הפניקס קו הבריאות

הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ | הדר חברה לביטוח בע"מ

טופס לתביעה סיעודית - קולקטיב "צוות"

את טפסי התביעה בצירוף המסמכים הנדרשים יש להעביר למוקד "בריאות בצוות" בפקס: 03-6380399
או לכתובת "בריאות בצוות" קבוצת מדנס, רח' השלושה 2, ת"א 61760 ת.ד. 9050

מבוטח יקר
על מנת לזרז את ההליכים הכרוכים בקביעת הזכאות, נבקשכם להגיש בהקדם אפשרי את הטפסים הבאים:
א. טופס לתביעה סיעודית.
ב. סיכומי אישפוזים מבתי חולים.
ג. שאלון הערכה תפקודי (מצ"ב למילוי ע"י רופא מטפל).
החזר הטפסים ממולאים וחתומים כשכל הפרטים הנדרשים לרבות התאריכים מולאו מילוי ברור ומדוייק יאפשר טיפול מהיר בתביעתכם. במקרה והתובע אינו במצב המאפשר לו לחתום על מסמכי התביעה, יחתום עליהם האפוטרופוס המורשה ויצרף את האישורים המתאימים.

פרטי מבוטח תובע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז. ס"ב

פרטי קופת חולים

שם קופ"ח	שם הסניף	כתובת

שם רופא המשפחה + רופאים נוספים	טלפון

פרטי איש הקשר

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז. ס"ב

טלפון בבית	טלפון בעבודה	טלפון סלולרי

כתובת	רחוב	עיר	מס' בית	מיקוד

מקום הימצאו של המבוטח

◯ בית
◯ מוסד

שם המוסד	כתובת	טלפון	איש קשר במוסד

פרטי ביטוחים נוספים

◯ אין לי ביטוח סיעודי בחברה אחרת או בקופ"ח
◯ יש לי ביטוח סיעודי משלים במסגרת קופ"ח
◯ יש לי ביטוח סיעודי בחברת ביטוח אחרת

שם החברה / קופ"ח

ויתור על סודיות רפואית

אני התום מטה נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או בתי חולים ו/או מי מטעמם ו/או למשרד הביטחון ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או למשטרה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לכל עובדיהם מכל סוג ומין ו/או לכל מוסד ו/או חברות ביטוח אחרות וגורם אחר (להלן: "המוסדות") למסור ל"הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ" ו/או למי מטעמה ו/או ל"צוות" אגודת גמלאי שרות הקבע בצה"ל (להלן: "המבקש") את כל הפרטים המצויים בידי "המוסדות" ובאופן שידרוש "המבקש" על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל "המוסדות" ו/או עובדיהם 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 הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע ל"המבקש" מכל תיק שנפתח על שמי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיה לי כלפי "המוסדות" 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 אחר המצוי במאגרי המידע של כל "המוסדות".

כתב זה מחייב אותי, את עזבוני, ילדי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

מוצהר כי "צוות" לא נושאת באחריות כלשהי ואין בהעברת המידע אליה כדי ליצור חבות כלשהי.

נא להחתים למטה את המבוטח הזקוק לעזרה סיעודית

תאריך	שם המבוטח	ת.ז. ס"ב	חתימה
			✓

מוקד "בריאות בצוות": 1-700-700-251