

הנחיות להגשת תביעת תאונות אישיות תלמידים

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. יודגש, כי אין במפורט בהנחיות אלו להקנות כיסוי אשר אינו מצוי בפוליסה שרכשת, לפיכך טרם קבלת החלטה על אופן הפעולה הנדרש, אנא וודא כי אכן הכיסוי המפורט מצוי בפוליסה שרכשת. את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות הדואר לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ. דרך השלום 53, גבעתיים 5345433
- לתיבת דוא"ל: Tb@fnx.co.il
- לפקס: 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 לתאונות אישיות לפוליסת תלמידים

נא למלא את הטופס לפרטיו, ולהחזירו לסוכן הביטוח ללא כל דיחוי, בצירוף תעודות מחלה חתומות ע"י רופא מומחה בתחום הפגיעה, מסמכים רפואיים רלוונטיים לפגיעה, אישור מעביד/ביה"ס על תקופת היעדרות ואישור תשלום בגין הפוליסה.

פרטי המבוטח						
שם משפחה		שם פרטי		ת.ז.		שנת לידה
שם האב		שם האם		רחוב		מספר
המוסד החינוכי		כתובת המוסד החינוכי		מס' סמל המוסד החינוכי		מספר טלפון

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 שרשמת לעיל: דואר ישראל דואר אלקטרוני.
 בהעדר 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.
 הנני מאשר לשלוח לסוכן הביטוח בפוליסה עותק מהתכתבויות הקשורות לתביעה.
 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.

פרטי המקרה																											
מקום בו ארעה התאונה	תאריך	שעה	טיב ומידת הפגיעה																								
כיצד קרתה התאונה:																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>עדים לתאונה</th> <th>שם</th> <th>כתובת</th> <th>טלפון</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">שמו וכתובתו של הרופא / המוסד אשר הגיש לך עזרה ראשונה</td> </tr> <tr> <td colspan="4">שמו וכתובתו של הרופא המטפל בך עכשיו, בקשר עם התאונה הנ"ל</td> </tr> <tr> <td colspan="4">האם הינך זכאי לקבל פיצוי עבור תאונת מחברה או חברות אחרות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם כן, ציין אילו</td> </tr> <tr> <td colspan="4">האם נמסרה הודעה למשטרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם כן ציין שם התחנה</td> </tr> <tr> <td colspan="4">האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי בגין התאונה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם כן נא לצרף מסמך</td> </tr> </tbody> </table>				עדים לתאונה	שם	כתובת	טלפון	שמו וכתובתו של הרופא / המוסד אשר הגיש לך עזרה ראשונה				שמו וכתובתו של הרופא המטפל בך עכשיו, בקשר עם התאונה הנ"ל				האם הינך זכאי לקבל פיצוי עבור תאונת מחברה או חברות אחרות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם כן, ציין אילו				האם נמסרה הודעה למשטרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם כן ציין שם התחנה				האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי בגין התאונה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם כן נא לצרף מסמך			
עדים לתאונה	שם	כתובת	טלפון																								
שמו וכתובתו של הרופא / המוסד אשר הגיש לך עזרה ראשונה																											
שמו וכתובתו של הרופא המטפל בך עכשיו, בקשר עם התאונה הנ"ל																											
האם הינך זכאי לקבל פיצוי עבור תאונת מחברה או חברות אחרות? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם כן, ציין אילו																											
האם נמסרה הודעה למשטרה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם כן ציין שם התחנה																											
האם הוגשה תביעה למוסד לביטוח לאומי בגין התאונה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן אם כן נא לצרף מסמך																											

נא למלא בתביעות התלמידים
 התלמיד נעדר מביה"ס בהנחיית רופא מתאריך _____ עד לתאריך _____

אישור מנהל בית הספר / או המוסד בו מתחנך התלמיד		
הרני מאשר כי התלמיד _____ ת.ז. _____ שהינו תלמיד מן המניין בביה"ס _____	נעדר מלימודיו מתאריך _____ עד לתאריך _____ סה"כ _____ ימים.	
תאריך	חתימת מנהל ביה"ס	חתימת ביה"ס

הנני מצהיר בזה כי כל הפרטים דלעיל הינם נכונים ואמיתיים ולא הסתרתי מידע כלשהו הקשור לתביעה הנ"ל		
תאריך	חתימת מנהל ביה"ס	חתימה (אם מדובר בקטין - חתימת ההורה או האפוטרופוס)

טופס ויתור סודיות רפואית ובקשה למידע רפואי

פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד
טלפון נייד	טלפון ניח	שם קופ"ח	שם קופה קודמת

לתשומת לבך,

- חובה להחתים עד בנוסף לחתימתך על טופס זה. עד יכול להיות: עו"ד, רופא/ה, אח/ות, פסיכולוג/ית, עובד/ת סוציאלי/ת, סוכן/ת ביטוח.
- במקרה של יורשים, עליהם לצרף לטופס החתום גם צו ירושה או צו קיום צוואה (מקור או העתק נאמן למקור).
- במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, עליו לצרף את צו המינוי שלו בנוסף לחתימתו.
- במקרה של קטין, חובה על אחד מההורים (האפטרופוסים הטבעיים של הקטין) לחתום על טופס זה.

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 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 ללא יוצא מהכלל.

אני משחרר בזה את כל "המוסדות" מחובת השמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או בדבר כל מחלה בה חליתי בעבר ו/או אשר אני חולה בה כעת ללא יוצא מן הכלל, 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. לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 - והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל "המוסדות".

על החתום:

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>

פרטי האפטרופוס - במקרה שמונה אפטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתים:

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	קירבה/עיסוק
חתימה	<input checked="" type="checkbox"/>		

פרטי ההורים - במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים (האפטרופוסים הטבעיים של הקטין):

האב	שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>
האם	שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>

פרטי העד

שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה + חותמת ומספר רישיון עיסוק
<input checked="" type="checkbox"/>			

המסמכים הנדרשים

1. מסמך רפואי מיום האירוע המתעד את התאונה שארעה וכן מסמכים רפואיים נוספים המתעדים את אופן הפגיעה.
2. במקרה בו מדובר בתאונה שארעה בחו"ל, את התיעוד הרפואי המלא מחו"ל.
3. אישור מבית הספר על היותך תלמיד מן המניין בעת תקופת האירוע ואישור מבית הספר על תקופת היעדרות.
4. טופס ויתור סודיות רפואית מלא וחתום כנדרש כולל חתימה וחתומת העד לחתימה חותמת ומספר הרישיון של העד.
5. צילום ברור של המחאה מבוטלת על שמך או על שם ההורה במקרה של קטין או לחלופין אסמכתא בנקאית כאמור.