

טופס תביעה - למילוי על ידי המבוטח/ת

מבוטח/ת יקר/ה,
מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אגב הצטייד/י בטופס בכל פנייה לרופאים והקפיד/י על מילוי כדורש.

פרטי המבוטח/ת			
מס' מוליסה	שם משפחה	שם פרטי	ת.ד.
תאריך לידה	מקום עבודה	טלפון בית	טלפון נייד
רחוב	מס'	מס' דירה	עיר
שם קופת חולים	סניף	כתובת	שם הרופא המטפל

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

רפואת הוצאות בנק טיפולים רפואיים למילוי על ידי המבוטח/ת					
תאריך	אגב פרט/י לחץ את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	מס' ב.ח. חשבונית	תאריך	אגב פרט/י לחץ את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	מס' ב.ח. חשבונית

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

לכל הוצאה יש לצרף את המסמכים כמפורט בחוברת ההנחיות לחבוטח

זימור על סודות רפואיים
אני החתום מטה, נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל הרופאים ו/או לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדות 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 שהליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מלה בה הליתי 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, עובדי, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

תאריך	חתימה
-------	-------

דיווח על טיפולים רפואיים - לחילוי על ידי הרופא/ה

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

נא ענה על כל השאלות			
1. הא פרט/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		(נעל פני מידע מרופא/ת המשפחה)	
3. הא פרט/י את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית			
האם האבחנה קשורה בתאונה?		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?		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> (אם פרט/י את כל האבחנות (סמן X במשבצת המתאימה)	
אבחנה		מתאריך	
אבחנה		מתאריך	
פרט/י			
5. ממליץ/ה על			
בדיקות <input type="radio"/> טיפולים <input type="radio"/> ניתוח <input type="radio"/> אחר, פרט/י <input type="radio"/>			
6. שם הרופא/ה		מומחיות	
כתובת	טלפון	פקס	

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

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