

דף הסבר למבוטח המעוניין להגיש תביעה בפוליסת סיעוד למבוטחי קופת חולים מכבי בתביעות שהתקבלו החל מ- 1.9.2019

המידע המפורט בדף זה נועד לסייע לך במקרה של הגשת תביעה לקבלת תגמולי ביטוח.

1. מילוי טפסים:

עליך למלא טופס תביעה. ישנן שתי אפשרויות למילוי הטופס; באתר הפניקס בכתובת www.fnx.co.il לבחירתך:

- טופס מקוון
 - טופס למילוי ידני
- כמו כן, ניתן לקבל את טופס התביעה באמצעות יצירת קשר עם מוקד שירות לקוחות של הפניקס בטלפון: 1-801-22-7788 או בחיגוק מקוצר *3507.
- לאחר מילוי הטופס והגשתו לחברת הפניקס ימונה לך מלווה אישי אשר יטפל בתביעתך וילווה אותך בכל שלביה, בזמינות ישירה במייל ו/או בטלפון.
- בנוסף, המלווה האישי ישלח לך קישור ל"אזור האישי" שלך לטיפול בתביעה באתר חברת הפניקס, בו תוכל לעדכן ולהתעדכן בפרטי הטיפול בתביעתך.
- לידיעתך, הינך זכאי למנות איש קשר מטעמך, אשר יסייע לך בהגשת התביעה ובמהלך הליך בדיקת התביעה מול הפניקס

לתשומת ליבך, דגשים למילוי הטופס:

- עליך למלא את כל הפרטים הנדרשים בטופס התביעה.
 - עליך לצרף לטופס התביעה טופס "ויתור סודיות רפואית" חתום, בהתאם להנחיות הרשומות על גבי הטופס. במידה ונדרש להחתיים אפוסטרופוס, עליך לצרף צו למינוי האפוסטרופוס (ניתן להגיש העתק נאמן למקור). ללא הטופס כאמור, לא נוכל לקדם את הטיפול בתביעתך. בנוסף, עליך לצרף:
 - צילום ברור וקריא של המחאה (שיק) מבוטלת על שמך ו/או אסמכתא בנקאית לפרטי חשבון בנק המנוהל על שמך.
 - צילום ברור וקריא של תעודת הזהות.
- על מנת לייעל ולהקל על הטיפול בתביעתך, אנו ממליצים לצרף גם את המסמכים הבאים (ככל וישנם בידיך):**
- כל מסמך רפואי רלוונטי אשר מצביע על הבעיה הרפואית והמצב הסיעודי (לדוגמה: מסמכי אשפוז מבית חולים, מסמכי רופא מומחה וכדו').
 - במידה ותביעתך הינה לשיפוי בגין מוסד סיעודי, להעביר קבלות בגין השהות במוסד הסיעודי.

2. אופן שליחת המסמכים:

את טופס התביעה ואת יתר המסמכים המבוקשים ניתן להעביר באחת מהדרכים הבאות:

- באתר הפניקס בקישור לאזור "הנתיב האישי".
 - באמצעות תיבת דוא"ל: Tm@fnx.co.il.
 - באמצעות פקס: 03-7238812.
 - באמצעות דואר ישראל לכתובת: הפניקס חברה לביטוח בע"מ, דרך השלום 53, גבעתיים 543433.
- לאחר שיתקבלו המסמכים בחברה, באחד מהערוצים הדיגיטליים, תקבל אישור דיגיטלי **תוך יום מיום קבלתם**, המאשר את קבלתם. לאחר שיתקבלו המסמכים בחברה באמצעות דואר ישראל, תקבל אישור דיגיטלי **מיד עם סריקתם במערכת הפניקס**.
- באפשרותך לראות את המסמכים שנקלטו בחברה, באזור האישי שלך, באתר החברה בכתובת: <https://www.fnx.co.il>.

3. הליך הטיפול בתביעה ובדיקת זכאות בתביעות שהתקבלו לאחר 1.9.2019:

- בעת קבלת פניה לתגמולי ביטוח בכל אמצעי, ישלח אליך תוך **יום עסקים אחד** (או תוך **5 ימי עסקים** בעת פניה בדואר או בפקס), טופס תביעה וטופס ויתור סודיות רפואית ("הטפסים") בצרוף מכתב הדרכה למילוי הטפסים.
- **עם קבלת הטפסים**, ימונה לך "מלווה אישי". המלווה האישי יטפל בתביעתך וילווה אותך בכל שלביה.
 - **תוך 2 ימי עסקים** מיום קבלת הטפסים, או **3 ימי עסקים** במקרה של פניה בדואר או בפקס "המלווה האישי" שמונה לטפל בתביעתך יצור עמך קשר טלפוני. במסגרת השיחה ימסור לך המלווה האישי את פרטיו לרבות אמצעי ההתקשרות הישירים עמו (מס טלפון וכתובת דוא"ל). כמו כן יעניק הסבר על תהליך הטיפול בתביעה ומשך הזמן הנדרש לבדיקת זכאותך. המלווה האישי יאשר את קבלת מסמכי התביעה ששלחת. במידה ומצא כי נדרשים לו מסמכים נוספים יצור עמך קשר ויפרט בפניך מהם המסמכים הנדרשים. בנוסף לשיחת הטלפון, ישלח לך מייל או מכתב (בהתאם לבקשתך בטופס התביעה).

