

## טופס תביעה - למילוי על ידי המבוטח/ת

מבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופא/ים והקפד/י על מילוי כנדרש.

| פרטי המבוטח/ת |            |                |                |          |
|---------------|------------|----------------|----------------|----------|
| מס' פוליסה    | שם משפחה   | שם פרטי        | ס"ב            | מס' זהות |
| תאריך לידה    | מקום עבודה | מס' טלפון בבית | טלפון נייד     | פקס      |
| רחוב          | מס'        | מס' דירה       | עיר            | מיקוד    |
| שם קופת חולים | סניף       | כתובת          | שם הרופא המטפל |          |

| ביטוחים נוספים   |   |          |           |             |
|--|---|----------|-----------|-------------|
| האם הוגשה תביעה לגורם כלשהו?                           | כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> | שם החברה | שם התכנית | תחילת ביטוח |
| האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח?                          | כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> | שם החברה | שם התכנית | תחילת ביטוח |
| האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? | כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> | שם החברה | שם התכנית | תחילת ביטוח |

| ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח/ת |   |   |       |                        |                        |
|--|---|---|-------|------------------------|------------------------|
| תאריך  | אבא פרט/י להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר | אבא פרט/י להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר | תאריך | סכום בש"ח מצ"ב חשבונית | סכום בש"ח מצ"ב חשבונית |
|  |   |   |       |                        |                        |
|  |   |   |       |                        |                        |
|  |   |   |       |                        |                        |
|  |   |   |       |                        |                        |
|  |   |   |       |                        |                        |
|  |   |   |       |                        |                        |
|  |   |   |       |                        |                        |
|  |   |   |       |                        |                        |

| אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח/ת   |           |           |           |  |  |  |       |  |  |
|--|-----------|-----------|-----------|--|--|--|-------|--|--|
| <input type="radio"/> בא להעביר לזכות חשבוני לבנק: <table border="1"> <tr> <td>שם הבנק</td> <td>מס' הסניף</td> <td>מס' חשבון</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | שם הבנק   | מס' הסניף | מס' חשבון |  |  |  | הערות |  |  |
| שם הבנק  | מס' הסניף | מס' חשבון |           |  |  |  |       |  |  |
|  |           |           |           |  |  |  |       |  |  |

לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בחוברת ההנחיות למבוטח.

| ויתור על סודיות רפואית  |   |
|---|---|
| אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לחברות ביטוח אחרות ולכל מוסד וגורם אחר למסור ל"הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש"). את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר/ת אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים. |   |
| תאריך   | חתימה <input checked="" type="checkbox"/> |

**דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי ע"י הרופא/ה**

|                      |          |         |          |
|----------------------|----------|---------|----------|
| <b>פרטי המבוטח/ת</b> |          |         |          |
| מס' פוליסה           | שם משפחה | שם פרטי | מס' זהות |

|                              |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|
| <b>נא ענה/י על כל השאלות</b> |  |  |  |
|                              |  | 1. נא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל/ת המבוטח/ת:   |  |
|                              |  | 2. ממתי נמצא/ת המבוטח/ת בטיפולך? מתאריך  |  |
|                              |  | ממתי הינך מכיר/ה את המבוטח/ת? מתאריך   |  |
|                              |  | ממתי סובל/ת המבוטח/ת מבעיה זו? מתאריך  |  |
|                              |  | (על פי מידע מרופא/ת המשפחה)  |  |
|                              |  | 3. נא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית:  |  |
|                              |  | 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. האם המבוטח/ת סובל/ת מבעיות רפואיות נוספות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אבא פרטי/י מלוא האבחנות (סמל/י X במשבצת המתאימה)  |  |
|                              |  | אבחנה:   |  |
|                              |  | מתאריך   |  |
|                              |  | אבחנה:   |  |
|                              |  | מתאריך   |  |
|                              |  | פרטי/י:  |  |
|                              |  | 5. ממליץ/ה על <input type="radio"/> בדיקות <input type="radio"/> טיפולים <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> אחר, <input type="radio"/> פרטי/י:                                  |  |
|                              |  | 6. שם הרופא/ה  |  |
|                              |  | מומחיות  |  |
|                              |  | כתובת  |  |
|                              |  | טלפון  |  |
|                              |  | פקס  |  |

|  |  |                         |  |
|--|--|-------------------------|--|
| <b>פרטים נוספים לגבי ניתוח - למילוי על ידי הרופא/ה המנתח/ת</b> |  |                         |  |
|  |  | מועד הניתוח נקבע לתאריך |  |
|  |  | בבית חולים              |  |
|  |  | מידע נוסף               |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | תאריך  |  |
|  |  | חתימה וחוממת <input checked="" type="checkbox"/> |  |