

הנחיות להגשת תביעת ניתוחים בארץ (לפי משלים שב"ן פוליסה אחידה) לעובדי מכבי שירותי בריאות, קבוצת מכבי

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.

לתשומת ליבך, בהיודע על הצורך בניתוח ו/או בכיסויים נלווים לניתוח, עליך לפנות לחברה מראש לקבלת אישור המהווה תנאי מהותי לחבות החברה.

לידיעתך, במקרה ולא ינתן האישור כאמור, ייתכן כי יהיה בכך לפגוע בזכאותך לתגמולי ביטוח.

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.

מובהר כי בעת ביצוע ניתוח באמצעות נותן שירות שאינו בהסדר עם השב"ן המבוטח יישא בהשתתפות עצמית של 3,000 ש"ח לכל תביעה.

במקרה שבו עלות הניתוח נמוכה מ- 3,000 ש"ח, תאפשר חברת הביטוח למבוטח לעבור את הניתוח בתנאים שנקבעו לחברת הביטוח עם נותן השירות האמור וההשתתפות העצמית תשולם על ידי המבוטח ישירות לנותן השירותים.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:

- 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 - ניתוחים - למילוי על ידי המבוטח

| 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 |

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.
 בהעדף 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.
 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 או בכונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו? | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | שם החברה | שם התוכנית |
| האם יש לך ביטוח משלים בקופס"ח? | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | שם החברה | שם התוכנית |
| האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | שם החברה | שם התוכנית |
| האם יש השתתפות של קופת חולים? | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | אמצעי התחייבות מקופת חולים (ט' 17) <input type="radio"/> לרופא <input type="radio"/> לבית החולים <input type="radio"/> לרופא ולבית החולים | |

פרט את שמות הרופאים אליהם פנית בקשר עם הבעיה הרפואית בנושא התביעה:

פירוט ההוצאות הרפואיות

* **3 התייעצויות בכל שנת ביטוח;** לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.
 * **שכר מנתח.**
 * **כיסוי הוצאות ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית;** כיסוי זה יכול לכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות: שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח, הוצאות האשפוז עד תקרה של 30 ימי אשפוז לניתוח (כולל אשפוז טרום-ניתוח).
 * **טיפול מחליף ניתוח;** כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף. כיסוי זה יכול לכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע טיפול מחליף ניתוח.

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 הוצאה 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.

| תאור הוצאה | מספר קבלה/חשבונית | סכום קבלה/חשבונית |
|------------|-------------------|-------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

| | | | | |
|-------|---------|----------|-----------|--------------|
| תאריך | שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות | חתימת המצהיר |
| | | | | |

אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח (יש לצרף צילום המחאה בנקאית של המבוטח או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח)

| | | | | | |
|-------------|----------|----------|-----------|-------------|---|
| שם הבנק | מס' הבנק | שם הסניף | מס' הסניף | מס' חשבון | <input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני בבנק <input checked="" type="radio"/> |
| | | | | | |
| כתובת הסניף | | | | טלפון הסניף | |
| הערות: | | | | | |

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה _____, מס' ת.ז. _____, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

| | |
|-------|--------------|
| תאריך | חתימת המבוטח |
| | |

במקרה של קטין יש להחתים את אחד ההורים:

| | | | | |
|-------------------|-------|------|-------|---|
| שם פרטי ושם משפחה | תאריך | ת.ז. | חתימה | <input type="radio"/> אב <input type="radio"/> אם <input type="radio"/> אפוטרופוס <input type="radio"/> קרבה |
| | | | | |

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 הכולל 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 + חותמת ומספר רישיון |
|----------|-------------------|-------|------|---|----------------------------|

דיווח על טיפולים רפואיים - למילוי על הרופא לטיפול בניתוחים

| 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.ד. | מיקוד | פקס | |

| נא ענה על כל השאלות | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|
| 1. נא פרט מהי הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח: | | | | | | | | | |
| 2. המבוטח בטיפולי החל מתאריך (שנה וחודש): | | | | | | | | | |
| ממתי סובל המבוטח מבעיה זו (על פי תיק רפואי)? מתאריך | | | | | | | | | |
| 3. נא פרט את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית: | | | | | | | | | |
| מתאריך | | | | | | | | | |
| מתאריך | | 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. נא פרט מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח: | | | | | | | | | |
| מתאריך | | | | | | | | | |
| מתאריך | | | | | | | | | |
| מתאריך | | | | | | | | | |
| 5. ממליץ על <input type="radio"/> השתלה <input type="radio"/> טיפולים <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> אחר, פרט: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| שם הרופא הממליץ | | 6. מתי הומלץ לראשונה על ביצוע הטיפול/הניתוח/ההשתלה? מתאריך | | | | | | | |
| חתימה וחותמת רופא המנתח | | X | | | | תאריך | | | |

| פרטי הרופא המנתח | | | | | | | | | |
|------------------|--|---------|------|-----------|--|-------|-------|------|--|
| שם משפחה | | שם פרטי | | התמחות | | טלפון | | נייד | |
| כתובת (רחוב) | | בית | דירה | עיר/יישוב | | ת.ד. | מיקוד | פקס | |

| פרטים נוספים לגבי ניתוח - למילוי על ידי הרופא המנתח | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|------------|-------|--|--|--|
| שם הניתוח המומלץ | | | | | | | | | |
| מועד הניתוח נקבע לתאריך | | | | | בבית חולים | | | | |
| מידע נוסף | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| חתימה וחותמת רופא המנתח | | X | | | | תאריך | | | |

המסמכים הנדרשים

1. טופס דיווח על טיפולים רפואיים מהרופא המטפל הרלוונטי שאבחן לראשונה את הבעיה הרפואית או לחלופין מהרופא המנתח.
2. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש כולל חתימה וחתימת העד לחתימה חותמת ומספר הרישוי של העד, המצ"ב.
3. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שם המבוטח או לחלופין אסמכתא בנקאית.