

פוליסת סיעוד פרט וקולקטיב הנחיות להגשת תביעה

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, עפ"י כיסוי בפוליסת הסיעוד ולפי תנאי פוליסת הביטוח.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את טופס התביעה וטופס ויתור סודיות ולצרף את המסמכים כמפורט בנספח "א".

תשומת ליבך - באפשרותך לתבוע תגמולי ביטוח בגין תקופה הקודמת למועד הגשת התביעה, בכפוף להוכחת זכאות בהתאם לתנאי הפוליסה ולהתיישנות. באפשרותך לצרף כל מסמך רפואי תומך.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים (מסמכים מקוריים) אנא שלח אלינו:
בפקס שמספרו 077-6383051 או באמצעות מייל לכתובת Siud@clal-ins.co.il
או בדואר לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 944 תל-אביב 6100802.

לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות הודעות SMS המעדכן על סטטוס תביעה. אנא ציין את מספר הטלפון הסלולרי שלך בטופס התביעה לצורך התקשרות ועדכון רציף בסטטוס התביעה.

כלל ביטוח מאפשרת לך לנהל את תביעתך בכל זמן ומכל מקום באמצעות שירות "תביעות און-ליין" שבאתר החברה בכתובת www.clal.co.il.
שירות "תביעות און-ליין" מאפשר לך להגיש תביעה דרך האתר ולצפות בסטטוס הטיפול בה, להעלות מסמכים חסרים, לראות את התכתובות הנוגעות לתביעה ועוד.

כמו כן, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.
מתן כתובת המייל עשוי לייעל את הטיפול בעניינך.

שים לב!

מובהר כי קבלת טופס התביעה אצל המבטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו: 03-6388400 או *6564

בברכה,
מחלקת תביעות סיעוד
מערך התביעות
כלל חברה לביטוח בע"מ



נספח א' - הדרכה בנוגע לטופס הגשת תביעה בגין פוליסת סיעוד והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

טופס הגשת תביעת סיעוד כולל סעיפים, אשר אנו מבקשים למלא, לעניין:

1. פרטים אישיים של המבוטח ובחירת אופן משלוח מסמכים והודעות בקשר לתביעה.
2. פרטי איש הקשר לניהול התביעה ככל שאינו המבוטח על מנת שנוכל לעמוד עמו בקשר בנוגע לתביעה.
3. פרטי השתלשלות המחלה ומתן מידע בנוגע לעבר סיעודי כגון גמלאות וביטוחים סיעודיים ככל שקיימים וכן פרטים רפואיים אודות רופאים, מרפאות ובתי חולים בהם טופל המבוטח.
4. הצהרה על נכונות המידע שנמסר ומתן אישור לגבי שימוש ושמירת המידע.
5. פרטי חשבון בנק בצירוף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון לצורך ביצוע העברה בנקאית במידה והתביעה תאושר.
6. בנוסף, קיים שאלון הערכה תפקודית אשר אנו ממליצים כי ימולא על ידי הרופא המטפל.
7. כמו כן, מצורף טופס ויתור סודיות - בכדי שנוכל לפעול בשם המבוטח לצורך הוצאת מסמכים רפואיים ואחרים, יש למלא את פרטי המבוטח המאשר בחתימתו העברת מידע רפואי לחברת הביטוח כולל החתמת מאמת חתימה. טופס זה אושר על ידי מרבית הגופים במשק כך שמילואו באופן חלקי עלול לגרום להארכת זמן הטיפול ולבקשה חוזרת שלנו למלא באופן תקין בהתאם להנחיות בטופס עצמו.

לצורך טיפול בתביעה נבקשך לצרף את המסמכים ברשימה להלן:

1. טופס הגשת תביעה סיעודית.
2. טופס ויתור סודיות רפואית.
3. אישור על העסקת עובד זר (במידה וקיים) – לרבות מכתב השמה.
4. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון לצורך העברה בנקאית.
5. צילום תעודת זהות.
6. במקרה של תביעה של מבוטח במסגרת משרד החינוך – כתב ויתור סודיות מופנה למשרד החינוך (במידה ורלוונטי).
7. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר – העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / צו ירושה / כתב ויתור סודיות ליורשים.
8. במקרה של שהייה בדיר מוגן / מוסד סיעודי / בית אבות – יש לצרף קבלות וחשבוניות.

