

טופס תביעה - ביטוח חיים

מבוטח נכבד,
 אנו שולחים לך איחולי החלמה מהירה ומלאה, כלקוח שרכש פוליסת ביטוח חיים בחברתנו, באפשרותך להגיש תביעה, בהתאם לתנאי הפוליסה.
 לנוחיותך, מצורף טופס תביעה הכולל הנחיות כיצד למלאו ופירוט המסמכים הדרושים לנו לטיפול בתביעה.
 אם הנך מתקשה במילוי הטופס, אל תהסס להתקשר לסוכן הביטוח שלך שישמח לעזור ולייעץ לך.

פרטי הסוכן	שם הסוכן	מס' הסוכן	כתובת	טלפון
	שיאים לרופא		משה לוי 11 רטל 3	03-9412540

להלן פירוט האישורים הנחוצים לטיפול בתביעתך, לפי סוגי התביעות

← אובדן כושר עבודה
<p>אישורי אישורים רפואיים</p> <ul style="list-style-type: none"> סיכום רפואי מטעם הרופא המטפל ו/או סיכום מחלה מבית החולים, הכולל את תאור הפגיעה/מחלה/נכות ופירוט יכולתו הפיזית והשיקומית של המבוטח. אישורי מחלה מרופא מקצועי או רופא תעסוקה לכל תקופת אובדן כושר העבודה. אם הוגשה תביעה לביטוח לאומי: אישורים מהמוסד לביטוח לאומי והעתקי הפרוטוקולים מדיונים והחלטות הוועדות הרפואיות. לידיעתך, את המסמכים הרפואיים העדכניים יש לשלוח חודש לפני תום תקופת ההמתנה. <p>אישורים נוספים</p> <ul style="list-style-type: none"> אישור המעסיק על תקופת העסקה ומועד הפסקת העבודה.

אישורי שכר
<ul style="list-style-type: none"> לגבי עצמאי: אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה לפני אובדן כושר העבודה, או אישור מס הכנסה על הכנסה חייבת במס (דוח שנתי למס הכנסה). לגבי שכיר: 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים לפני אובדן כושר העבודה או טופס 106. - אישור מעביד על תאריך הפסקת עבודה. - במידה והמבוטח אינו עובד אך מקבל שכר מהמעביד: אישור על גובה השכר המשולם בתקופת אי הכושר. - במידה והמבוטח חזר לעבודה חלקית: מועד החזרה לעבודה, גובה השכר המשולם ומספר שעות העבודה. מס הכנסה: לתשומת לבך קצבת אובדן כושר עבודה חייבת במס הכנסה והמס מנוכה במקור, ובמקרים מסויימים גם בדמי ביטוח לאומי ומס בריאות. באם הנך מעוניין בתשלום מס מופחת אנא פנה למיישב התביעות לקבלת מכתב הפניה מתאים למס הכנסה ולביטוח לאומי.

← מקרי נכות
<ul style="list-style-type: none"> סיכום רפואי מטעם הרופא המטפל ו/או סיכום מחלה מבית החולים, הכולל את תאור הפגיעה/מחלה/נכות. חוות דעת מטעם גורם רפואי (ביטוח לאומי או רופא מומחה) המעידה על שיעור נכותו הצמיתה של המבוטח על פי הפוליסה. במקרה של קביעת אחוזי נכות מטעם המוסד לביטוח לאומי, יש לצרף את הפרוטוקול משיבת הועדה, המגדיר את הסעיפים לפיהם ניתנה הנכות. במקרה של תאונה, יש לצרף אישור המעיד על התאונה מגורם ממשלתי כמו משטרה, משרד הביטחון, או מסמך רפואי המעיד על כך.

← מחלות קשות
<ul style="list-style-type: none"> סיכום רפואי מטעם הרופא המטפל ודו"ח אשפוז מבית חולים, הכולל פירוט האירוע הרפואי ובדיקות העזר (כולל דוח היסטולוגי במקרה של סרטן).

← פרטי המבוטח				
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	עיסוק	
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד	מספר טלפון

← פרטי המעסיק			
שם המעסיק / החברה	ע.מ. המעסיק / מס' חברה (ח"פ)	כתובת	טלפון

← פרטי אירוע התביעה			
<input type="radio"/> אובדן כושר עבודה <input type="radio"/> נכות <input type="radio"/> מחלות קשות			
במקרה של מחלה	תאריך אבחון המחלה	שם המחלה	
	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן		
	האם אושפזת בשל המחלה	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	פרט: בבית חולים
במקרה של תאונה	שם הרופא המטפל	כתובתו	מחלקה
	תאריך ארוע התאונה/פגיעה		
	תאור קצר של נסיבות התאונה		
	האם אושפזת בשל המחלה	<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	פרט: בבית חולים
	שם הרופא המטפל	כתובתו	מחלקה

← זכאות מביטוח לאומי, קרנות פנסיה, חברת ביטוח אחרת		
האם תבעת או שאתה זכאי לתבוע בקשר לתשלום פיצויים בשל מחלתך/פגיעתך?		
ביטוח לאומי <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	קרנות פנסיה <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	חברת ביטוח אחרת <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן
פרט: _____	שם הקופה: _____	שם הקופה: _____
_____	מס' פוליסה: _____	מס' פוליסה: _____
_____	מס' תביעה: _____	מס' תביעה: _____
_____	פרט: _____	פרט: _____

תאריך הפסקת עבודה _____/____/____	האם חזרת לעבודה חלקית <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	תאריך משוער לחזרה לעבודה _____/____/____
-----------------------------------	---	--

← הצהרת הסוכן לגבי ביטוחים בחברות אחרות	
אני הח"מ	תעודת זהות (סוכן ביטוח)
מצהיר ומאשר בזאת כדלקמן (נא לסמן בעיגול מס' הסעיף הרלוונטי): <input type="radio"/> המבוטח שבנדון לא בוטח דרכי בפוליסה/ות בעלת כיוויים ביטוחיים מקבילים בכל חברת ביטוח אחרת מלבד הפניקס. <input type="radio"/> המבוטח שבנדון בוטח דרכי בפוליסה/ות בעלת/ות כיוויים ביטוחיים מקבילים בחברת/ות הביטוח כדלקמן: _____	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	חתימת הסוכן

← הצהרת המבוטח		
הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה שיוחזר אלי כושר העבודה ולו באופן חלקי. הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלום הפרמיות ולהחזיר לחברה כספים ששולמו לי עבור התקופה שלאחר חזרתי לעבודה/סיום התביעה.		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימה

פרטי הבנק - בצירוף המחאה לדוגמא ו/או אישור הבנק על קיום חשבון			
שם בעל החשבון		ת.ז.	
מספר חשבון הבנק		מספר סניף	
שם הבנק		כתובת הסניף	

בקשת מידע רפואי - ויתור על סודיות

אני החתום מטה נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או למשטרת ישראל ו/או לחברות הביטוח ו/או קרן פנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצב הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו שלהלן.

בקשתי זו תחייב גם את יורשי ו/או עזבוני.

פרטי המבוטח - (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)			
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם קופה קודמת

במקרה של קטין			
שם האם		תעודת זהות	
שם האב		תעודת זהות	
תאריך	עד לחתימה	תעודת זהות	חתימת המבוטח (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

הצהרת מבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס

הנני מאשר כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס הרלוונטית כפי שהם מופיעים באתר האינטרנט של החברה.

תאריך	חתימת המבוטח/האפוטרופוס <input checked="" type="checkbox"/>
-------	---

הצהרת מבוטח - אישור קבלת תכתובות מהמבטח באמצעות הסוכן

הריני לאשר כי כתובת משרדו של הסוכן תשמש עבורי כמען לקבלת כל התכתובות מהמבטח, לכל דבר ועניין בהקשר לתביעה זו ולרבות עבור משלוח מערכת כללים ואיגרת הפניקס.

תאריך	חתימת המבוטח/האפוטרופוס <input checked="" type="checkbox"/>
-------	---

חתימת המבוטח

תאריך	שם פרטי ומשפחה של המבוטח	חתימה <input checked="" type="checkbox"/>
-------	--------------------------	---