

## הנחיות להגשת תביעת תאונות אישיות תלמידים

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:

- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433
- לתיבת דוא"ל: [Tb@fnx.co.il](mailto:Tb@fnx.co.il)
- לפקס: 03-7336946
- באמצעות מסרון (SMS) למספר טלפון: 055-7000887 - בעת השימוש באפשרות זו נדרש לשלוח את המילה **מסמך** למספר הנ"ל ויתקבלו הנחיות להעברת המסמכים.

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

## טופס תביעה לתאונות אישיות לפוליסת תלמידים

נא למלא את הטופס לפרטי, ולהחזירו לסוכן הביטוח ללא כל דיחוי, בצירוף תעודות מחלה חתומות ע"י רופא מומחה בתחום הפגיעה, מסמכים רפואיים רלוונטיים לפגיעה, אישור מעביד/ביה"ס על תקופת העדרות ואישור תשלום בגין הפוליסה.

פרטי המבוטח						
שם משפחה		שם פרטי		ת.ז.		שנת לידה
שם האב		שם האם		רחוב		מספר
המוסד החינוכי		כתובת המוסד החינוכי		מס' סמל המוסד החינוכי		מספר טלפון

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 שרשמתי לעיל:  דואר ישראל  דואר אלקטרוני.  
 בהעדר 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.

פרטי המקרה									
מקום בו ארעה התאונה	תאריך	שעה	טיב ומידת הפציעה						
כיצד קרתה התאונה:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>מס' הימים בהם היית מרותק למגורים</th> <th>מס' ימים בהם היית משולל כושר עבודה חלקי</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>שם</td> <td>כתובת</td> </tr> <tr> <td>טלפון</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				מס' הימים בהם היית מרותק למגורים	מס' ימים בהם היית משולל כושר עבודה חלקי	שם	כתובת	טלפון	
מס' הימים בהם היית מרותק למגורים	מס' ימים בהם היית משולל כושר עבודה חלקי								
שם	כתובת								
טלפון									
שמו וכתובתו של הרופא / המוסד אשר הגיש לך עזרה ראשונה									
שמו וכתובתו של הרופא המטפל בך עכשיו, בקשר עם התאונה הנ"ל									
האם הינך זכאי לקבל פיצוי עבור תאונת מחברה או חברות אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן, ציין אילו									
האם נמסרה הודעה למשטרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן ציין שם התחנה									
האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי בגין התאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן נא לצרף מסמך									

נא למלא בתביעות התלמידים  
 התלמיד נעדר מביה"ס בהנחיית רופא מתאריך \_\_\_\_\_ עד לתאריך \_\_\_\_\_

אישור מנהל בית הספר / או המוסד בו מתחנך התלמיד		
הרני מאשר כי התלמיד _____ ת.ז. _____ שהינו תלמיד מן המניין בביה"ס _____		
נעדר מלימודיו מתאריך _____ עד לתאריך _____ סה"כ _____ ימים.		
תאריך	חתימת מנהל ביה"ס	חתימת ביה"ס

הנני מצהיר בזה כי כל הפרטים דלעיל הינם נכונים ואמיתיים ולא הסתרתי מידע כלשהו הקשור לתביעה הנ"ל		
תאריך	חתימת מנהל ביה"ס	חתימה (אם מדובר בקטין - חתימת ההורה או האפוטרופוס)

← 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 החזר 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

## טופס בקשה למידע רפואי ויתור סודיות

← פרטי המבוטח

מס' הפוליסה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
-------------	---------	----------	------

← 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 ו/או 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 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, 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, ילדי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

\* לתשומת ליבך, ישנם מוסדות המתנים את מסירת המסמכים הרפואיים, בקבלת וויתור על סודיות רפואית הכוללת חתימה וחותרמת של עד מהימן, לרבות פרטיו המלאים (שם מלא + ת.ז. או מספר רישיון). עד מהימן יכול להיות: רופא, אחות, עורך דין, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק. לכן ועל מנת לחסוך זמן, מומלץ להחתים עד העונה להתניה הנ"ל.

- במקרה של יורשים על היורשים יש לחתום בצירוף צו ירושה או צו קיום צוואה.

תאריך	X	חתימת המבוטח
-------	---	--------------

← במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתימו:

פרטי האפטרופוס	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	X	חתימה
----------------	-------------------	-------	------	---	-------

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

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

← פרטי עד לחתימה (עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח - סמן בעיגול את התחום)

פרטי העד	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	X	חתימה + חותרמת ומספר רישיון
----------	-------------------	-------	------	---	-----------------------------

## המסמכים הנדרשים

1. מסמך רפואי מיום האירוע המתעד את התאונה שארעה וכן מסמכים רפואיים נוספים המתעדים את אופן הפגיעה.
2. במקרה בו מדובר בתאונה שארעה בחו"ל, את התיעוד הרפואי המלא מחו"ל.
3. אישור מבית הספר על היותך תלמיד מן המניין בעת תקופת האירוע ואישור מבית הספר על תקופת ההיעדרות.
4. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש כולל חתימה וחתימת העד לחתימה חותמת ומספר הרישיון של העד.
5. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שמך או על שם ההורה במקרה של קטין או לחלופין אסמכתא בנקאית כאמור.