

הטפסים שלהלן נוסחו בלשון זכר אך מיועדים לנשים וגברים כאחד.

מה עלי לעשות?

טרם הגשת תביעה, נבקשך לבדוק כי בידך פוליסה המעניקה כיסוי סיעודי. ניתן להיעזר בסוכן הביטוח שלך, בכניסה לאזור המידע האישי שבאתר הראל או במוקד שירות הלקוחות בטלפון 03-6145555. ככל שיש ברשותך כיסוי לסיעוד, עליך להעביר אלינו טופס הגשת תביעה בגין פוליסת סיעוד בצירוף המסמכים המפורטים להלן באחד מהאמצעים הבאים:

- כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il
- פקס: 03-7348597
- מספר לשליחת מסרון: 052-3240345
- למשלוח דואר: דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בסר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 5110802

מה כולל טופס הגשת תביעת סיעוד ומהם הנספחים עלי להוסיף?

טופס הגשת תביעה בגין פוליסת סיעוד והנספחים הנדרשים כדי לבדוק זכאות כוללים:

1. נספח פרטים אישיים, הצהרות לאישור פרטי התקשרות ליצירת קשר בהמשך, מידע על פרטי האירוע, מידע על עזרה בגין מצב סיעודי, מידע על היסטוריה רפואית.
2. שאלון הערכה המפרט את מצבך התפקודי/קוגניטיבי.
3. טופס ויתור סודיות - כדי שנוכל לפעול בשימך להוצאת מסמכים רפואיים ואחרים עליך לחתום על טופס ויתור הסודיות כולל החתמת מאמת חתימה, המאשר כי החתימה שייכת לך. טופס זה נבנה ואושר ע"י מרב הגופים במשק, כך שמילואו בחלקו יגרום להארכת זמן הטיפול ולבקשה חוזרת שלנו למלא את הטופס בצורה תקינה. יש לעקוב אחר ההנחיות בטופס עצמו.
4. פרטי איש קשר - ניתן למנות יותר מאדם אחד. שים לב כי איש הקשר אינו מיופה כוח או אפוטרופוס מבחינה משפטית ומשמש ככתובת נוספת ליצירת קשר עם המבוטח ולקבלת מידע בקשר עם התביעה בלבד.
- מבוטח המעוניין שאיש הקשר ישמש כמיופה כוח מטעמו, יעביר יפוי כוח חתום או צו מינוי אפוטרופוס ע"י בית משפט. במידה ומונה אפוטרופוס או קיים יפוי כח נטריוני, יש לצרפו.
5. בנוסף עליך לצרף לטופסי התביעה צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון בנק ע"ש המבוטח או בא כוחו כדי לבצע העברה בנקאית לתגמולי הביטוח במידה ותמצא זכאי.

כדי לייעל טיפול בתביעתך וככל שיש ברשותך מסמכים רפואיים, חוות דעת רופאים מומחים, מכתבי שחרור מאשפוז או ב"ח, תוצאות בדיקות לרבות חוות דעת רופא אורולוג/פרוטולוג/גסטרואנטרולוג במקרה וקיימת אבחנה לאי שליטה, אבחונים ואישורים המעידים על מצבך התפקודי ו/או הקוגניטיבי באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה.

מה יקרה בהמשך?

בכל עדכון במצב התביעה תישלח אליך הודעה. כמו כן ניתן לוודא הגעת מסמכים במענה הממוחשב בטלפון 1-700-702-870, השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל או בפקס.

אם הכול ברור ותקין

בהגעת מסמכי התביעה נוציא מכתב המפרט את המסמכים שהגיעו, יתקבל מספר תביעה לצורך המשך טיפול.

אם תידרשנה הבהרות כלשהן או בדיקה מטעמנו

ברוב המקרים נבקשך להיבדק ע"י רופא או אחות או מומחה בתחום, מטעמנו. הבדיקה תתואם עימך או עם איש הקשר שציינת בטופס התביעה מראש ולפי זמינותך. לידיעתך, באפשרותך לצרף אדם נוסף מטעמך שיהיה נוכח במהלך הבדיקה. ברצוננו להדגיש, כי לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש מסמכים נוספים רפואיים או אחרים, לפי הצורך. הודעה על כך תצא אליך בכתב.

קבלת החלטה בתביעה

לאחר קבלת תוצאות הבדיקה וכל המסמכים שנדרשו על מנת שנוכל לקבל החלטה לעמידתך בתנאי הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה, נודיעך את עמדתנו בכתב.

לתשומת ליבך

- אין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.
- לידיעתך, תנאי הפוליסה הקובעים לעניין הזכאות והיקף תגמולי הביטוח הינם תנאי הפוליסה במועד שבו אירע מקרה הביטוח.
- מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.

בברכה,

מחלקת תביעות סיעוד
דקלה סוכנות לביטוח בע"מ
הראל חברה לביטוח

דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בסר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 5110802, מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה אם תמלא/י את הפרטים בטופס זה. 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.	תאריך לידה
טלפון בבית	טלפון נייד	כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא	
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה (ככל שימונה איש קשר בתביעה, משלוח ההודעות יבוצע בהתאם לבחירה בסעיף ב): <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> דוא"ל			
פרטיי האישיים הנוזכרים 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. <input type="checkbox"/> מאשר/ת <input type="checkbox"/> לא מאשר/ת מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת. לידעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים /או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית. לידעתך, לצורך יעול ושיתוף 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
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה: <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> דוא"ל			
לידעתך, איש הקשר אינו משום מיופה כוח או אפוטרופוס מבחינה משפטית ומשמש כתובת נוספת ליצירת קשר עם המבוטח ולקבלת מידע בקשר עם התביעה לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל. מבוטח המעוניין שאיש הקשר ישמש כמיופה כוח, יעביר ייפיו כוח חתום או צו מינוי אפוטרופוס על-ידי בית המשפט.			