- **תוך 20 ימי עסקים** ממועד הודעת קבלת המסמכים תחליט הפניקס על סמך המידע והמסמכים הרפואיים שהתקבלו, האם המידע שברשותה מספק לקביעת יכולתך התפקודית.
- ככל שהמידע שברשות החברה אינו מספק ונדרש לבצע הערכה תפקודית לקביעת יכולתך התפקודית (להלן: "הערכה תפקודית קובעת"), ישלח אליך מכתב המודיע על כך והמנמק מדוע המידע שברשות החברה אינו מספק.
- הערכת התפקוד הקובעת תבוצע **תוך 3 ימי עסקים** מהמועד בו נשלח אליך הודעה כאמור בסעיף הקודם, אלא אם תבקש אחרת.
- מסקנות הערכת התפקוד תשלח אליך ולהפניקס **תוך 3 ימי עסקים** ממועד ביצועה.
- ככל שהפניקס תדחה את תוצאות הערכת התפקוד הקובעת, ישלח אליך מכתב מנומק **תוך 15 ימי עסקים** ממועד קבלת הערכת התפקוד בהפניקס.
- הפניקס תפנה לספק מכריע **תוך 3 ימי עסקים** ממועד משלוח מכתב זה.
- הספק המכריע יעביר העתק מחוות דעתו להפניקס **תוך 5 ימי עסקים** והפניקס תעביר את העתק חוות הדעת אליך מיד עם קבלתה. החלטת הספק המכריע תהיה סופית ותחייב את הפניקס.

הכרה בזכאות

- במידה ותוכר זכאותך לתגמולי ביטוח, ישלח אליך מכתב "אישור זכאות". בסמוך לביצוע התשלום תשלח אליך "הודעת תשלום".
- אם בתום הבירור יתברר, כי אינך זכאי לתשלום תגמולי ביטוח, ישלח אליך "מכתב דחייה" מנומק ומפורט, המפרט את הסיבות לדחיית התביעה.

לתשומת ליבך: בנוסף לזמני הטיפול המוצגים ניתן למצוא זמני טיפול נוספים בטבלת השוואת מועדים בהתאם לחוזר "שוב תביעות והמפורסמת באתר החברה.

נשמח לעמוד לרשותך בכל עת,
"מכבי סיעודי",
הפניקס חברה לביטוח בע"מ.

טופס תביעה – "מכבי סיעודי"

פרטי המבוטח			
שם פרטי	שם משפחה	מספר תעודת זהות	תאריך לידה
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד
כתובת דואר אלקטרונית		מספר טלפון נייד	

פרטי איש קשר*			
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	סוג קרבה
ישוב	רחוב	מספר בית	מיקוד
כתובת דואר אלקטרוני		מספר טלפון נייד	

* במידה ולא קיים איש קשר, אין צורך למלא את הפרטים בשדות איש קשר.
במידה ובחרת איש קשר ופרטיו נרשמו בטופס זה, כלל המכתבים, המסמכים וההודעות מהחברה יישלחו לאיש הקשר.

אופן ההתקשרות

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 עליך, בהתאם לנתונים שרשמת לעיל: דואר ישראל דואר אלקטרוני.
 בהעדר סימון ✓ בטופס על אמצעי התקשורת המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
 לידיעתך, באם הנך בוחר לקבל הודעות בדואר אלקטרוני עליך לרשום לנו את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר הטלפון הנייד. נתונים אלו יסייעו לחברה להעניק את השירות הטוב, המהיר והיעיל ביותר.

