

**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 לרופאים והקפיד/י על מילוי כנדרש.

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

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

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח/ת					
תאריך	אבא פרט/י להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	תאריך	אבא פרט/י להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	תאריך	אבא פרט/י להלן את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח/ת					
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון	<input type="radio"/> בא להעביר לזכות חשבוני לבנק
					הערות

**לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בחוברת ההנחיות למבוטח**

ויתור על סודיות רפואית	
<p>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 המכוונים 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 הסייעודי 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 הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. אני מוותר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי 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. בקשתו 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, עזובי, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.</p>	
תאריך	<input checked="" type="checkbox"/> חתימה

**דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי על ידי הרופא/ה**

פרטי המבוטח/ת			
מס' פוליסה	שם משפחה	שם פרטי	ס"ב
			ת.ד.

נא ענה על כל השאלות			
1. בא פרטי/י מהי הבעיה הרפואית ממנה סובלת/ת המבוטח/ת			
2. ממתי נמצאת/ת המבוטח/ת בטיפולך? מתאריך	ממתי הינך מכירה את המבוטח/ת? מתאריך		
ממתי סובלת/ת המבוטח/ת מבעיה זו? מתאריך		(על פי מידע מרופא/ת המשפחה)	
3. בא פרטי/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית			
מתאריך			
מתאריך	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> תאונת דרכים <input type="radio"/> תאונת עבודה <input type="radio"/> אחר		
4. האם המבוטח/ת סובלת/ת מבעיות רפואיות נוספות?		<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אבא פרטי/י את כל האבחנות (סמן x במשבצת המתאימה)	
מתאריך	אבחנה		
מתאריך	אבחנה		
פרטי/י			
5. ממליץ/ה על <input type="radio"/> בדיקות <input type="radio"/> טיפולים <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> אחר, פרטי/י			
6. שם הרופא/ה		מומחיות	
כתובת	טלפון	פקס	

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

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