בנוסף, אנו נפעל לאיסוף מסמכים ומידע רפואי מול גורמים שונים באמצעות טופס ויתור סודיות כפי שיועבר אלינו. במקביל, באפשרותך להעביר אלינו ישירות את המסמכים הבאים והדבר יוכל לייעל את הטיפול בתביעה:

1. שאלון הערכה תפקודית – אנו ממליצים כי ימולא ע"י הרופא המטפל.
2. סיכומי אשפוזים מבתי חולים.
3. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריאטריות.
4. במקרה של תשישות נפש – אבחנה מנירולוג או פסיכוגריאטר.
5. סיכומי ביקורים וחוות דעת של גורמים פרא רפואיים כגון מרפאים בעיסוק ועובדים סוציאליים.
6. תיק הביטוח הלאומי ואישורי זכאות מביטוח לאומי.
7. במקרה של שהייה בדיר מוגן / מוסד סיעודי / בית אבות – תיק רפואי של המוסד.
8. כל אישור רפואי המעיד על המועד שהחל ממנו חדל המבוטח לתפקד באופן עצמאי.



מה יקרה בהמשך:

עם קבלת מסמכי התביעה נוציא מכתב המפרט את המסמכים שהגיעו, יתקבל מספר תביעה לצורך המשך טיפול ובמקרים בהם יהיה צורך במידע נוסף או הבהרות, נבקש מידע נוסף בהתאם.

ככל שהמבוטח יידרש לכך, עליו להעמיד עצמו לבדיקה מטעמנו על ידי רופא מומחה או אחות. הבדיקה תתואם עם המבוטח או עם איש הקשר כפי שצוין בטופס התביעה, מראש, לפי זמינות והיא תערך במקום מגורי המבוטח או במוסד הסיעודי בו הוא שוהה. לאחר קבלת תוצאות הבדיקה וכל המסמכים שהתבקשו, לפי העניין, על מנת שנוכל לקבל החלטה בתביעתך בהתאם לתנאי הפוליסה, נודיעך את עמדתנו בכתב.

מבוטח יחשב כבעל צורך סיעודי אם כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו 3 פעולות מתוך 6: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות או לחלופין במקרה והוא זקוק להשגחה בשל "תשישות נפש" (כמו למשל במקרה של אלצהיימר). ההגדרות המלאות מפורטות בפוליסה.

הכללים לקביעת זכאות לקבלת גמלת סיעוד:

הזכאות לקבלת גמלת סיעוד נקבעת בהתאם להוראות הפוליסה ובהתבסס על מכלול פרמטרים ראייתיים שמצביעים על מצבו תפקודי של המבוטח, ובכלל זה: הערכה תפקודית, הערכה קוגניטיבית, מסמכים רפואיים, מסמכי המוסד לביטוח לאומי, התרשמות עובדת סוציאלית, דוחות תפקודיים וקוגניטיביים של גורמים נוספים וכן ממצאים נוספים. יובהר כי לא בכל המקרים נעשה שימוש בכל הפרמטרים הנזכרים לעיל, וכל מקרה נבחן לגופו.

המבחנים להגדרה של חוסר יכולת לבצע 50% מכל פעולת ADL:

בכל אחת מפוליסות הסיעוד מוגדרת רשימה של פעולות יומיומיות (ADL) ("Activities of Daily Living"). בהתאם לאמור בכל פוליסה ופוליסה, במקרה בו המבוטח אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות X מתוך הפעולות האמורות, הוא יחשב כסיעודי ויהא זכאי לתגמולי סיעוד, הכל בהתאם לתנאי הפוליסה.

על מנת שייקבע כי מבוטח אינו מסוגל לבצע פעולת ADL מסוימת לא נדרשת חוסר יכולת לקיים את הפעולה במלואה, אלא רק 50% ממנה או יותר. במסגרת ביצוע בדיקת ההערכה התפקודית נבדקות יכולותיו של המבוטח לבצע את פעולות ה-ADL. השאלה האם המבוטח יכול או שאינו יכול לבצע 50% מכל פעולת ADL נקבעת במסגרת הבדיקה האמורה לאור התרשמותו של הבודק מטעם המבטח ובהתאם למפורט בטופס ההערכה התפקודית. יובהר שוב כי בסופו של תהליך השאלה האם יכול המבוטח לבצע ADL או לא תקבע בהסתמך על מכלול נתונים ומידע, כאשר בדיקת ההערכה התפקודית היא אחד הפרמטרים.



להלן טבלת המועדים להליך יישוב התביעה בהתאם לחוזר ישוב תביעות – ביטוח סיעודי

| המועד הקבוע בחוזר | הפעולה | סעיף בחוזר |
|--|---|----------------|
| עד יום עסקים אחד (1) ממועד הפנייה | שליחה טפסי תביעה למבוטח (לרבות טופס ויתור סודיות) | 5.1.6(ב)(1) |
| עד חמישה (5) ימי עסקים ממועד הפנייה | שליחת טפסי תביעה למבוטח (לרבות טופס ויתור סודיות) אשר פנה באמצעות דואר או פקס | 5.1.6(ב)(1) |
| עד שני (2) ימי עסקים ממועד קבלת הטפסים | הודעת קבלת מסמכים על-ידי הנציג האישי בשיחה טלפונית | 5.1.6(ב)(3)(ב) |
| עד חמישה (5) ימי עסקים ממועד קבלת הטפסים | הודעת קבלת מסמכים על-ידי הנציג האישי בשיחה טלפונית למבוטח אשר פנה באמצעות דואר או פקס | 5.1.6(ב)(3)(ב) |
| עד שני (2) ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים | פניית החברה לגורמים הרלוונטיים לקבלת מידע הנדרש לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח | 5.1.6(ב)(3)(ג) |
| עד עשרים (20) ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים ולאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח | הכרעת בתביעת המבוטח | 5.1.6(ב)(4) |
| עד עשרים (20) ימי עסקים ממועד קבלת הודעת המסמכים ולאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה אינו מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח | הפניית המבוטח לביצוע הערכת תפקוד קובעת | 5.1.6(ב)(5) |
| עד חמישה-עשר (15) ימי עסקים ממועד קבלת הערכת התפקוד הקובעת | הכרעה בתביעת המבוטח | 5.1.6(ב)(7) |
| עד שלושה (3) ימי עסקים לאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה אינו מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח | יצירת קשר עם המבוטח לתיאום מועד לביצוע הערכת תפקוד | 5.1.6(ג)(2) |
| עד שלושה (3) ימי עסקים ממועד יצירת קשר עם המבוטח לתיאום הערכת התפקוד (אלא אם ביקש המבוטח שההערכה תתבצע במועד מאוחר יותר) | ביצוע הערכת תפקוד קובעת | 5.1.6(ג)(2) |
| בתוך שלושה (3) ימי עסקים ממועד ביצוע הערכת התפקוד | העברת ממצאי הערכת התפקוד על-ידי הספק המעריך למבוטח ולחברת הביטוח | 5.1.6(ג)(10) |
| בתוך שלושה (3) ימי עסקים ממועד בקשת המבוטח | שליחת ממצאי הערכת תפקוד למבוטח | 5.1.6(ג)(10) |
| עד חמישה-עשר (15) ימי עסקים ממועד קבלת תוצאות הערכת התפקוד הקובעת | דחיית החברה את ממצאי הערכת התפקוד הקובעת | 5.1.6(ד)(1)(ב) |
| בסמוך לקבלת החלטה כאמור בסעיף 5.1.6(ד)(1)(ב) | הודעה למבוטח על דחיית ממצאי הערכת התפקוד הקובעת | 5.1.6(ד)(1)(ג) |
| עד שלושה (3) ימי עסקים ממועד ההודעה למבוטח על דחיית הערכת התפקוד הקובעת | מינוי ספק מכריע | 5.1.6(ד)(2)(ב) |
| עד חמישה (5) ימי עסקים מקבלת החומר הרלוונטי | הגשת חוות דעתו המקצועית של הספק המכריע לחברת הביטוח | 5.1.6(ד)(2)(ג) |
| מיד עם קבלתה | העברת חוות דעתו המקצועית של הספק המכריע למבוטח | 5.1.6(ד)(2)(ג) |
| בכל עת (בכפוף להתיישנות) | ערעור המבוטח על כל החלטה לגבי תביעתו | 5.1.6(ה) |