ג 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:.....

לידעתך, 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.

ד הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה 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.

.....

.....

.....

.....

ה מקום מגורים

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



דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בסר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 5110802, מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il

שם המבוטח
מספר ת.ז.

י פרטי האירוע - השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אשפוז באפשרותך לצרף מסמכים נוספים לרבות אישורים מגופים מוסדיים אחרים כגון ביטוח לאומי

ז נבקשך לציין את שמות רופאי המשפחה ורופאים מקצועיים/מומחים שטיפלו בך כיום ובעבר

שם הרופא המטפל	סניף	שם קופת חולים
שם הרופא	תחום התמחות	שם המרפאה
שם הרופא	תחום התמחות	שם המרפאה
שם הרופא	תחום התמחות	שם המרפאה

ח באם טופלת/היית במעקב במרפאת זיכרון, נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם המוסד/המרפאה

שם הרופא	שם המרפאה
שם הרופא	שם המרפאה

ט אנא ציין שמות בתי חולים, מחלקות ומרפאות בתי חולים בהם טופלת

בית חולים	מחלקה/מרפאה	תאריכי אשפוז
בית חולים	מחלקה/מרפאה	תאריכי אשפוז
בית חולים	מחלקה/מרפאה	תאריכי אשפוז

י רשימת גנים, בתי ספר, מוסדות, מרפאות, סניפי טיפת חלב בהם למבוטח קיים רישום

ברצוננו להזכיר, כדי לייעל את הטיפול בתביעה, ככל שיש ברשותך מסמכים רפואיים, חוות דעת רופא מומחה לרבות אורולוג/פרוקטולוג/גסטרואנטרולוג, מכתבי שחרור מאשפוז או בי"ח, תוצאות בדיקות, אבחונים ואישורים המעידים על מצבך התפקודי או קוגניטיבי באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה.

דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בסר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 5110802, מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il

שם המבוטח:

מספר ת.ז.

יא במידה ותביעתך תאושר, נבקשך לציין פרטי חשבון לביצוע העברה בנקאית יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון בנק של המבוטח

בנק: שם סניף: מס' סניף: מס' החשבון:

תשלום בתביעת קטין: אנו החתומים מטה, הורי הקטין מבקשים להעביר את תגמולי הביטוח בגין תביעה מספר לחשבון הבנק המשותף שעל שמנו או לחילופין לחשבון האם או האב שמספרו ע"ש (יש לצרף צילום המחאה או אישור ניהול חשבון בנק) או לחילופין להנפיק המחאה ע"ש האם או האב (יש לצרף צילום ת.ז. של שני ההורים).

בחתימתנו על גבי מסמך זה הרינו לאשר כי עם קבלת תגמולי הביטוח כמבוקש לעיל לא תהיה לנו ו/או למי מטעמנו כל תביעה ו/או טענה מכל סוג שהוא כלפי הראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה בנוגע לביצוע התשלום בגין תביעה זו.

שם ההורה	מספר ת.ז.	חתימה:
שם ההורה	מספר ת.ז.	חתימה:

במקרה של תשלום חד פעמי לספק שירות מוכר ובמקרה של תשלומים עיתיים בסך העולה על 5,000 ₪ - יש באפשרותך לפנות אלינו ולבקש שהתשלום יבוצע ישירות לספק השירות כאמור.

לתשומת ליבך! ניתן לתבוע גם את הביטוח המשלים של קופת החולים ו/או חברת ביטוח אחרת. במקרה זה, בתביעה זו יוחזר ההפרש שבין סכום ההחזר בביטוח המשלים של קופת החולים ו/או חברת ביטוח אחרת, עד לגובה הסכום המכוסה על פי הפוליסה. לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים). קבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין ולהוראות פוליסת הביטוח.

הנני מתחייב כי אדווח להראל חברה לביטוח בע"מ על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין קבלה זו והריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להחזר/פיצוי בגין קבלה זו.

ככל שלא מצורפות קבלות מקוריות לטופס התביעה, יש להשיב על השאלות הבאות:

האם הקבלות המקוריות הוגשו לגורם אחר לצורך קבלת החזר? כן לא

אם כן, אנא העבר אישור של הגורם אליו הוגשו הקבלות בדבר גובה החזר, אשר ניתן על ידו.

האם בכוונתך להגיש את הקבלות לגורם אחר לצורך קבלת החזר? כן לא

אם כן, עליך לעדכן את הראל ואת הגורם הנוסף על מנת שלא ישולמו החזרים כפולים.

יב הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה יותר המידע אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS)), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: חתימת המבוטח:

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף תביעות בריאות וח"ל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

יג פסקת התיישנות

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח. (למען הסר ספק, ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש, יחל מנין שלוש השנים מדי יום ביומו וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום). ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתבוע שמונה עשר שנה.

יד הצהרת המבוטח ו/או בא כוחו

אני הח"מ מצהיר בזה שכל התשובות דלעיל ולהלן נכונות ומלאות ואני מאשרת/מסירת מידע מכל סוג לאיש הקשר המפורט לעיל.