טענות המבוטח לגבי פרטי האירוע:			
מועד תחילת מצב סיעודי:		מה הגורם להיותר סיעודי? <input type="radio"/> מחלה <input type="radio"/> תאונה <input type="radio"/> ליקוי בריאותי	
האם הנך שוהה בבית? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
האם הנך מקבל טיפולי בית ו/או משויך ליחידה לטיפולי בית של מכבי? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא			
אם אינך שוהה בבית, ציין היכן אתה שוהה: <input type="radio"/> בבית אבות <input type="radio"/> בבית חולים <input type="radio"/> במוסד רפואי <input type="radio"/> דיור מוגן			
פרטי המוסד:	שם המוסד	טלפון המוסד	כתובת המוסד
מסלול התביעה: <input type="radio"/> מוסד סיעודי <input type="radio"/> בית			
פרט את השתלשלות המקרה בגינו הפכת סיעודי:			

ביטוחים נוספים

האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו נוסף? כן לא

האם התקבלה החלטה בתביעה? כן עדיין לא

במידה והוגשה תביעה, השלם את הפרטים:

ביטוח לאומי	סוג הגמלה	הכרה בזכאות	תאריך תחילת קבלת הגמלה	אחוז הגמלה שאושר
	גמלת סיעוד	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	___/___/___	% ___
	גמלת שירותים מיוחדים	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	___/___/___	% ___
	גמלת ילד נכה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	___/___/___	% ___
	קצבת נידות	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	___/___/___	% ___
משרד הביטחון	גמלת סיעוד	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	___/___/___	% ___
חברת ביטוח			___/___/___	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
	שם החברה	שם התוכנית	תאריך תחילה	הכרה בזכאות
			___/___/___	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
	שם החברה	שם התוכנית	תאריך תחילה	הכרה בזכאות

כללי

האם הנך מעסיק עובד זר? כן לא

האם הנך זכאי ל"קוד בריאות" ממשרד הבריאות (השתתפות בתשלום דמי המוסד)? כן לא

תביעה לתגמולים בגין אשפוז סיעודי

אני החתום מטה, מצהיר בזאת, כי ידוע לי שככל שאבחר במסלול תגמול בגין אשפוז סיעודי, איני זכאי לקבל מעבר להוצאה בפועל. כמו כן ידוע לי, שהיה ואקבל החזר גם מגורמים נוספים, גובה החזר מכול הגורמים לא יעלה על סכום ההוצאה בפועל.

הצהרת מבוטח

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.
על החתום:

חתימת המצהיר	מס' תעודת זהות	שם מלא	תאריך	

טופס ויתור סודיות רפואית ובקשה למידע רפואי

פרטי המבוטח			
שם משפחה		שם פרטי	
רחוב		מספר	
מיקוד		ישוב	
שם קופ"ח		שם קופה קודמת	

לתשומת לבך,

- חובה להחתים עד בנוסף לחתימתך על טופס זה. עד יכול להיות: עו"ד, רופא, אח, פסיכולוג, עובד סוציאלי, סוכן 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:

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

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

X	שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	קירבה/עיסוק	חתימה
---	-------------------	------	-------	-------------	-------

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

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

פרטי העד

X	שם פרטי ושם משפחה	ת.ז.	תאריך	עיסוק	חתימה + חותמת ומספר רישיון
---	-------------------	------	-------	-------	----------------------------

המסמכים הנדרשים

1. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור על קיום חשבון בנק.
2. צילום תעודת זהות של המבוטח.
3. במקרה של תביעה עבור אשפוז במוסד סיעודי - יש להעביר קבלות מהמוסד הסיעודי.
4. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר - יש להעביר העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / ירושה.
5. טופס ויתור סודיות חתום (דף מס' 4).
6. בתביעה בה מונה אפוטרופוס יש להעביר צו מינוי אפוטרופוס (מקור או "נאמן למקור").

על מנת שנוכל לחסוך זמן ולקדם את תביעתך, אנו ממליצים לצרף גם את המסמכים הבאים (לא חובה):

1. אישור מהרופא המטפל בנוגע למצבך הרפואי.
2. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריאטריות שבהן נמצא תיעוד התומך במצב סיעודי.
3. במקרה של תשישות נפש - אבחנה מרופא מומחה בתחום כגון נירולוג או פסיכוגריאטר.
4. סיכומי אשפוז מבתי חולים הרלוונטיים לתביעתך, ככל וישנם.
5. החלטות ואישורי זכאות הרלוונטיים לתביעתך, במידה וקיימים מהמוסד לביטוח לאומי ומגופים נוספים.

הכללים לקביעת זכאות לקצבת סיעוד

הפוליסה "מכבי סיעודי" - אי יכולת לבצע חלק מהותי של 3 פעולות לפחות מתוך 6 הפעולות הרשומות בפוליסה (מעברים, נידות, הלבשה, רחצה, אכילה, שליטה בסוגרים) או תשישות נפש.

וזאת בכפוף להוראות הפוליסה, לרבות תקופת המתנה, סכומי ביטוח ותקופת תגמולי ביטוח. ובכפוף למבחנים להגדרה של קרות מקרה הביטוח.