

טופס הודעה על החמרה במצב סיעודי

טופס הודעה על החמרה מיועד רק למבוטח שתביעת סיעוד על שמו נדחתה ב-12 חודשים האחרונים מסיבה שלא התקיים לגבי מקרה ביטוח. אם נדחתה תביעת סיעוד למבוטח לפני למעלה מ-12 חודשים יש להגיש טופס תביעת סיעוד חדש

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il, מיקוד 5211801

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך לבחינת החמרת מצב ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה למלוי מירב הפרטים בטופס התביעה. אם המבוטח קטין, אחד מהוריו ימלא את הטופס, אך שני ההורים יחתמו.

טופס זה אינו מהווה הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870. השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל ובפקס.

א פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	טלפון בבית
טלפון נייד		כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא	

כל ההודעות הקשורות לתביעתך יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך ו/או של איש הקשר (ככל ומסרת פרטי איש קשר). אם ברצונך שהודעות אלו ישלחו לדוא"ל שלך ו/או של לאיש הקשר אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל. לחילופין, אם ברצונך לקבל הודעות אלו בדואר ישראל אנא סמן זאת כאן: בדואר ישראל

פרטיי האישיים הנוכריים לעיל, הינם הפרטים הנוכחיים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מאשר לעדכן את פרטיי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו. מאשר/ת לא מאשר/ת מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת. לידיעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת "האיזור האישי" שלך שבאתר החברה.

ב פרטי איש קשר

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	קרבה למבוטח
טלפון בבית	טלפון נייד	כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא	
רחוב	מס' בית	שכונה	יישוב
מיקוד			

כל ההודעות הקשורות לתביעתך יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך ו/או של איש הקשר (ככל ומסרת פרטי איש קשר). אם ברצונך שהודעות אלו ישלחו לדוא"ל שלך ו/או של לאיש הקשר אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל. לחילופין, אם ברצונך לקבל הודעות אלו בדואר ישראל אנא סמן זאת כאן: בדואר ישראל

לידיעתך, מבוטח המעוניין שאיש הקשר ישמש כמיופה כוח, יעביר ייפוי כוח חתום או צו מינוי אפטרופוס על-ידי בית המשפט.

ג הסכמה לשימוש בדוא"ל ע"י מבוטח ו/או איש הקשר

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת קבוצת הראל, או מי מטעמה, להעביר אלי מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת דוא"ל שרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמא אישית שלי.

.....
 חתימה מספר ת.ז. שם + שם משפחה תאריך

ד מינוי הסוכן לטיפול בתביעה

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב'..... לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

תאריך:..... שם+שם משפחה:..... חתימת המבוטח:.....
 לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה לרבות פירוט הפוליסות שבהן הינך מבוטח (שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שלך, שהינך מייפה את כוחו בהסכמתך זו, הינו הסוכן המטפל בהן), יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

ה מקום מגורים

<input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/> דיור מוגן / בית אבות <input type="checkbox"/> מוסד סיעודי / גריאטרי	
רחוב	מספר בית
שם מוסד/בית אבות/דיור מוגן	מחלקה
ת.ד.	מיקוד
תאריך כניסה	



אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1903, רמת גן, מיקוד 5211801
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

שם המבוטח.....
מספר ת.ז.....

1 פרט את הנסיבות להחמרה במצב והעבר אסמכתאות הקשורות למקרה/מצב רפואי ככל שאלו קיימות בידך באפשרותך לצרף מסמכים נוספים לרבות אישורים מגופים מוסדיים אחרים כגון ביטוח לאומי

	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

ברצוננו להזכיר, כדי לייעל את הטיפול בתביעה, ככל שיש ברשותך פרוטוקולים של המוסד לביטוח לאומי, מסמכים רפואיים, כל תיעוד רפואי מקצועי ובמיוחד אורולוג/פרוקטולוג/גסטרואנטרולוג, מכתבי שחרור מאשפוז או בי"ח, תוצאות בדיקות, אבחונים ואישורים המעידים על מצבך התפקודי או קוגניטיבי באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה.