

הנחיות להגשת תביעות בגין הוצאות רפואיות בחו"ל, הוצאות אחרות בחו"ל, ביטול/קיצור נסיעה לחו"ל

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח בגין הוצאות רפואיות בחו"ל, הוצאות אחרות בחו"ל, ביטול/קיצור נסיעה לחו"ל, נבקשך להעביר אלינו את המסמכים המפורטים מטה:

1. טופס תביעה מלא החתום על ידי המבוטח או במקרה של קטין על ידי ההורים האפוטרופוסים הטבעיים / חוקיים המצ"ב.
2. צילום ברור וקריא של כרטיסי הטיסה.
3. צילום ברור וקריא של דרכון או ת.ז.
4. צילום ברור וקריא של המחאה מבוטלת על שם המבוטח (במקרה של קטין, של ההורה) או לחלופין אסמכתא בנקאית (נדרש בסכום תביעה שמעל ל- 10,000 ש"ח).
5. מסמכים נוספים בהתאם לתחום האירוע הרלוונטי (כמפורט בדפים 5-6).

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.

את טופס התביעה כמו גם את המסמכים הנדרשים המפורטים מעלה, באפשרותך להעביר לחברה באמצעות סוכן הביטוח או באמצעות כתובת דוא"ל ייעודית: Ptviothul@fnx.co.il או באמצעות דואר ישראל לכתובת: פניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53, גבעתיים 5345433.

ניתן להתקשר למוקד מידע ושירות ביטוח נסיעות לחו"ל טל': 03-7338141
פעילות המוקד בימים א'-ה' בין השעות: 08:00-17:00.

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

הגשת תביעה בגין הוצאות רפואיות בחו"ל, הוצאות אחרות בחו"ל, ביטול/קיצור נסיעה לחו"ל

מוקד מידע ושירות ביטוח נסיעות לחו"ל: טל' 03-7338141, פעילות המוקד: ימים א' - ה' בין השעות: 08:00-17:00

פרטים אישיים של המבוטח

שם משפחה		שם פרטי		ת.ז.	
<input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		תאריך לידה	
מין		תושב ישראל		טל' עבודה	
כתובת		מס' פוליסה		נייד	
<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		מסכים לקבל עדכונים במייל	
דואר אלקטרוני		דואר אלקטרוני		יעד הנסיעה (מדינה)	
תאריך יציאה		תאריך החזרה		תאריך ההודעה לסוכן על ביטול הנסיעה	
תאריך יציאה		תאריך החזרה		יעד הנסיעה (מדינה)	

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.

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.

תיאור האירוע

סוג מטבע	סכום התביעה	תאריך האירוע	מקום האירוע
<h4>סוג האירוע</h4> <p> <input type="radio"/> תביעה להחזר הוצאות בחו"ל שלא במסגרת אישפוז <input type="radio"/> תביעה להחזר הוצאות בחו"ל במסגרת אישפוז <input type="radio"/> תביעה בגין קיצור נסיעה <input type="radio"/> תביעה בגין ביטול נסיעה <input type="radio"/> אחר (כגון: הוצאות מיוחדות, חבות צד שלישי, תאונות אישיות, רכב שכור): _____ </p> <p>פרט על גבי דף זה את אשר אירע במהלך יום האירוע מתחילתו ועד סופו:</p>			

ביטוחים נוספים בהתאם לחוק חוזה הביטוח, סעיף 59 א', על המבוטח להצהיר על קיום ביטוח נוסף

נא פרט ביטוחים נלווים נוספים לנסיעתך

אם כן, שם החברה: _____ שם תוכנית: _____ תוקף: _____

האם רכשת הרחבה ו/או שילמת פרמיה נוספת/חריגה? לא כן אם כן ציין סוג ההרחבה: _____

← הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהה לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהן 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 ההוצאה 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.

מספר קבלה/חשבונית	סכום קבלה/חשבונית

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

<input checked="" type="checkbox"/>					
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)

<input type="radio"/> נא להעביר לזכות חשבוני בבנק				
שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון
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.

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

← במקרה של קטין יש להחתים את אחד ההורים:

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

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 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 לחתום ולצרף צו ירושה או צו קיום צוואה.

תאריך	חתימת המבוטח
	X

← במקרה שמונה אפוטרופוס על פי החוק, לצרף את צו המינוי שלו ולהחתים:

פרטי האפוטרופוס	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	חתימה
				X

← במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים (האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין):

פרטי האם	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	חתימה
				X
פרטי האב	שם פרטי ושם משפחה	תאריך	ת.ז.	חתימה
				X

← 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.	חתימה + חותרמת ומספר רישיון
				X

מסמכים נוספים הנדרשים בהתאם לסוג הכיסוי הנתבע

תביעה להחזר הוצאות שלא במסגרת אשפוז

1. מסמכים רפואיים ו/או דו"ח רפואי של רופא מומחה רלוונטי המטפל בחו"ל, הכולל דיאגנוזה, סיבת הטיפול ואופן הטיפול הנדרש.
2. במקרה של תביעה הקשורה לארוע פטירה, חלילה, יש לצרף הודעת פטירה, תעודת פטירה וצו ירושה.
3. דו"ח משטרה - אם רלוונטי לארוע.
4. היסטוריה רפואית מהרופא המטפל הרלוונטי בארץ.
5. מסמכים על הוצאות רפואיות בישראל עקב אירוע תאונתי בחו"ל.

תביעה בגין הוצאות רפואיות בחו"ל במסגרת אשפוז

1. סיכום אשפוז ו/או סיכום מחלה ו/או סיכום ניתוח, מסמכים רפואיים ו/או דו"ח רפואי של רופא מומחה רלוונטי המטפל בחו"ל, הכולל דיאגנוזה, סיבת הטיפול ואופן הטיפול הנדרש.
2. חשבונות או קבלות להוכחת ההוצאות.
3. היסטוריה רפואית מהרופא המטפל הרלוונטי בארץ.
4. במקרה של תביעה הקשורה לארוע פטירה, חלילה, יש לצרף הודעת פטירה, תעודת פטירה וצו ירושה.
5. דו"ח משטרה - אם רלוונטי לארוע.

בגין קיצור נסיעה

1. סיכום אשפוז ו/או סיכום מחלה ו/או סיכום ניתוח, מסמכים רפואיים ו/או דו"ח רפואי של רופא מומחה רלוונטי המטפל בחו"ל, הכולל דיאגנוזה, סיבת הטיפול ואופן הטיפול הנדרש.
2. אישור מרופא מומחה בחו"ל המאשר את חזרת המבוטח ארצה בטיסה.
3. היסטוריה רפואית מהרופא המטפל הרלוונטי בארץ.
4. במקרה של תביעה הקשורה לארוע פטירה, חלילה, יש לצרף הודעת פטירה, תעודת פטירה וצו ירושה.
5. דו"ח משטרה - אם רלוונטי לארוע.
6. מכתב מחברת התעופה המאשר או דוחה את הבקשה לשינוי מועד הטיסה וכן פרוט עלויות.
7. אישור פניה לחברת הנסיעות וכן מכתב מחברת הנסיעות המפרט את הסכומים שהוחזרו בגין קיצור הנסיעה.

ביטול נסיעה

1. מסמכים רפואיים ו/או סיכום אשפוז מהרופא מומחה רלוונטי המטפל, הכולל דיאגנוזה, סיבת הטיפול ואופן הטיפול הנדרש.
2. היסטוריה רפואית מהרופא המטפל הרלוונטי בארץ.
3. במקרה של תביעה הקשורה לארוע פטירה, חלילה, יש לצרף הודעת פטירה, תעודת פטירה וצו ירושה.
4. דו"ח משטרה - אם רלוונטי לארוע.
5. אישור פניה לחברת הנסיעות וכן מכתב מחברת הנסיעות, המפרט את הסכומים שהוחזרו בגין ביטול הנסיעה.
6. במקרה של ביטול טיסה של שרות מטוסים - אישור מחברת התעופה כי הטיסה בוטלה.
7. ביטול טיסה בשל גיוס חרום - העתק צו 8.

הוצאות מיוחדות

1. הפסד שכר לימוד והפסד דמי שכירות במעונות המוסד להשכלה גבוהה או בדירה סמוכה אליו - כל המסמכים הנדרשים בעת אשפוז בחו"ל ובנוסף:
 - א. טופס קבלה ללימודי השכלה גבוהה טרם קרות הארוע, הוכחת תשלום שכר הלימוד.
 - ב. חוזה שכירות, הוכחה לתשלום למעונות המוסד להשכלה גבוהה או לבעל הדירה.
 - ג. תיעוד רפואי מהרופא המטפל לפיו המבוטח אינו יכול להתייצב ללימודים במועד.
2. הגנה משפטית בהליכים פליליים בחו"ל:
 - א. כתב אישום.
 - ב. פסק דין המזכה את המבוטח.
 - ג. הוכחת הוצאות שכ"ט העו"ד.
 - ד. דו"ח משטרה.

מסמכים נוספים הנדרשים בהתאם לסוג הכיסוי הנתבע - המשך

חבות כלפי צד שלישי

מסמכים רפואיים ואחרים להוכחת הנזק שארע לגוף או לרכוש בגינם נוצרה החבות.

תאונות אישיות

1. מסמכים מחו"ל ומהארץ המוכיחים את קרות התאונה ותוצאותיה.
2. סיכום אשפוז מבי"ח בחו"ל ו/או סיכום מחלה מבי"ח בחו"ל ו/או סיכום ניתוח מסמכים רפואיים מבי"ח בחו"ל ו/או דו"ח רפואי של רופא מומחה רלוונטי המטפל בחו"ל, הכולל דיאגנוזה, סיבת הטיפול ואופן המשך הטיפול הנדרש.
3. מסמכים רפואיים להוכחת הנכות הצמיתה.
4. חו"ד בגין גובה הנכות הצמיתה.
5. היסטוריה רפואת מהרופא המטפל בארץ.
6. במקרה של תביעה הקשורה לארוע פטירה, חלילה, יש לצרף הודעת פטירה, תעודת פטירה וצו ירושה.
7. במקרה שהנכות הצמיתה אינה מופיעה במבחני המל"ל - יקבע שיעור הנכות על פי 2 רופאים מומחים בתחום הרלוונטי.
8. החלטת הביטוח הלאומי לקיום הנכות וגובהה.

רכב שכור

1. חשבוניות בגין עלות הנזק.
2. קבלה ופירוט חשבון הנזק של חברת ההשכרה עליו חוייבת בכרטיס האשראי.