

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח ובקשך 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 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 סוכן הביטוח
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433
- לתיבת דוא"ל: Tb@fnx.co.il
- פקס: 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 - תרופות - למילוי על ידי המבוטח

מבוטח יקר, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד בטופס בכל פנייה לרופאים והקפד על מילוי כל הפרטים הנדרשים.

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)		
שם איש קשר		טלפון נייד של איש הקשר	שם מקום העבודה של בן/ת הזוג	
קופת חולים		סניף	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 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.  
 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 לגורם כלשהו?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח משלים בקופס"ח?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם החברה	שם התוכנית
האם יש לך ביטוח רפואי אחר?	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם הקופה/ ביטוח/ אחר	שם התוכנית

פרטים לתביעה בנושא תרופות אשר אינן בסל הבריאות	
מתי התחלת לקחת את התרופה?	להזכירך, יש לצרף המסמכים כמפורט בעמוד 3. עלות התרופה לחודש (ש"ח)
לכמה זמן עליך לקחת את התרופה?	

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהה לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהן 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 שיוגשו 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.

ריכוז עלות התרופות			
שם התרופה	מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה / חשבונית	תאריך

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטינים ככל שהבקשה לקבלת תגמולי ביטוח מוגשת עבורם.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימת המצהיר

**אופן תשלום במקרה של החזר למבוטח**

נא להעביר לזכות חשבוני בבנק

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

**הצהרת המבוטח**

אני החתום מטה \_\_\_\_\_ בעל הפוליסה הנ"ל, מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
חתימת המבוטח	תאריך

## 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 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 במאגרי המידע של כל המוסדות. כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי 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
----------	-------------------	-------	------	---	-----------------------------

### דיווח על טיפולים תרופתיים שאינם בסל הבריאות - למילוי על הרופא

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

פרטי הרופא המטפל - קופ"ח					
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	טלפון	נייד	
כתובת (רחוב)	בית	דירה	עיר/יישוב	ת.ז.	מיקוד
פקס					

נא ענה על כל השאלות	
1. נא פרט מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח:	
2. המבוטח בטיפול החל מתאריך (שנה וחודש):	
3. שם התרופה 1:	
מינון:	קמות חודשית:
תקופה נדרשת לפי מס' חודשים:	שם הרופא הממליץ:
מתי הומלץ לראשונה על מתן התרופה?	
מתי החל המבוטח ליטול את התרופה?	
שם התרופה 2:	
מינון:	קמות חודשית:
תקופה נדרשת לפי מס' חודשים:	שם הרופא הממליץ:
מתי הומלץ לראשונה על מתן התרופה?	
מתי החל המבוטח ליטול את התרופה?	
פרטים נוספים:	

חתימה וחוקמת רופא		שם רופא	תאריך
-------------------	---	---------	-------

## המסמכים הנדרשים

1. טופס דיווח על טיפולים תרופתיים שאינם בסל הבריאות, המיועד למילוי ע"י הרופא המטפל בבעיה הרפואית או מכתב מהרופא המטפל בבעיה, הכולל התייחסות לכל הפרטים והשאלות המצוינים בטופס הדיווח על טיפולים תרופתיים.
2. העתק מרשם רפואי כולל מינון התרופה.
3. צילום ברור וקריא של הקבלות, במקרים בהם רכישת התרופה אינה מתבצעת על ידי החברה.
4. צילום המחאה מבוטלת ברור וקריא על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.

## מסמכים נוספים הנדרשים בהתאם לטופס התרופה

### תרופות שאינן רשומות בישראל

1. העתק טופס 29 ג' התום כנדרש

### תרופות שאינן בסל הבריאות להתוויה המבוקשת / למצב הרפואי

1. במקרים בהם קבלת מכתב דחייה מהקופה, שמצב הרפואי אינו תואם את הקריטריונים של הסל, צרף את מכתב הדחייה בו מפורטות סיבות הדחייה.

### תרופות למחלת סרטן

1. נתוני משקל וגובה.
2. מכתב הפניה של האונקולוג הכולל תוכנית טיפולים.

### תרופות להורמון גדילה

1. משקל בלידה.
2. עקומת גדילה מגיל 0.
4. בדיקות מעבדה של הורמון הגדילה.
5. ייעוץ גנטי בהשוואה להורים.
6. מחלות כרוניות שסובל מהם המבוטח.
7. עקומת גובה ומשקל של 3 שנים אחרונות (נתונים נכונים ליום הגשת התביעה)
8. גיל עצמות.