
<input type="radio"/> תאונה <input type="radio"/> מחלה <input type="radio"/> פטירה									
תיאור התאונה/מחלה									
טיב ומידת הפגיעה/המחלה									
עדים למקרה			שם פרטי		שם משפחה		טלפון		
פרטים נוספים במקרה של תביעה לפיצוי שבועי			<input type="radio"/> נעדרתי מעבודתי מיום _____ עד יום _____ סה"כ _____						
			<input type="radio"/> נעדרתי מעבודתי באופן חלקי מיום _____ עד יום _____ סה"כ _____						
			<input type="radio"/> חזרתי לעבודה בתאריך _____ אני עדיין באובדן כושר עבודה						
כתוצאה מפגיעה זו אושפזתי בבית חולים			מיום		עד יום				
נעדרתי מעבודתי באופן מלא			מיום		עד יום		סה"כ		
עבדתי חלקית			מתאריך		עד תאריך		משעה		עד שעה
<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא									
האם הוגשה תביעה לביטוח לאומי?			פוליסה נוספת		חברת ביטוח				
אני חבר בקופת חולים			סניף		מספר חבר				

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהים לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהם כל שינוי.
ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי ולכן איני זכאי לקבל מעבר להוצאה בפועל אך ככל שיתקבל החזר גם מגורם נוסף, יכול גובה ההחזר משני הגורמים להגיע עד לסכום ההוצאה בפועל

דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שיש בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף

אני החתום מטה מצהיר כי הקבלות המפורטות מטה הוגשו או שתוגשנה לגורם אחר, והתקבל או שאמור להתקבל החזר בגינן.
במקרה והקבלות הוגשו לגורם אחר והתקבל החזר, עליך לצרף בנוסף לקבלה/חשבונית את האישור על גובה החזר שהתקבל.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית	הגורם ממנו נתבע החזר	סכום החזר שהתקבל	סכום החזר שעתידי להתקבל

דרישה לתגמולי ביטוח בגין קבלות/חשבוניות שאין בכוונתך לקבל החזר מגורם נוסף

הנני מתחייב ומצהיר כי לא אעשה כל שימוש בקבלות המקוריות וכי לא הגשתי ולא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לכל גורם אחר, מלבד הפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הפניקס"), להחזר בגין אותן קבלות. הנני מתחייב כי מקום בו יובא לידיעת הפניקס כי פעלתי לקבלת כפל תשלום תוך הצגת הקבלות לגוף אחר, אפעל להשבת הכספים ששולמו על ידי הפניקס, ככול ששולמו, ואין ולא תהינה לי טענות ביחס לכך.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח

☐ נא להעביר לזכות חשבוני בבנק

שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
כתובת הסניף			טלפון הסניף	
הערות:				

הצהרת המבוטח

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.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימת המצהיר
				X

טופס ויתור סודיות רפואית ובקשה למידע רפואי

פרטי המבוטח										
שם משפחה			שם פרטי			ת.ז.				
רחוב			מספר			ישוב			מיקוד	
טלפון נייד			טלפון ניח			שם קופ"ח			שם קופה קודמת	

לתשומת לבך,

- **חובה להחתים עד בנוסף לחתימתך על טופס זה.** עד יכול להיות: עו"ד, רופא/ה, אח/ות, פסיכולוג/ית, עובד/ת סוציאלי/ת, סוכן/ת ביטוח.
- במקרה של יורשים, עליהם לצרף לטופס החתום גם צו ירושה או צו קיום צוואה (מקור או העתק נאמן למקור).
- במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, עליו לצרף את צו המינוי שלו בנוסף לחתימתו.
- במקרה של קטין, חובה על אחד מההורים (האפטרופסים 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 הסייעות 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 הסייעות 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 הסייעות 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	

פרטי האפטרופוס – במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתים:

X										
שם פרטי ושם משפחה			ת.ז.			תאריך			קירבה/עיסוק	

פרטי ההורים – במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים (האפטרופוסים הטבעיים של הקטין):

האב	X										
	שם פרטי ושם משפחה			ת.ז.			תאריך			חתימה	
האם	X										
	שם פרטי ושם משפחה			ת.ז.			תאריך			חתימה	

פרטי העד

X										
שם פרטי ושם משפחה			ת.ז.			תאריך			עיסוק	

המסמכים הנדרשים

1. מסמך רפואי מיום האירוע המתעד את התאונה שארעה וכן מסמכים רפואיים נוספים המתעדים את אופן הפגיעה.
2. אישורי אי כושר עבודה מרופא המטפל, המומחה בתחום הרלוונטי.
3. אם הנך שכיר, אישור היעדרות מהמעסיק.
4. במקרה בו מדובר בתאונה שארעה בחו"ל, את התיעוד הרפואי המלא מחו"ל.
5. במקרה של תאונה שהיא גם תאונת דרכים, את אישור המשטרה.
6. במקרה ומדובר בפטירה כתוצאה מתאונה, העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה/ירושה, צילום ת.ז. ופרטי בנק של היורשים החוקיים.
7. לבעלי כיסוי אי כושר עבודה כתוצאה ממחלה, אישורי מחלה מהרופא המטפל והיסטוריה רפואית.
8. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית בתביעה מעל 10,000 ש"ח.

מסמכים נוספים הרלוונטיים לסוג הנזק הנתבע

שבר

1. פענוח שבר
2. צילומי רנטגן, CT או MRI

כוויות

1. אישור על קביעה מדרגה שנייה לפחות.
2. מסמך רפואי בגין היקף הכוויה באחוזים ביחס לשטח המעטפת הכוללת של הגוף.

אובדן/פגיעה בתפקוד נכות תמידית

1. מסמכים רפואיים המעידים כי נותרה נכות.
2. במקרה של תאונת עבודה שהוכרה ע"י המל"ל יש להעביר פרוטוקול מל"ל מלא בדבר הנכות הצמיתה.

פיצוי ימי אשפוז

1. סיכומי אשפוז מבית חולים.

כיסויים נוספים כגון החזר אמבולנס והחזר הוצאות פיזיותרפיה וכו'

1. קבלות בגין החזר ההוצאות ששולמו.

סיעוד

1. הערכה תפקודית שבוצעה למבוטח.