תאריך: שם + שם משפחה: חתימה:



דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בסר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 5110802, מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il

שם המבוטח:

מספר ת.ז.:

בסעיף זה יש למלא את מצבו התפקודי של המבוטח בהתאם להגדרת הפעולות הקיימות בפוליסה - במידה ופעולה מורכבת מתתי פעולות, אי יכולתו של המבוטח לבצע באופן עצמאי אחת מתתי הפעולות, תסומן הפעולה כאי יכולתו לבצע את כל הפעולה

<input type="checkbox"/> יכול לבצע בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> לא יכול לבצע בכוחות עצמו	<p>א. לקום משכיבה במיטה לשיבה ולקום משיבה בכיסא לעמידה</p> <ul style="list-style-type: none"> האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום ממצב שכיבה למצב ישיבה במיטה (כולל היעזרות באמצעי עזר)? האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום מכיסא למצב עמידה (כולל היעזרות באמצעי עזר)? <p>תיאור המגבלה:</p>
<input type="checkbox"/> יכול לבצע בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> לא יכול לבצע בכוחות עצמו	<p>ב. הלבשה</p> <ul style="list-style-type: none"> האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו העליון? האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו התחתון? <p>תיאור המגבלה:</p>
<input type="checkbox"/> יכול לבצע בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> לא יכול לבצע בכוחות עצמו	<p>ג. רחצה</p> <ul style="list-style-type: none"> האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להיכנס ולצאת מהאמבטיה או המקלחת? האם המבוטח יכול להתרחץ בכוחות עצמו באמבטיה או במקלחת בעמידה או בישיבה על כיסא רחצה? <p>תיאור המגבלה:</p>
<input type="checkbox"/> יכול לבצע בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> לא יכול לבצע בכוחות עצמו	<p>ד. אכילה</p> <ul style="list-style-type: none"> האם המבוטח יכול לאכול ולשתות בכוחות עצמו כולל שתיה ולא אכילה בעזרת קשית לאחר שהמזון הוכן עבור המבוטח והוגש לו? <p>תיאור המגבלה:</p>
<p>שתי:</p> <input type="checkbox"/> שליטה <input type="checkbox"/> חוסר שליטה <p>פעולות מעיים:</p> <input type="checkbox"/> שליטה <input type="checkbox"/> חוסר שליטה	<p>ה. שליטה על הסוגרים</p> <ul style="list-style-type: none"> האם ישנה אבחנת אורולוג/פרוקטולוג/גסטרואנטרולוג או בדיקות שנערכו לך? במידה וכן, באפשרותך לצרף מסמכים אלה האם הנך משתמש קבוע בסטומה, בקטטר בשלפוחית השתן, בחיתולים או בסופגנים למיניהם האם ישנה אבחנה להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן ובשל קושי בניידות, קושי שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולת ניידות, אינו מסוגל לשלוט על סוגריו? במידה וכן, באפשרותך לצרף מסמכים אלה <p>תיאור המגבלה:</p>
<input type="checkbox"/> יכול לבצע בכוחות עצמו <input type="checkbox"/> לא יכול לבצע בכוחות עצמו	<p>ו. ניידות</p> <ul style="list-style-type: none"> האם המבוטח יכול לנוע בכוחות עצמו כולל באמצעות אביזר כגון מקל הליכה, הליכון. האם המבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום? במידה וכן, באם קיים תיעוד רפואי או אחר לנפילות באפשרותך לצרף מסמכים אלה <p>תיאור המגבלה:</p>
<input type="checkbox"/> עונה לתשישות נפש <input type="checkbox"/> אינו עונה לתשישות נפש	<p>ז. תשישות נפש</p> <ul style="list-style-type: none"> האם המבוטח נזקק להשגחה במרבית שעות היממה בשל פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית, כגון אלצהיימר או צורות דמנטיות שונות האם המבוטח עונה למצב תשישות נפש שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום: לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתבונה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות. במידה וכן באפשרותך לצרף מסמכים אלה. <p>תיאור המגבלה:</p>

ברצוננו להזכיר, כדי ליעל את הטיפול בתביעה, ככל שיש ברשותך מסמכים רפואיים, חוות דעת רופא מומחה לרבות אורולוג/פרוקטולוג/גסטרואנטרולוג, מכתבי שחרור מאשפוז או ב"ח, תוצאות בדיקות, אבחונים ואישורים המעידים על מצבך התפקודי או קוגניטיבי באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה.

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
גא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

- כתובת דוא"ל: tvsiud@dikla.co.il
- מספר פקס: 03-7348597
- מספר מסרון: 052-3240345 (SMS)
- למשלוח דואר: דקלה סוכנות לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, מגדלי בסר 2, רחוב בן-גוריון 1, ת.ד. 903, בני-ברק 5110802.
- מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870. השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל, במסרון או בפקס.

א פרטי מבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת. זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
		טל'	

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכוון מור ו/או המכוון הרפואי לביטוח בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למשרד הרווחה, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכוון גנטי ו/או למכוון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה..... (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או מוצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחלתית בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או משרד הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ו/או על מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיכם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

ב פרטים נוספים

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל	

ג שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכונים, מעבדות, בתי ספר, גנים

.....	1.
.....	2.
.....	3.
.....	4.
.....	5.
.....	6.
.....	7.
.....	8.

ד חתימת המבוטח

שם פרטי+שם משפחה	חתימת המבוטח
------------------	--------------

ה במקרה של חסוי (במקרה של קטין/חסוי, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס וצילום ת.ז. של האפוטרופוס)

בנוסף על האמור לעיל, הננו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה:

שם ההורה/אפוטרופוס*	ת.ז.	חתימה
שם ההורה/אפוטרופוס*	ת.ז.	חתימה

* במקרה של קטין/חסוי יציינו את שמם ויחתמו על המסמך כל האפוטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

ו חתימת עד מהימן**

תאריך מילוי הטופס	שם עד לחתימה	מס' ת.ז. עד לחתימה	שם עד מהימן לחתימה** + חותמת עם מס' רישיון
-------------------	--------------	--------------------	--

**עד מהימן - רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח (יש לצרף צילום תעודת סוכן).



מהו מצב סיעודי המזכה בקבלת גמלת סיעוד?