נספח ב' - טופס הגשת תביעה - פוליסת סיעוד

א. פרטי המבוטח

| | | | | | | | | | |
|---|--|------------|--|-----------------|--|--|--|-----------------|--|
| שם משפחה | | שם פרטי | | מספר תעודת זהות | | מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | | תאריך לידה | |
| כתובת מגורים | | מס' ת"ד | | יישוב | | מיקוד | | מספר טלפון נייד | |
| מספר טלפון | | מספר טלפון | | מספר הפקס | | | | | |
| שם קופת החולים | | | | | | | | | |
| <p>דוא"ל אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי* ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר. * במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי.</p> | | | | | | | | | |
| <p>או <input type="checkbox"/> אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.</p> | | | | | | | | | |
| <p>אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה לפרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין) בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל באמצעות:</p> <p><input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל</p> | | | | | | | | | |
| <p>לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454</p> | | | | | | | | | |

ב. פרטי איש קשר שאינו המבוטח לניהול התביעה

| | | | | | | | | | |
|--|--|------------|--|-----------------|--|-------------|--|-----------------|--|
| שם משפחה | | שם פרטי | | מספר תעודת זהות | | קרבה למבוטח | | | |
| כתובת מגורים | | מס' ת"ד | | יישוב | | מיקוד | | מספר טלפון נייד | |
| מספר טלפון | | מספר טלפון | | מספר טלפון | | | | | |
| <p>דוא"ל אני מסכים כי מסמכים והודעות בנושאי תביעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר. חתימה: _____ @ _____</p> | | | | | | | | | |
| <p>תאריך _____ חתימת המבוטח המאשר מינוי איש קשר _____</p> | | | | | | | | | |

ג. פרטי המקרה

| |
|---|
| <p>השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אשפוז:</p> |
|---|



ד. עבר סיעודי

| | | | | | |
|--|---------|--|------------|---------|--|
| החל מתאריך | % הגמלה | | החל מתאריך | % הגמלה | - |
| | | <input type="checkbox"/> קצבת נידות | | | <input type="checkbox"/> ביטוח לאומי - גמלת סיעוד: |
| | | <input type="checkbox"/> משרד הבטחון | | | <input type="checkbox"/> גמלת שירותים מיוחדים: |
| | | <input type="checkbox"/> הקרן לניצולי שואה | | | <input type="checkbox"/> גמלת ילד נכה: |
| <input type="checkbox"/> האם הנך מבוטח בביטוח סיעודי נוסף? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט: החל מתאריך _____ באמצעות חברת _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> האם הנך מעסיק עובד זר / ברשותך אישורים להעסקת עובד זר? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט: החל מתאריך _____ באמצעות חברת _____ | | | | | |

פרטי מוסד סיעודי

| | | | | |
|-----------------------|----------|------------|-------------|------------------|
| מוסד סיעודי / גריאטרי | שם המוסד | כתובת מלאה | תאריך כניסה | סה"כ תשלום חודשי |
| בית אבות | שם המוסד | כתובת מלאה | תאריך כניסה | סה"כ תשלום חודשי |

במידה וקיימת ו/או היתה בעבר זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, מומלץ לצרף אישורי הזכאות הרלוונטיים.

