



מוקד מידע: \*3455  
03-73 32222

**הפניקס קו הבריאות**  
הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ | הדר חברה לביטוח בע"מ  
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454  
פקס: 03-5735222 | info@phoenix.co.il | www.phoenix.co.il

### טופס מרכז להודעות על תביעות לתשלום

### "עסק בריא" ביטוח קבוצתי לתשלום דמי מחלה והשלמה לדמי פגיעה בעבודה

הטופס נועד כדי להגיש באופן מרוכז על ידי המעסיק תביעות לתשלום דמי מחלה, 9 ימי פגיעה בעבודה, ודמי פגיעה מחוץ לעבודה (ראה נוהל מילוי הטופס המצ"ב).  
**לכבוד**

הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ

**מח' תביעות "קו הבריאות" דרך השלום 53, גבעתיים 53454**

תאריך הגשת הטופס:

\_\_\_\_\_

תעודות מחלה לחודש:

\_\_\_\_\_

פרטים על המעסיק / החברה:

פרטים על המעסיק / החברה:

כתובת: רחוב, מס' בית, תא דואר, שם ישוב

שם המעסיק / החברה

מס' פקס      דואר אלקטרוני

מיקוד      מס' טלפון

תפקידו ומס' טלפון ישיר

שם איש הקשר אצל המעסיק

פרטים על התביעות לתשלום:

מס' מחלה	תעודת זהות	שם פרטי ומשפחה	יום הפגיעה מהתאונה או לפני המחלה או	תקופת המחלה		חזר לעבודה ביום	מס' ימי מחלה
				מתאריך	עד תאריך		
1.							
2.							
3.							

אנו הח"מ, מצהירים בזה כי כל הפרטים שנמסרו נכונים וכי מגיש התביעה מבטוח בביטוח דמי מחלה ב"פניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ" בתקופה זו.

חתימה וחותמת  
המעסיק

## כללים למילוי טופס מרכז הודעות על תביעות לתשלום

### ריכוז המקרים והאישורים הנדרשים

### מעסיק נכבד,

**במחלה רגילה** - תעודת מחלה מקופת חולים ערוכה כנדרש וחתומה.

**בתקופת מחלה ארוכה** - סיכום רפואי ערוך וחתום ע"י הרופא המטפל ו/או גליון אשפוז/ שחרור, לפי דרישת המבטח;

**בחלקיות מחלה** - נתונים בדבר נוכחות בעבודה והיקף המשרה, לפי דרישת המבטח.

**בפגיעה בעבודה** - יצורפו לתביעה טופס הצהרה על פגיעה בעבודה אישור על הטיפול הרפואי מביה"ח ו/או מד"א ו/או מר"מ לפי דרישת המבטח וכן אישור מהמוסד לביטוח לאומי המכיר באירוע כפגיעה בעבודה.

**בפגיעה מחוץ לעבודה** - במקרה של פגיעה מחוץ לעבודה יצורפו לתביעה אישור על הטיפול הרפואי מביה"ח ו/או מד"א ו/או מר"מ לפי דרישת המבטח.

**מחלת ילד** - תביעה לתשלום דמי מחלה בשל היעדרות מחמת מחלת ילד, תלווה בהצהרה כנדרש בחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת ילד) תשנ"ד-1993.

**מחלת בן-זוג** - תביעה לתשלום דמי מחלה בשל היעדרות מחמת מחלת בן/בת זוג, תלווה בהצהרה כנדרש בחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת בן זוג) תשנ"ח-1998.

**מחלת הורה** - תביעה לתשלום דמי מחלה בשל היעדרות מחמת מחלת הורה או הורה של בן/בת הזוג, תלווה בהצהרה כנדרש בחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה) תשנ"ד-1993.

**היעדרות עקב הריון ולידה** - תביעה לתשלום דמי מחלה בשל היעדרות עקב הריון ולידה של בת הזוג, תלווה בהצהרה כנדרש בחוק דמי מחלה (היעדרות עקב הריון ולידה של בת זוג) תש"ס-2000.

בעת שנודע לך על מחלת עובדך, בגינה הוא זכאי לתשלום דמי מחלה, עליך לדווח על כך, בכתב ובצירוף הטפסים והאישורים המתאימים למח' התביעות של קו הבריאות בחברת הפניקס. עליך למלא את טופס התביעות המרכז בצדו השני של הדף ולצרף את האישורים וההצהרות הנדרשים כחוק, בהתאם לרשום בדף הסבר זה.

לטופס הבקשה לתשלום (טופס התביעה) יש לצרף תעודה/אישור מחלה של קופת חולים ערוכה כנדרש, שתכלול:

1. שם ושם משפחה של החבר;
2. מס' תעודת זהות;
3. אבחנת המחלה וסימולה לפי מפתח מחלות;
4. תקופת המחלה;
5. מספר ימי המחלה;
6. ותאריך הוצאת התעודה.

במקרי אשפוז תצוין התקופה.

הקפדה על מילוי מדויק של הטפסים וצירוף החומר הנדרש תקל ותזרז את הטיפול בתביעה.

### דברי הסבר למילוי הטופס

#### אופן המילוי

#### הסעיף בטופס

- יש להקפיד ולמלא את כל הפרטים כדי שיקל על מח' התביעות של הפניקס ליצור קשר במידת הצורך.
- יש למלא את התאריך האחרון בו עבד העובד במפעל/בחברה בטרם חלה או את התאריך שבו נפגע העובד מתאונה.
- יש למלא את מועד תחילת המחלה של העובד ומועד סיום המחלה, בהתאם לאישור המחלה הרפואי המצורף לטופס התביעה.
- תאריך חזרת העובד לעבודה.
- ספירת מספר ימי המחלה המצוינים בתעודת המחלה.
- יש לחתום על הצהרת המעסיק בחתימה ובחותמת המעסיק.

#### הערות:

1. הטופס המרכז מחליף את טופס הבקשה לתשלום הפרטני. יש להקפיד ולצרף לטופס את המסמכים הרלוונטיים כאמור לעיל. במקרים של פגיעה, מחלת ילד, מחלת הורה, מחלת בן-זוג והיעדרות עקב הריון ולידה יש לצרף גם את טפסי ההצהרה הרלוונטיים.
2. יש להחתים את העובדים על כתב הצהרה והתחייבות, בעת צירופם לביטוח וזאת כדי לאפשר למבטח, בעת הצורך לברר פרטים רפואיים הנוגעים לעובד שבגינה הוגשה תביעה לתשלום.