

טופס תביעה בגין הוצאות רפואיות / ביטול או קיצור נסיעה – ביטוח נסיעות לחו"ל

נא לשלוח את התביעה בדואר בלבד: מחלקת תביעות חו"ל, הפניקס חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 25285, תל אביב - 61253

מוקד מידע ושירות ביטוח נסיעות לחו"ל: טל: 03-7338141 פעילות המוקד: ימים א'-ה' בין השעות 8:00-20:00

פרטים אישיים

שם משפחה				שם פרטי				תאריך לידה				ת.ז.			
זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>				כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>				טל' בית				טל' עבודה			
מין				תושב ישראל				נייד				מס' פוליסה			
כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>				כתובת				מסכים לקבל עידכונים במייל				כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>			
אזרחות נוספת				כתובת דואר אלקטרוני				תאריך החזרה				תאריך הודעה לסוכן הנסיעות על ביטול הנסיעה			
השהות בחו"ל				תאריך יציאה				יעד הנסיעה (מדינה)				עד הנסיעה (מדינה)			

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

נא פרטי ביטוחים נלווים נוספים לנסיעתך				אם כן, שם החברה				תוקף				מס' פוליסה			
האם הופעל כרטיס אשראי טרם נסיעתך לחו"ל? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן				שם חברת האשראי				שם בעל הכרטיס				מס' כרטיס האשראי			
האם רכשת הרחבה/או שילמת פרמיה נוספת/חריגה? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן				אם כן ציין סוג ההרחבה				תוקף							

תיאור האירוע

מקום האירוע				תאריך האירוע				סכום התביעה			
אנא פרטי על גבי דף זה את אשר אירע במהלך יום האירוע מתחילתו ועד סופו:											

← **פרטי חשבון בנק** יש לצרף צילום המחאה של המבוטח או אישור הבנק על פרטי החשבון

אבקש להעביר לחשבון הבנק שלי, אשר פרטיו רשומים מטה, את הסכום המצוין לעיל:

ת.ז.ח.פ.		שם בעל החשבון			
מס' בנק	מס' סניף	מס' חשבון	כתובת הסניף	שם הסניף	שם הבנק

← **הצהרת המבוטח**

אני החתום מטה _____ בעל הפוליסה הנ"ל, מס' ת.ז. _____, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

← **הצהרת המבוטח - אישור כי ברשותי מערכת הכללים ואיגרת הפניקס**

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

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

← **הצהרת המבוטח - 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.

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

← **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 רשות שדות התעופה 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 ו/או מועדי כניסה ויציאה מישראל.
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 מחלה 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 במאגרי המידע של כל המוסדות.
כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטנים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

← **חתימת המבוטח**

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

מבוטח/ת יקר/ה

לטופס התביעה יש לצרף את המסמכים מטה הרלוונטיים לסוג הכיסוי הנתבע.

1. טופס ויתור על סודיות רפואית בעברית והאנגלית חתום ע"י המבוטח ובמקרה של מבוטח קטין, חתימת ההורים האפוטרופוסים הטבעיים/אפוטרופוסים חוקיים. במידה והמבוטח אינו כשיר לחתימה, ניתן להחתים אפוטרופוס.
2. חשבונית או קבלות מקוריות להוכחת ההוצאה.
3. כרטיס טיסה מקורי.
4. צילום דרכון או ת.ז.
5. צילום המחאה מבוטלת על שם המבוטח/אסמכתא בנקאית.

בנוסף

בתביעה 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.

בתביעה 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. 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. היסטוריה רפואית מהרופא המטפל הרלוונטי בארץ.

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. היסטוריה רפואית מהרופא המטפל הרלוונטי בארץ.
7. מכתב מחברת התעופה המאשר או דוחה את הבקשה לשינוי מועד הטיסה וכן פרוט עלויות.
8. אישור פניה לחברת הנסיעות 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.

המשך הוצאות רפואיות בישראל

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 המשך הטיפול הנדרש.
2. אישור מרופא מומחה בחו"ל המאשר את חזרת המבוטח ארצה בטיסה.
3. אישור מהרופא המטפל בקופ"ח על הצורך בטיפול הרפואי.
4. הוכחה על מיצוי זכאות מקופ"ח ו/או מכל גורם אחר.
5. היסטוריה רפואית מהרופא המטפל הרלוונטי בארץ.
6. תיעוד רפואי מהטיפול שבוצע בארץ.

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 פלילים בחו"ל:
 - א. כתב אישום.
 - ב. פסק דין המזכה את המבוטח.
 - ג. הוכחת הוצאות שכ"ט העו"ד.
 - ד. דו"ח משטרה.

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. חוו"ד בגין גובה הנכות הצמיתה.
5. היסטוריה רפואית 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. פרוט כרטיס אשראי לתשלום בגין הנזק לרכב.