על פי הגדרת המינימום הקבועות בחוזר הפיקוח 5-1-2013, ובכפוף להוראות חוזר הפיקוח 9-9-2016 (שתחולתו לענין זה החל מיום 1.9.2016), מקרה ביטוח יוגדר לפי סטנדרטיים מינימאליים הבאים:

א. מוגבלות תפקודית - מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות מספר מסוים, הקבוע בפוליסה, של הפעולות הבאות:

1. **לקום ולשכב**: יכולת עצמאית של מבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ולקום מכיסא לרבות מכיסא גלגלים או מיטה.
2. **להתלבש ולהתפשט**: יכולת עצמאית של מבוטח ללבוש פריטי לבוש מכל סוג ופשיתתם לרבות חיבור או הרכבת חגורה רפואית או גפה מלאכותית.
3. **להתרחץ**: יכולת עצמאית של מבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת אחרת, לרבות כניסה לאמבטיה או למקלחת ויציאה מהן.
4. **לאכול ולשתות**: יכולת עצמאית של מבוטח להזין את עצמו בכל דרך או אמצעי למעט אכילה באמצעות קשית, ולרבות שתיה באמצעות קשית, לאחר שהמזון הוכן בשבילו והוגש לו.
5. **לשלוט על סוגרים**: יכולת עצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן; אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה, בקטטר בשלפוחית השתן, בחיתולים או בסופוגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
6. **ניידות**: יכולת עצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום, בלא עזרת הזולת; היעדרות בקביים, במקל, בהליכון או בכל אבזר אחר לרבות אבזר מכני, מוטורי או אלקטרוני, שמאפשר למבוטח לנוע באופן עצמאי לא תיחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. יודגש, כי אי יכולתו של מבוטח לנוע ללא כסא גלגלים תחשב כאי יכולתו לנוע באופן עצמאי; ואולם היה מבוטח ללא יכולת לנוע ללא כסא גלגלים אולם בעל יכולת עצמאית לנוע עם כסא גלגלים ממקום למקום בתקופת הביטוח שהסתיימה לפני יום ז' בתמוז התשע"ז (1 ביולי 2017), ובמהלך תקופת הביטוח הנוכחית השתנתה יכולתו העצמאית כך שאינו יכול לנוע באופן עצמי עם כסא הגלגלים, יראו בו כמבוטח שאינו יכול לנוע באופן עצמאי החל ממועד שבו השתנתה יכולתו העצמאית כאמור.
7. **תשישות נפש** - מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לענין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

כיצד נקבעת הזכאות לקבלת גמלת סיעוד?

בחירת הזכאות לקבלת גמלת סיעוד מובצעת על-יסוד כלל המידע הרפואי של המבוטח, ובכלל זה, מסמכים וחוות דעת רפואיות, מידע אודות מחלות רקע וטיפולים תרופתיים שמקבל או קיבל המבוטח, מידע אודות אשפוזים שעבר וכיוצא באלה.

בנוסף, בחלק ניכר מן המקרים מובצעת למבוטח הערכה תפקודית (בדיקה פיזית/קוגניטיבית) ע"י איש מקצוע מטעם הראל, שעיסוקו בין היתר, בתחום הערכות תפקודיות ו/או קוגניטיביות. בחינה זו של איש המקצוע תבוצע בתאום עם בני משפחה או אנשי הקשר של המבוטח.

במסגרת הערכה זו תיבחן יכולתו התפקודית ו/או הקוגניטיבית של נבדק במסגרת הבית או במסגרת דומה לכך (כגון: מוסד בו שוהה המבוטח), ולא מחוץ לבית.

במסגרת הערכה התפקודית יבחנו על-ידי איש המקצוע פרמטרים כדוגמת הפרמטרים הכלולים בטופס המצ"ב. יצויין, כי פרמטרים אלו מובאים לצורך הדגמה והמחשה בלבד, והם עשויים להשתנות מעת לעת.

הכללים והמבחנים לקביעת זכאות לקבלת גמלת סיעוד

1. מוגבלות תפקודית

במסגרת הבחינה האם מצבו של המבוטח מזכה אותו, בהתאם לתנאי הפוליסה והוראותיה, בקבלת גמלת סיעוד, עקב מוגבלות תפקודית, נבחנת רמת תפקודו של המבוטח ביחס לכל אחת מן הפעולות המפורטות בסעיף א. לעיל, תוך חלוקה למספר רמות תפקוד, אשר תפורטנה להלן:

1.1. עצמאות - בהגדרה זו נכללים מצבים בהם לא נדרשת עזרה של אדם אחר לשם ביצוע הפעולה, ועל כן הפעולה אינה מוגדרת כפעולה שהמבוטח אינו מסוגל לבצע חלק מהות ממנה. תחת הגדרה זו, קיימים שני מצבי משנה:

1.1.1. עצמאות מלאה (ללא עזרה) - לשם ביצוע הפעולה לא דרושה למבוטח כל עזרה והוא מבצעה בצורה בטוחה תוך זמן סביר ללא אביזרי עזר.

1.1.2. עצמאות בעזרת מכשיר - המבוטח מבצע את הפעולה ללא עזרת אדם אחר, אך בעזרת מכשיר.