ה. פרטים רפואיים - למילוי ע"י המבוטח

| | | |
|------------------|-----------------|--|
| שם הרופא | סניף קופת חולים | נא ציין את כל שמות הרופאים שטיפלו בך בעבר וכיום |
| שם הרופא / מרפאה | שם המוסד | |
| שם בית החולים | מחלקה / מרפאה | |
| | | באם טופלת / היית במעקב במרפאת זיכרון - נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם במוסד |
| | | בתי חולים, מחלקות ומרפאות, בתי חולים בהם טופלת |



ו. פרטי תשלום
במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

| שם בעל החשבון | שם הבנק | שם סניף | מס' סניף | מס' חשבון |
|---------------|---------|---------|----------|-----------|
|---------------|---------|---------|----------|-----------|

*ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון הבנק כמפורט לעיל משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוח. לידיעתך, חברתנו משלמת תגמולי ביטוח באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבוטח. ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים לצורך תשלום בהעברה בנקאית, אנו נשלם את תגמולי הביטוח באמצעות משלוח המחאה לפקודתך לכתובת המצוינת בערכת תביעה זו. שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות

ז. הצהרת המבוטח:

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי בתצהיר זה נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ושירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה. **הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי ו/או שאמסור נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.**

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____
במידה וממונה אפוטרופוס (חתימתו):

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

במידה והמבוטח הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על-ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות זהות של המוטבים.

אני מאשר כי חברות מקבוצת כלל יהיו רשאיות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי ו/או פרסומי, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר.
אני אהיה רשאי להודיע לקבוצת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח _____



שאלון הערכה תפקודית

אנו ממליצים כי ימולא על ידי הרופא המטפל.

א. פרטי המוערך

| | | | |
|----------|---------|-----------------|--|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר תעודת זהות | מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ |
|----------|---------|-----------------|--|

ב. מקום ביצוע ההערכה התפקודית

| | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|--|--|
| תאריך ביצוע הערכה תפקודית | <input type="checkbox"/> בית המבוטח | <input type="checkbox"/> מוסד סיעודי / גריאטרי | שם בית אבות בו שוהה המבוטח החל מ- _____ |
| | | שם המוסד | |

ג. אבחנות רפואיות ותאריכים

| תאריך | אבחנה רפואית |
|-------|--------------|
| | |
| | |
| | |

ד. טיפול תרופתי שמקבל המבוטח

| |
|--|
| |
| |
| |

ה. מצב תפקודי

| ניידות | שיתוק | לקום ולשכב | לאכול ולשתות | להתלבש ולהתפשט |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מרותק לכסא גלגלים <input type="checkbox"/> רתוק למיטה <input type="checkbox"/> הולך בעזרת מכשיר | <input type="checkbox"/> אין שיתוק <input type="checkbox"/> שיתוק גף ימין / שמאל, עליון / תחתון <input type="checkbox"/> שיתוק 2 גפיים תחתונות <input type="checkbox"/> שיתוק 4 גפיים | <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה | <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה בהאכלה <input type="checkbox"/> זונדה | <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה |
| להתרחץ | לשלוט על הסוגרים | התמצאות | מצב רגשי | מטופל ע"י |
| <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה | שתן: <input type="checkbox"/> שליטה מלאה <input type="checkbox"/> שליטה חלקית <input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט - שימוש בחיתולים, פדים, ספוגיות פעולות מעיים: <input type="checkbox"/> שליטה מלאה <input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט | <input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום <input type="checkbox"/> לא מתמצא בזמן ובמקום <input type="checkbox"/> מבולבל לעתים רחוקות <input type="checkbox"/> מבולבל לעתים קרובות | <input type="checkbox"/> מדוכא: <input type="checkbox"/> לעתים רחוקות <input type="checkbox"/> לעתים קרובות <input type="checkbox"/> מצב דכאוני קבוע <input type="checkbox"/> תוקפן: <input type="checkbox"/> לעתים רחוקות <input type="checkbox"/> לעתים קרובות <input type="checkbox"/> תוקפני כל הזמן | <input type="checkbox"/> עובד זר <input type="checkbox"/> מטפל מטעם ביטוח לאומי <input type="checkbox"/> בן משפחה |

