



ציין המספר במשבצת המתאימה לסיבת פנייתך - יש למלא טופס נפרד לכל סוג פנייה.

פרטי הפוליסה		סוג הפניה			
		4 0	3 0	2 0	1 0
שם פוליסה		בירור/ערעור	תביעת הסכם לתשלום	תביעה פרטית לתשלום	התייעצות/בקשה לאישור מראש

פרטי המבוטח					
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	מס' טלפון	מס' נייד	כתובת דוא"ל

פרטי רופא/מרפאה					
			○ כן ○ לא		
שם רופא/מרפאה בסניף/רשת	מס' רישיון רופא/מרפאה	רופא/מרפאה בהסכם	כתובת	מס' טלפון	מס' נייד

פרטי חשבון בנק (בתביעה פרטית בלבד) - נא לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון						
שם בעל החשבון	ת.ז.	שם בנק	שם סניף	מס' חשבון	מס' סניף	מס' בנק

[illegible]

*** בתביעה פרטית יש לציין את תיאור הטיפול, מספר שן, העלות ותאריך הסיום של כל טיפול בנפרד.**

הערות - בירור/ערעור	

נא הקפדו על מילוי הפרטים בגב הטופס.

הצהרת המבוטח/ת

בחתומתי הריני מוותר/ת על סודיות רפואית כלפי "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" בה אני מבוטח/ת בפוליסת ביטוח שיניים ומורה למסור לפניקס כל מידע מהתיק הרפואי ו/או הרשומה הרפואית מכל מוסד, הנחוץ לה לטיפול בפנייתי.
אין לי ולא תהיינה לי טענות ו/או תביעות כלפי גורם כל שהוא, בגין בקשתי זו.
בתביעה פרטית: מוצהר ומוסכם בזאת, כי זיכוי חשבון הבנק, בהתאם לפרטים שנמסרו לחברה או קבלת המחאה, ישמשו כאישור לקבלת סכום התביעה וסילוקה הסופי.

X

חתומת המבוטח/ת

תאריך

הצהרת הרופא/ה

רופא/מרפאת הסכם:
בחתומתי הריני מאשר, כי הצעתי לבצע ו/או ביצעתי את הטיפולים המפורטים, למבוטח שפרטיו צוינו לעיל והנני מאשר נכונות הרישום בטופס זה.
רופא/מרפאה שאינם בהסכם:
בחתומתי הריני מאשר, כי הצעתי לבצע ו/או ביצעתי הטיפולים שפורטו בטופס זה וקיבלתי עבורם את הסכומים הנקובים בהתאם לחשבונית מס מקורית המצורפת.

X

חתומת הרופא/ה

תאריך

הוראות והנחיות חשובות
לתשומת ליבך!

- **טופס זה הוא רב תכליתי ומשמש בכל פעם רק לאחת מן המטרות המצוינות בו:**
 1. **התייעצות/ בקשה לאישור מראש .**
 2. **תביעה פרטית לתשלום.**
 3. **תביעת הסכם לתשלום.**
 4. **בירור/ערעור.**
- מומלץ לשמור העתק של הטופס לצורך בירורים.
- **טופס זה אינו משמש לצורך בדיקה פריודונטלית (מחלות חניכיים) ואינו משמש לצורך בדיקה אורתודונטית (יישור שיניים). בשני המקרים יש להגיש טופס נפרד בחתימת המומחה לפריודונטיה או אורתודונטיה בהתאמה.**
- שתלים ניתן לבצע ע"י כירורג פה ולסת ו/או פריודונט (מומחה לחניכיים) בלבד.
- טיפול פריודונטלי ניתן לבצע ע"י פריודונט בלבד.

הנחיות כלליות למילוי הטופס

1. **בחלונית "סוג הפניה" - יש למלא טופס נפרד לכל סוג פניה ולסמן את סוג הפניה המבוקשת.**
2. **בחלונית "פרטי מבוטח" - חובה לציין מס' תעודת זהות בנוסף לציין שם ומשפחה.**
ללא ציון ת.ז לא תטופל בקשתך!
3. **בחלונית "פרטי חשבון בנק" -**
 - 3.1. **יש למלא שדה זה רק בעת הגשת תביעה פרטית.**
 - 3.2. **ציין את פרטי חשבון הבנק אליו הנך מבקש לקבל החזר, בצירוף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.**
 - 3.3. **יש למלא את כל השדות בחלונית זו.**
 - 3.4. **לא ניתן לקבל החזר באמצעות צ'ק.**
4. **בחלונית "פרטי רופא/מרפאה" -**
 - 4.1. **חובה לציין פרטים מלאים של הרופא המטפל כולל מס' רשיון.**
 - 4.2. **שים לב ! בעת הגשת בקשה לאישור או תביעה לטיפול המחויבים על פי הפוליסה להעשות על ידי מומחה, חובה לצרף חותמת מומחה.**
 - 4.3. **על הרופא המטפל לחתום במקום המיועד לכך בגב הטופס.**
 - 4.4. **יש למלא את כל השדות בחלונית זו.**
5. **בחלונית "סוגי טיפול נדרשים לביצוע/בוצעו" - בעת הגשת תביעה יש לציין את עלות הטיפול הספציפי ותאריך גמר הטיפול, לכל טיפול בנפרד.**
6. **חלונית "הערות ערעור/בירור" - נועדה לכתובת מלל חופשי ע"י רופא השיניים.**