1.2. תלות - לשם ביצוע הפעולה על-ידי המבוטח נדרש אדם אחר לצורך השגחה או עזרה פיזית, אשר בהעדרה לא תבוצע הפעולה כלל. בחלק מן המקרים הנמנים על קבוצה זו יוגדר המבוטח כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מן הפעולה, כמפורט להלן:

1.2.1. תלות מתונה - המבוטח מסוגל לבצע מעל 50% מהפעולה ועל כן אינו מוגדר כמי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן הפעולה. במצב תפקוד זה נכללים המקרים הבאים:

1.2.1.1. השגחה או סידור - לשם ביצוע הפעולה דרושים השגחה, דרבון או שכנוע, אך לא נדרשים עזרה או מגע פיזי, או לחלופין, דרוש סיוע בסידור או ארגון של אביזרי עזר.

1.2.1.2. מגע פיזי מינימאלי - לשם ביצוע הפעולה דרושה עזרה של מגע קל בלבד.

1.3. **עזרה מתונה / בינונית** - לשם ביצוע הפעולה דרושה עזרה גדולה יותר מאשר מגע, אך המבוטח מבצע למעלה מ- 50% מהפעולה ועל כן אינו מוגדר כפי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן הפעולה.

1.4. **תלות רבה** - המבוטח מסוגל לבצע פחות מ- 50% מן הפעולה ועל כן דרושה עזרה רבה או מלאה, אשר בהיעדרן לא תבוצע הפעולה. במצב זה מוגדר המבוטח כמי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן הפעולה בכוחות עצמו.

על יסוד מבחנים אלו, מבוצעת בחינה פרטנית של יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מכל אחת משש הפעולות בכוחות עצמו, בין היתר, באופן הבא: שליטה על סוגרים - אי שליטה על אחד מהסוגרים תיחשב כאי יכולת של המבוטח לבצע חלק מהותי מן הפעולה של שליטה על סוגרים בכוחות עצמו. מבוטח שבשל היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן, ושבשל קושי בניידות אינו מסוגל לשלוט על סוגריו, ייחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של הפעולה "לשלוט על סוגרים", כהגדרתה בחוזר סיעוד.

לעניין זה "קושי בניידות" - קושי בניידות שאינו עולה כדי חוסר יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) מפעולת "הניידות" כהגדרתה בחוזר סיעוד

רחצה - החברה מביאה בחשבון לצורך בחינת יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מהפעולה בכוחות עצמו, לרבות צורך בסיוע בכניסה וביציאה מאמבטיה/מקלחת. במקרה זה מבצעת החברה שקלול על העזרה הנדרשת בפעולת הרחצה בפועל עם יכולתו של המבוטח להיכנס ולצאת מהאמבטיה/מקלחת.

לקום ולשכב - נבחנת יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מהפעולה "לקום ולשכב".

ניידות - המבוטח מוגדר כמי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן את הפעולה כאשר אינו יכול לנוע באופן עצמאי בדרך כלשהי ללא עזרת אדם. מבוטח שסובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום, יחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) מפעולת ה"ניידות" כהגדרתה בחוזר סיעוד

אכילה - חיתוך, הכנה והגשה של המזון אינם נחשבים כאי יכולת לבצע חלק מהותי של פעולת האכילה. צורך בהאכלה פיזית של המבוטח תיחשב כאי יכולת לבצע את הפעולה.

הלבשה - החברה מביאה בחשבון לצורך בחינת יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מהפעולה בכוחות עצמו גם היכולת ללבוש מגוון פרטי לבוש. במקרה של צורך בהרכבת גפה מלאכותית, מבוצע שקלול של העזרה הנדרשת בפעולת ההלבשה עם העזרה הנדרשת בהרכבת הגפה המלאכותית.

2. תשישות נפש

כאמור לעיל, תשישות נפש, הינו מצב נוסף המזכה בקבלת גמלת סיעוד. (בכל מקרה יהיה המבוטח זכאי לתגמולים בגין מצב מזכה אחד בלבד) קביעה לעניין תשישות נפש תעשה רק ע"י רופא מומחה בתחום, דהיינו גריאטר, פסיכיאטר ופסיכוגריאטר ו/או נירולוג. לצורך קבלת החלטה זו, יבחנו על-ידי הרופא המומחה, בין היתר, תולדות המחלה, התרשמות כללית, מעקב רפואי, וטיפול תרופתי.

הוראות כלליות

ההוראות האמורות לעיל הינן בגדר עקרונות כלליים ליישוב תביעת סיעוד, המובאים לשם הדוגמא וההמחשה בלבד ואין בפרסומם כדי לחייב את החברה לנהוג באופן זה בדיוק במקרה פרטני. החברה שומרת על זכותה לשנות מעת לעת, ולהתאימם במידת הצורך לכל מקרה ומקרה פרטני, ובכלל זה לשנות ולהתאים את טופס ההערכה התפקודית הנלווה למסמך עקרונות זה.

יצוין, כי בכל מקרה התנאים המחייבים לכל דבר ועניין הינם התנאים הקבועים בפוליסת הביטוח של המבוטח, וכי הזכאות לקבלת גמלת סיעוד וקבלתה של זו, כפופות לכלל ההוראות והתנאים הקבועים בפוליסה זו, לרבות, אך לא רק, החרגות רפואיות, תקופות המתנה ויתר ההוראות הפוליסה.