עד מתי המבוטח תיפקד באופן עצמאי? _____
 מה גרם לשינוי? _____
 המלצות להמשך טיפול _____
 המלצות לשרותי עזר / סעד _____
 המלצה לסידור מוסדי _____

תאריך _____ שם הרופא _____ חתימת וחותמת הרופא _____



טופס ויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

| | | | | | |
|--------------|------|---------|-------|-----------------|--|
| שם משפחה | | שם פרטי | | מספר תעודת זהות | |
| כתובת מגורים | רחוב | מס'ת"ד | יישוב | מיקוד | |

הואיל והגשתי תביעה נגד כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה בזאת למוסד לביטוח לאומי, לקופות החולים ובתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח וכל מאן דבעי למסור לחברת הביטוח ו/או למי מטעמה ו/או ליועץ הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי.

אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מי מטעמה ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור ולא יהיה בכל גילוי שמקורו בטופס זה ו/או בכל חומר שהושג בקשר עם טופס זה כל עילת תביעה ו/או טענה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981. חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 וחוק חופש המידע התשנ"ח 1998 והיא חלה על כל מידע המצוי ברשותכם אודותיי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.
 כתב ויתור זה מחייב אותי ו/או את עזבוני ו/או את בא כוחי ו/או מי מטעמי וכל באי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
 בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.
 בכבוד רב,

חתימה _____ תאריך _____

חתימת עד (חתימה וחותמת)

*לתשומת לבך, יש מוסדות שלא מאפשרים קבלת תיקים רפואיים ללא חתימת עד רופא/ עו"ד / סוכן (עם מספר רישיון) ולכן על מנת לחסוך זמן, מומלץ להחתים רופא או עו"ד כעד על טופס זה.

שם העד _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה וחותמת _____

*לתשומת לבך, תאריך חתימת העד חייבת להיות בהתאמה לחתימת המבוטח.

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים, האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין:

שם האב _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

שם האם _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

במקרה שמונה אפוטרופוס - יש להחתים את האפוטרופוס שמונה על פי החוק (יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס)

שם מלא _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____



הליך בירור וישוב תביעה

מבוטח יקר

כלל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב כנספח ג', אשר החברה אימצה לשם כך.

לקוח המעוניין להגיש תביעה למימוש זכויותיו לפי תנאי פוליסת ביטוח, מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה. לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהלקוח, תבחן החברה את זכאות הלקוח לתגמולי ביטוח או לקצבה, לפי העניין, בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח.

לתשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, להיעזר במומחה פנימי או חיצוני מטעמה לצורך בירור התביעה, כגון רופא מומחה או מבצע הערכה תפקודית/בדיקת תשישות נפש במסגרת בדיקת תביעה לקבלת תגמולי סיעוד. במקרה כזה שמורה ללקוח הזכות להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה.

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת מארבע החלופות הבאות: תשלום מלוא התביעה, תשלום חלקי של התביעה, תשלום במסגרת פשרה, או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר ללקוח בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח ג').

בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981², תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח. לתשומת לבך, במקרה שבו עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח". (הוראה ספציפית זו תחול על עילת תביעה שהיא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה שטרם התיישנה לפי הדין שחל עליה ביום 23.3.14).

בנוגע לתגמולי ביטוח חובה - בהתאם להוראות סעיף 5 לחוק ההתיישנות, התשי"ח-1958³ - תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח חובה היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף ג' לפקודת הביטוח תהיה תקופת ההתיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים.

בנוגע לתגמולי ביטוח רכב צד ג' - בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981⁴ תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

תנאי חוזה הביטוח עומדים לרשותך גם באתר האינטרנט של החברה. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסת ביטוח או תקנון קרן פנסיה, על הלקוח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח א'. במידה והלקוח מבקש לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא עליו להמציא מסמכים מבססים, הזכאות לשיפוי בגין ההוצאות תקבע בהתאם לדין, לפוליסת הביטוח ובכפוף להמצאת מסמכים. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח המכסים תשלומים חד פעמיים לספק שירות מוכר העובד עם הגוף המוסדי או לחילופין במקרה של תשלומים עיתיים העולים על 5,000 ₪, באפשרותך לבחור האם ברצונך שהתשלום לספק יעשה על ידי החברה ועליך לפנות למוקד תביעות בטלפון *6564.

במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים התובע נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

1 לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

2 יצויין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 - קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

* מובהר כי המידע האמור בחלק זה הינו מידע כללי ובכל מקרה, לעניין ביטוח סיעודי, טבלת המועדים הכלולה בנספח א' לעניין יישוב תביעות בביטוח סיעודי, תגבר.



נספח ג' - מערכת הכללים

החברה אמצה מערכת כללים לביורור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור, אשר אלה עיקריה:

מסמכים ומידע בביורור התביעה

החברה תאפשר לתובע בעת הגשת תביעה לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, בהתאם לחלופות הקיימות בחברה ואשר כוללות דואר ודואר אלקטרוני. החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבלה אצלה תביעתו, ערכת מסמכים הכוללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורך בירור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורך בירור התביעה.

כמו כן תשלח החברה לפונה, סמוך למועד פנייתו, את פירוט הפוליסות הנוספות שבהן הוא מבוטח אצלה ותציין בפניו את האפשרות להגשת תביעה בפוליסות הנוספות. בנוסף, לצורך איתור פוליסות נוספות ככל שקיימות החברה תפנה את המבוטח לאתר האינטרנט המרכזי של משרד האוצר לאיתור מוצרי הביטוח "הר הביטוח", לרבות משלוח קישור באמצעות מסרון. לאחר שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע בהקדם האפשרי הודעה בכתב על קבלת המסמך ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה. אם החברה זקוקה למסמך נוסף על אלו שנדרשו על ידי החברה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע - החברה תדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו נתברר לה הצורך במסמך הנוסף.

מידע שעל בסיסו תישוב תביעה

החברה תיישב תביעה על בסיס המידע המעודכן או הרלבנטי ביותר שיש ברשותה. החברה תפעל להשגת מידע רלבנטי ליישוב התביעה אם מהנתונים שברשותה עולה כי קיים מידע נוסף שנדרש לצורך יישוב התביעה. במידת הצורך, תפנה החברה לתובע, בבקשה להשלמת מידע בעת הליך בירור תביעה ויישובה, גם אם מסר לה את פירוט המידע והמסמכים שנדרשו על ידה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע. מועד קרות מקרה הביטוח ייקבע בהתאם לכלל המידע הרלבנטי והמסמכים המצויים בידי החברה. מועד קרות מקרה הביטוח לא יקבע כמועד הגשת התביעה אם בהתאם למסמכים שמצויים אצל החברה, אירע המקרה הביטוחי קודם למועד זה.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנתבקשו לראשונה מהתובע, ובכל מקרה בתוך 30 ימים ממועד זה, החברה תמסור הודעה לתובע על יישוב התביעה (בדרך של תשלום, תשלום חלקי, פשרה או דחייה), או תמסור לו הודעה בדבר המשך בירור. הודעת יישוב תביעה שתימסר לתובע, תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החוזר, בהתאם לאופן בו יושבה התביעה: הודעת תשלום תכלול, בין השאר, פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שמדובר בהודעת תשלום עיתי, ההודעה תכלול בנוסף, בין השאר, גם את משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות. הודעת תשלום חלקי תכלול בנוסף לפירוט מרכיביו של התשלום, גם פירוט הנימוקים העומדים בבסיס ההחלטה לדחות חלק מהתביעה. הודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד הפשרה ואת הסכום שנקבע בפשרה. מקום שנמסרת לתובע הודעת המשך בירור, תכלול ההודעה את הסיבות בגינן נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים. ככלל, הודעת המשך בירור תימסר לתובע כל תשעים ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה. ככל שהתובע זנח את תביעתו לאחר תקופה, יופסק הטיפול בתביעה והתובע יהיה רשאי, בכפוף לתקופת ההתיישנות לפנות מחדש להמשך טיפול בה.



