

הנחיות להגשת תביעת סיעוד מאוחדת

מבוטח יקר,

כדי שנוכל לטפל בתביעתך לתגמולי ביטוח נבקשך להעביר אלינו את טופס התביעה המצ"ב ואת המסמכים הנדרשים בדף 5 בהתאם לסוג תביעתך כפי שמפורט בטופס.

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, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:

- בדואר ישראל לכתובת: סוכנות מדנס תביעות מאוחדת סיעודי, רחוב השלושה, 2 תל אביב 6706054, ת.ד. 9050
- לכתובת דוא"ל - meuhedet-siud@madan.es.co.il
- לפקס מספר - 03-6380011
- 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 - סיעודי - למילוי על ידי המבוטח

מבוטח יקר, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר. אנא הצטייד בטופס בכל פנייה לרופאים והקפיד על מילוי כנדרש.

פרטי המבוטח					
שם פרטי	שם משפחה		ת.ז.	תאריך לידה	
ישב	רחוב	בית	מיקוד	לא ניתן לקבל מסמכים בדוא"ל ללא ציון מספר טלפון נייד	מספר טלפון נייד (לקבלת קוד כניסה לדוא"ל)
קופת חולים	סניף	כתובת	שם הרופא המטפל		

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.
בהעדף סימון בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.

נא סמן ב- במידה והנך מעונין כי פרטים הרשומים לעיל ישמשו את החברה למשלוח כל ההודעות וההתכתבויות גם בתביעות בריאות עתידיות.
 אני מעונין 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, מהיר והיעיל ביותר.

פרטי איש הקשר					
שם פרטי	שם משפחה		ת.ז.	קרבה למבוטח	
עיר/יישוב	רחוב	בית/דירה	ת.ד.	מיקוד	כתובת דואר אלקטרוני
			מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף	

פרטי אירוע התביעה

תאונה תאונת עבודה תאונת דרכים מחלה, פרט _____

תאריך קרות האירוע _____

מקום השהייה של המבוטח

בית

בית חולים, שם _____, טלפון _____, כתובת _____

מוסד שיקומי, שם _____, טלפון _____, כתובת _____

בית אבות, שם _____, טלפון _____, כתובת _____

זכאות מביטוח לאומי / חברות ביטוח / גופים אחרים

האם פנית בעבר לקבלת עזרה בגין המצב הסיעודי מהגורמים הבאים?

שם חברת הביטוח	אחוז הגמלה %	החל מתאריך ____/____/____	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	שם חברת הביטוח	אחוז הגמלה %	החל מתאריך ____/____/____	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
ביטוח לאומי גמלת סיעוד				גמלת שירותים מיוחדים			
גמלת ילד נכה				קצבת ניידות			
משרד הביטחון				האם יש לך ביטוח סיעודי אחר?			
האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?				שם החברה	שם התוכנית	תחילת הביטוח	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
				שם החברה	שם התוכנית	תחילת הביטוח	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

כללי

אם הנך מעסיק עובד זר? כן לא

האם ברשותך אישורים להעסקת עובד זר? כן לא

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 במאגרי המידע של כל המוסדות. כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

* לתשומת לבך, בהתאם לדרישות המוסדות הרפואיים, חובה להחתים עד לחתימה. עד יכול להיות: עו"ד, רופא מטפל, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, סוכן ביטוח.

- במקרה של יורשים על היורשים יש לחתום בצירוף 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

חובה למלא ולהחתים את פרטי העד

← 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 + חותמת ומספר רישיון
				X

← הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר כי העתקי הקבלות שצרפתי זהים לקבלות המקוריות וכי לא נעשה בהם 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

← אופן תשלום התביעה למילוי על ידי המבוטח

נא להעביר לזכות חשבוני בבנק

שם הבנק	מס' הבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון

כתובת הסניף: _____
טלפון הסניף: _____

הערות: _____

← הצהרת המבוטח

הצהרתי הנ"ל תחול גם על ילדי הקטינים ככל שהבקשה לקבלת תגמולי ביטוח מוגשת עבורם. **קרבה:** אב אם אפוטרופוס

אני החתום מטה מצהיר בזאת, כי כל הפרטים שצוינו בטופס זה הם, למיטב ידיעתי, נכונים, מלאים ומדויקים.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימת המצהיר

המסמכים הנדרשים

1. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור על קיום חשבון בנק.
2. צילום תעודת זהות.
3. במקרה של תביעה בפוליסות מסוג שיפוי - יש להעביר קבלות / הוצאות המעידות על תשלומים בגין הטיפול הסיעודי.
4. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר - העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / ירושה.

על מנת שנוכל לחסוך זמן ולקדם את הטיפול תביעתך, אנו ממליצים להעביר גם את המסמכים הבאים:

1. אישור מהרופא המטפל בנוגע למצבך הרפואי.
2. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריאטריות שבגינן הוחלט על המצב הסיעודי.
3. במקרה של תשישות נפש - אבחנה מנוירולוג או פסיכוגריאטר.

הכללים לקביעת זכאות לקבלת קיצבת סיעוד

מס' נספח	שם הפוליסה	הכללים לזכאות
5540, 5541, 5011, 5012	עתיר כבוד חדש	ADL 3 מתוך 6
		ADL 2 מתוך 6 עם אי שליטה על סוגרים
		תשישות נפש
5538, 5539, 5013, 5014	סיעודי 360 חדש	ADL 3 מתוך 6
		ADL 2 מתוך 6 עם אי שליטה על סוגרים
		תשישות נפש
5603, 5612	עתיר כבוד 2018	ADL 3 מתוך 6
		תשישות נפש
5609, 5615	סיעודי 360 2018	ADL 3 מתוך 6
		תשישות נפש
	מאוחדת סיעוד	ADL 3 מתוך 6
		תשישות נפש

* בכפוף להוראות הפוליסה, לרבות תקופת המתנה, סכומי ביטוח ותקופת תגמולי ביטוח וכן בכפוף למבחנים להגדרה של חוסר יכולת לבצע 50% מכל פעולת ADL.

* הטבלה מפרטת את סוגי הפוליסות הקיימות בחברתנו, אנא וודא איזו פוליסה קיימת ברשותך.