הנדון: הערכה תפקודית / קוגניטיבית / משולבת על ידי רופא/ה או אח/ות

רופא/ה, אח/ות לתשומת ליבכם, סעיפים 10 - 14 ימולאו ע"י רופא/ה בלבד

* הטופס שלהלן נוסח בלשון זכר אך מיועד לנשים וגברים כאחד

פרטים אישיים של המבוטח:

שם המבוטח: _____ מספר ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

הבדיקה בוצעה בתאריך: _____ מיקום הבדיקה: _____ בית המבוטח / דיור מוגן / מוסד סיעודי / בבי"ח

כתובת מגורים: _____ מיקום הבדיקה: _____ בית המבוטח / דיור מוגן / מוסד סיעודי / בבי"ח

האם הבדיקה בוצעה בשפתו של המבוטח? כן / לא באיזו שפה בוצעה הבדיקה? _____

האם נכח גורם נוסף בבדיקה? כן / לא האם דובר את שפתו של המבוטח ותרגם את הדברים? כן / לא

מהי קרבתו למבוטח? _____ האם המבוטח ביקש/אישר את נוכחות הגורם הנוסף? כן / לא

כיצד זוהה המבוטח? ת.ז./דרכון רישיון נהיגה מסמך אחר (יש לציין שם מסמך ואם כולל תמונה) _____

(1) **מסמכים רפואיים שעמדו לרשותך (במידה ומסמכים הוצגו ע"י המבוטח בעת הביקור, נבקש לצלמם ולהעבירם בצמוד לסיכום הבדיקה):**

- א.
- ב.
- ג.

(2) **אבחנות רפואיות/מחלות רקע:**

תאריך גילוי	מחלה

(3) **אשפוזים בחודשים האחרונים:**

תאריך אשפוז	סיבה ואבחנה

(4) **תרופות קבועות:**

פירוט:

(5) **אנמנזה ותולדות מחלות עבר:**

פירוט:

6) **טבלת תפקוד (יש לפרט ככל הניתן בעמודת "ממצאי פעולה" ולציין מפורשות אם הודגמה הפעולה):**

שם הפעולה		ממצאי פעולה									
<p>א. לקום משכיבה במיטה לישיבה ולקום מישיבה בכיסא לעמידה</p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום ממצב שכיבה למצב ישיבה במיטה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?</p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום מכיסא ממצב ישיבה למצב עמידה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?</p>		פירוט:									
<p>ב. הלבשה</p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשית את פלג גופו העליון? (חולצה)</p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשית את פלג גופו התחתון? (מכנסיים או חצאית)</p>		פירוט:									
<p>ג. רחצה</p> <p>i. האם המבוטח יכול להתרחץ בכוחות עצמו באמבטיה או במקלחת בעמידה או בישיבה על כיסא רחצה על פי הפרוט:</p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להיכנס ולצאת מהאמבטיה או המקלחת?</p>		<p>נא לסמן באם המבוטח יכול או לא יכול לבצע בכוחות עצמו:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>כניסה ויציאה</th> <th>פלג גוף עליון</th> <th>פלג גוף תחתון</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> יכול</td> <td><input type="checkbox"/> יכול</td> <td><input type="checkbox"/> יכול</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא יכול</td> <td><input type="checkbox"/> לא יכול</td> <td><input type="checkbox"/> לא יכול</td> </tr> </tbody> </table>	כניסה ויציאה	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון	<input type="checkbox"/> יכול	<input type="checkbox"/> יכול	<input type="checkbox"/> יכול	<input type="checkbox"/> לא יכול	<input type="checkbox"/> לא יכול	<input type="checkbox"/> לא יכול
כניסה ויציאה	פלג גוף עליון	פלג גוף תחתון									
<input type="checkbox"/> יכול	<input type="checkbox"/> יכול	<input type="checkbox"/> יכול									
<input type="checkbox"/> לא יכול	<input type="checkbox"/> לא יכול	<input type="checkbox"/> לא יכול									
<p>ד. לאכול ולשתות</p> <p>i. כולל שתיה ולא אכילה בעזרת קשית לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו</p>		פירוט:									
<p>ה. שליטה על הסוגרים</p> <p>i. האם קיימת אי שליטה? במידה ולא מתקיים סעיף i. האם מתקיים הסעיף הבא:</p> <p>i. האם קיימת הגדרת היענות נמוכה של שלפוחית השתן וקושי בניידות? זאת במידה ומתקיימים שני הסעיפים הבאים ביחד:</p> <ul style="list-style-type: none"> האם ישנה אבחנת אורולוג או מבחן אורודינמי להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן האם קיים קושי בניידות שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולת ניידות, ולפיכך אינו מסוגל לשלוט על סוגריו. (במידה ומתקיים אחד משני הסעיפים, יש לפרט תאריכי אבחנה, שם והתמחות רופא מאבחן ואילו מסמכים ובדיקות עמדו לרשותך) 		<p>נא לסמן באם המבוטח שולט או לא שולט בכל פעולה:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>שתן</th> <th>פעולות המעיים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> שליטה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> שליטה מלאה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> חוסר שליטה</td> <td><input type="checkbox"/> חוסר שליטה</td> </tr> </tbody> </table>	שתן	פעולות המעיים	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה			
שתן	פעולות המעיים										
<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> שליטה מלאה										
<input type="checkbox"/> חוסר שליטה	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה										
<p>ו. ניידות</p> <p>i. האם המבוטח יכול לנוע בכוחות עצמו?</p> <p>i.i. האם המבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום? במידה וכן האם קיים תיעוד רפואי או אחר לנפילות ומהי הסיבה הרפואית, האם ניתן להסביר נפילות אלה באבחנה רפואית? ככל שניתן נא להתייחס לתדירות</p> <p>i.i. באם היה ברשות המבוטח אביזר (כגון מקל הליכה, הליכון) האם היה אביזר זה פותר את בעיית חוסר היציבות / אי שיווי משקל?</p>		פירוט:									
<p>ז. תשישות נפש – בדיקה משולבת</p> <p>i. האם המבוטח נזקק להשגחה במרבית שעות היממה בשל פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית, כגון אלצהיימר או צורות דמנטיות שונות (ימולא על ידי רופא מומחה בתחום בלבד)</p>		פירוט:									