הודעת דחיה

1. הודעת דחייה תכלול, בין השאר, את נימוקי הדחייה לרבות התנאי, התניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה ופירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחות את התביעה.
2. ככל שההחלטה לדחות את התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, החברה תפנה אליהם ותאפשר לתובע לקבלם לפי דרישה. החברה תהיה רשאית שלא למסור מסמכים שהם חסויים על פי דין, ובלבד שתיידע את התובע על כך שיש בידיה מסמכים שהיא נמנעת מלצרפם בשל חסיון, ותצרף להודעה הסבר מדוע היא סבורה שהמסמכים חסויים.
3. הודעת דחיה תכלול התייחסות לחוות דעת מומחה שהוגשה מטעם התובע, ככל שהוגשה וככל שהיא רלוונטית לנימוקי הדחיה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.
4. החלטה בתביעה המבוססת על דוח חקירה, תכלול פירוט של עיקרי הממצאים מדוח החקירה שמעידים על כך שלא קרה מקרה הביטוח.

בירור תביעה בעזרת מומחה

מקום שהחברה מתכוונת להיעזר במומחה לצורך בירור התביעה, החברה תודיע על כך מראש לתובע ותיתן הסבר לתובע בדבר תפקידו של המומחה ובדבר זכותו של התובע להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו. הסתמכה החברה על חוות דעת מומחה לצורך יישוב התביעה, חוות הדעת תהיה מנומקת, ותכלול את כל הפרטים הנדרשים על פי החוזר לרבות רשימת המסמכים עליהם נסמכת חוות הדעת. חוות הדעת תועבר לידי התובע כחלק מהודעת יישוב התביעה הרלוונטית שתימסר לו.

היענות לפניית מבוטח או תובע

כל פניה בכתב של מבוטח או תובע תיענה על ידי החברה בכתב בתוך שלושים ימים לכל היותר ממועד קבלת הפניה בחברה. קיבלה החברה פנייה של מבוטח או תובע כאמור ומצאה שהיה ליקוי בהתנהלותה או בהתנהלות מי מטעמה ואותו הליקוי שנמצא מצביע על היותו ליקוי מערכתי, תערוך בדיקה לאיתור מקרים דומים, תפיק לקחים ממקרים אלו ותפעל לתיקונם בתוך זמן סביר. בקשה של תובע לקבל העתק מהפוליסה תיענה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה. בקשה של תובע לקבל העתק ממסמך אשר התובע חתום עליו או ממסמך אשר הגיע לידי החברה מהתובע או בהסכמתו, תיענה בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה בחברה. למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את העקרונות על פיהם תנהג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיף 8 ובנספח ב' לחוזר גופים מוסדיים 9-9-2016(בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשון. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 ובנספח ב' לחוזר, יגבר האמור בחוזר. הנוסח המלא של סעיף 8 ונספח ב' לחוזר מצוי באתר האינטרנט של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת: <https://mof.gov.il/hon>



טבלת המועדים והתקופות הקבועות בחוזר "יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור"

| המועד או התקופה הקבועים בחוזר | הפעולה | סעיף בחוזר |
|-------------------------------|--|------------|
| 14 ימי עסקים | דרישה מידע ומסמכים נוספים | 8 (א) (7) |
| 30 ימים | מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו | 8 (ב) |
| כל 90 ימים | מסירת הודעת המשך בירור תביעה | 8 (ו) (3) |
| 30-60 ימים | מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עייתיים או הפסקתם | 8 (ט) (6) |
| 14 ימי עסקים | העברת העתק מפסק דין או הסכם | 8 (יב) (2) |
| 14 ימי עסקים | מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה | 8 (יג) (1) |
| 7 ימי עסקים | הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח של צד שלישי | 8 (יג) (2) |
| 30 ימים | מענה בכתב לפניית ציבור | 8 (יד) |
| 14 ימי עסקים | מסירת העתקים מפוליסה או תקנון | 8 (טו) (1) |
| 21 ימי עסקים | מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע | 8 (טו) (3) |