7) במקרה של מחלת הסרטן, נא לפרט:

האם המבוטח/ת עובר/ת טיפולים:

אם כן, יש לציין את סוג הטיפול: תדירות הטיפול:

תאריך תחילת הטיפול: צפי סיום סידרת הטיפולים:

8) **מי מתגורר עם המבוטח/ת בבית:**

9) האם מוכר כסיעודי ע"י גורם מוכר? (כדוגמא ביטוח לאומי, חברת ביטוח)

האם יש עוזרת/ מטפלת זרה או מטפלת מטעם המוסד לביטוח לאומי:

מה היקף השעות השבועיות:

סעיפים 10 עד 14 למילוי ע"י רופא/ה בלבד

10) **אי שליטה בסוגרים, נא לפרט האם מתקיים אחד משני הסעיפים הבאים:**

- i. האם קיימת אי שליטה?
- ii. האם קיימת הגדרת היענות נמוכה של שלפוחית השתן וקושי בניידות? זאת במידה ומתקיימים שני הסעיפים הבאים ביחד:
- 1. האם ישנה אבחנת אורולוג או מבחן אורודינמי להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן
- 2. האם קיים קושי בניידות שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולת ניידות, ולפיכך אינו מסוגל לשלוט על סוגריו.

(במידה ומתקיים אחד משני הסעיפים, יש לפרט תאריכי אבחנה, שם והתמחות רופא מאבחן ואילו מסמכים ובדיקות עמדו לרשותך)

פירוט:

11) **בדיקה גופנית :**

	מצב כללי
	נשימתי
	ראש, פנים
	צוואר
	לב
	בטן
	גפיים
	עור

12) בדיקה ניירולוגית ואורתופדית:

	מצב הכרה
	כח גס ידיים
	טווחי תנועה ידיים
	טונוס שרירים ידיים
	כח גס רגליים
	טווחי תנועה רגליים
	טונוס שרירים רגליים
	קואורדינציה ומוטוריקה עדינה
	חזרים גידים
	בדיקת תחושה
	עצבים קרניאליים
	חזרים פתלוגיים
	מח קטן
	גב
	צוואר

פירוט נוסף:

13) בדיקה קוגניטיבית-תשישות נפש : (ימולא על ידי מומחה בתחום כגון רופא מומחה בתחום הגריאטריה או פסיכיאטריה)

פירוט:

- ככל שנקבעה תשישות נפש, על איזה רקע הפגיעה הקוגניטיבית והאם המצב זמני או קבוע?
פירוט:

דוגמה

דף סיכום בדיקה

14) **סיכום הבודק (רופא/ה או אח/ות):**
פירוט:

15) **טבלת תפקוד מסכמת ימולא ע"י (רופא/ה או אח/ות):**

ADL 0 – עצמאי 1 – אינו עצמאי	פעולה
	א. לקום משכיבה במיטה לישיבה ולקום מישיבה בכיסא לעמידה
	ב. הלבשה
	ג. רחצה
	ד. לאכול ולשתות
	ה. שליטה על הסוגרים
	ו. ניידות
	סיכום מספרי של הערכה תפקודית (יש לסכום את מספר הפעולות שהמבוטח אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו לא כולל תשישות נפש)
	ז. תשישות נפש – בדיקה משולבת

פרטי הבודק ימולא ע"י (רופא/ה או אח/ות):

שם: _____ מ.ר. _____ חתימה וחותמת הבודק: _____

שעת תחילת בדיקה: _____ שעת סיום בדיקה: _____

הראל תמסור לתובע, בתוך שלושים ימים מהמועד בו נתקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה ו/או מהמועד שבו נתקבל אצלה טופס תביעה מלא כנדרש על ידה (לפי המאוחר מבין השניים), עדכון בדבר מצב הטיפול בתביעה. עדכון כאמור יכול שיהיה בדבר תשלום התביעה באופן מלא או חלקי, הצעת פשרה בתביעה, המשך טיפול או הפסקת טיפול בתביעה, או דחיית התביעה. ■ הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

ו. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

1. אם נתקבלה החלטה על תשלום תביעה, תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב שתכלול התייחסות לנושאים הבאים או הפנייה למסמכים המתייחסים לנושאים הללו ומצורפים להודעה (כגון דוח שמאי או חוות דעת מומחה):
 - א) **לגבי תשלום חד פעמי** - עילת התשלום; פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב; גובה הנזק; סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה; פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהראל בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה, התקנון או הדין קיזוז מהתשלום; סכום ההשתתפות העצמית; פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים להראל מאת התובע; פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה; סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה; הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה; הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום שבפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור; המועד שבו היו בידי הראל כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.
 - ב) **לגבי תשלום עיתי** (לרבות קצבה) יפורט, במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בפסקה (א) - סכום התשלום הראשון; מנגנון עדכון התשלומים; המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום; משך התקופה המרבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה, התקנון או הדין; משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.
 2. אם נתקבלה החלטה על תשלום חלקי של התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב הכוללת שני חלקים כמפורט להלן:

החלק הראשון, שיפרט את מרכיביו של התשלום שאושר בהתאם למפורט לעיל;

החלק השני, שיפרט את הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהמשך.
- בכל מקרה בו נתקבלה החלטה על תשלום התביעה, לא יהיה צורך במשלוח המסמכים המפורטים בסעיף ד' לעיל, למעט העתק מערכת כללים זו.
 - בכל מקרה בו מדובר על תביעה שנדונה בבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.
 - בכל מקרה בו הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תהיה הראל פטורה ממתן הודעה לפי סעיף זה החל מאותו מועד.

ז. הודעת פשרה

1. הראל תציע לתובע הצעת פשרה סבירה למועד ההצעה.
 2. אם הוסכם על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תימסר לתובע הצעת פשרה בכתב וייתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.
 3. הצעת הפשרה הכתובה תכלול את מקרה הביטוח, הנימוקים שביסוד הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שנויים במחלוקת ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כזה.
 4. כל עוד לא אישר התובע את הודעת הפשרה, היא לא תחייב את הצדדים.
- הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו התובע מיוצג על ידי עורך דין וכן במקרה שבו נדונה התביעה בבית משפט.

ח. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

1. אם יידרש להראל זמן נוסף לשם בירור התביעה, תימסר על כך לתובע הודעה בכתב ויפורטו בה הסיבות בגינן נדרש זמן נוסף כאמור וכן המידע או המסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע לשם בירור התביעה.
 2. הודעת המשך בירור כאמור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים (למעט בתביעות לפי הפקודה, בהן תימסר הודעה כאמור לפחות כל ששה חודשים) ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת פשרה, לפי העניין, למעט במקרים הבאים:
 - אם פורט בהודעת המשך הבירור מועד עתידי להערכת הנזק, ואז אין צורך במשלוח הודעה בדבר המשך בירור עד למועד האמור, ובלבד שתישלח הודעת המשך בירור לפחות לאחר שנה;
 - אם פנה התובע לערכאות משפטיות;
 - אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע צוין כי לא תישלחנה הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

1. כל חוות דעת של מומחה שעליה תסתמך הראל לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.
 2. חוות דעת של מומחה כאמור לעיל לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.
 3. ככל שתסתמך הראל על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תימסר חוות הדעת לתובע במועד מסירת הודעה הרלוונטית בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו או בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע להראל או למומחה מטעמה לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. (ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו).
- אם מדובר בחוות דעת מומחה שהיא חסויה על פי דין, תימסר לתובע הודעה בכתב הכוללת הסבר מדוע מדובר בחוות דעת חסויה.

טו. תחלוף וזכויות כלפי צד שלישי

1. בטרם תוגש תביעה כנגד צד שלישי מכוח זכות התחלוף, תימסר על כך הודעה למבוטח בכתב זמן סביר מראש.
2. אם ניתן במסגרת תביעת תחלוף פסק דין, פסק בוררות או נחתם הסכם פשרה, יועבר למבוטח העתק מהפסק או מההסכם בתוך ארבעה עשר ימי עסקים מיום קבלת הפסק בהראל או מיום חתימת ההסכם.
3. אם התברר במסגרת בירור התביעה כי עשויה לעמוד למבוטח זכות כנגד הצד השלישי, שאותו עשויה הראל לתבוע מכוח זכות התחלוף, יצוין הדבר בפני המבוטח בכל הודעה בדבר מהלך בירור תביעה ותוצאותיו או הודעה בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות.
4. אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את הראל לייצג את המבוטח או להטיל עליה חובת ייעוץ.

טז. תביעת צד שלישי

1. בכל מקרה שבו נתקבלה בהראל פנייתו של תובע (שהוא צד שלישי) לקבלת מידע בדבר עצם קיומה של פוליסה לביטוח אחריות של אדם מסוים בעקבות מקרה מסוים, יימסר המידע בעניין זה לתובע בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד דרישתו של התובע.
 2. בכל מקרה שבו נדרשו על ידי התובע תגמולי הביטוח, תימסר הודעה למבוטח בכתב בתוך שבעה ימי עסקים מיום הדרישה כי אם לא יודיע לה על התנגדותו לתשלום הפיצוי בתוך שלושים ימים, ישולמו לצד השלישי תגמולי הביטוח שהראל חייבת למבוטח, ככל שהיא חייבת בתשלומם.
 3. הראל תפעל לבירור חבותה כלפי המבוטח בהתאם לתקופות ולמועדים הקבועים במערכת הכללים.
 4. אם מצאה הראל כי קיימת חבות כלפי המבוטח, והמבוטח לא התנגד לתשלום האמור לעיל במהלך שלושים הימים האמורים, בין אם הודיע על אי התנגדותו או על הסכמתו ובין אם לא השיב כלל להראל, ישולמו לתובע תגמולי הביטוח שהראל חבה למבוטח.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעות המוגשות לפי הפקודה.

יז. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

הראל תשיב בכתב לכל פניה בכתב של מבוטח או תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בהראל, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה.

יח. מתן העתקים

1. הראל תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה או מהתקנון, בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
2. למרות האמור לעיל, ניתן להפנות תובע שהינו צד שלישי לביטוח אחריות לנוסח הפוליסה שנמצא באתר האינטרנט.
3. הראל תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר נמסר לה על ידי התובע, או מכל מסמך אשר התקבל אצלה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

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

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
8(א)(6)	דרישה למידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים מהיום שהתברר הצורך בהם.
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים מהיום שהתקבלו כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע.
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור	כל 90 ימים מיום מסירת הודעה לפי סעיף 8(ב).
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלום.
8(יב)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים מיום קבלת הפסק דין בחברה או מיום חתימת ההסכם.
8(יג)(1)	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה	14 ימי עסקים ממועד דרישת הפוליסה.
8(יג)(2)	הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח צד שלישי	7 ימי עסקים מיום הדרישה.
8(יד)	מענה בכתב לפניית ציבור	30 ימים ממועד קבלת הפניה בכתב.
8(טו)(1)	מסירת העתקים מפוליסה או מתקנון	14 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.