

## מאזא יגבב אן אפעל?

קבל תפדום דעו, נזלב מנכ התחק מן וגוד בוליעה פו חוזתכ התי תופר לכ תעגיע רעאיע תמריציע. ימכן האסמארה בוקיל התאמין האזב בכ, ענד הדחול אל מנזקה המעלומאא השחזיעה פו מועק הארניל או מרכז חדמה הזבאנן עבר ההאאפ .03-6145555

כלמא כאן בחוזתכ תעגיע לררעאיע התמריציעה, יגבב עליכ אן תרשל הלנא אסמארה תפדום דעו בסיבב בוליעה רעאיע תמריציעה בארפאק המסנדאא המפעלה פו מ, ילי, בואדה מן הפרק האללל:

- ענאן הבריד הלכארוני: tvsiud@dikla.co.il
- רעק הפאקס: 03-7348597
- הרעק לרסאל רסאלה נעיעה: 052-3240345
- לרסאל בריד עאדי: דיקלא וקאלה תאמין מ.ז.ז., קסם דעלו רעאיע תמריציעה, אבראג באסר 2, שארע בן גוריון 1, ז.ב.ב. 903, בני בראק 5110802.

## מאזא תשכל אסמארה תפדום דעו רעאיע תמריציעה ומא הו המסנדאא התי יגבב אסףאא?

אסמארה תפדום דעו בסיבב בוליעה רעאיע תמריציעה ומלאח המפלובה מן אגל פחז האסאאק לזלכ, תשכל:

1. מלח קאזלל שחזיעה, זאראיח לתאקיד תאזלל האאאל לאחא, מעלומאא חול תאזלל האדא, מעלומאא ען המסאדה בסיבב חאלה רעאיע תמריציעה, מעלומאא ען האריח התפי.
2. אסאבאן תפום הזין ז'פעל זעק הזופי/ המרפי.
3. אסמארה תנארל ען הרעיה – חתי נאמכן מן העל נבאה ענכ לראדאר מסנדאא תפיה ומסנדאא אכרי, יגבב עליכ התופע על אסמארה עןל תנארל ען הרעיה במא פו זלכ תוויח התופע הזי ז'קד על אן התופע האזב בכ. לפד תמ באה הזה האסמארה ומאדאקה עליה מן קבל גמיע ההינא, בחיח אן תעבאיה גז'יה סיודי אל מדיד מדה מעאנאיה, ואל תלב מן גהא באעה תעבה האסמארה באשכל הזחיה. יגבב אאע התעלמאא פו האסמארה זאאיה.
4. תאזלל שחזי לתואל – ימכן תעיין אכר מן שחזי ואד. אנה באן השחזי המעין לתואל לביס וכילה או ז'בא מן הנאחיה קאזלל וי'סאד מן כענאן אסףא לתואל מע השחזי המון וללחזול על מעלומאא בזכזכ דעו קפז. השחזי המון המעני באן יקום השחזי המעין לתואל באעל נבאה ענה, יגבב אן יחול תוכילה מועא או אמר'א תעיין ז'סי מן קבל המחמה. פו חאל תמ תעיין ז'סי או פו חאל וגוד תוכיל ענלי, יגבב ארפאקה.
5. באאסףא אל זלכ, יגבב עליכ אן תרפק אל אסמאראא דעו, נסכה ען שיק מלעי או מאדקה על אדארה חסאב מרפרי על אסם השחזי המון או שחזי מן גהא מן אגל תנפיז תחזיל מרפרי למחזאאאא התאמין פו חאל כנא מסאקה לזלכ.

מן אגל תחסין התעמל בדעוה, אדא כאן בחוזתכ מסנדאא תפיה, ארא אפאא אכאננין, מסנדאא תחריר מן המסאיה, נאנאח פחזאא במא פו זלכ ראי תפיה אכאנני מאלכ בוליה / אכאנני אמראא המסאיה ופקה השרג / אכאנני גהא הזחז פו חאל וגוד תשחזי עדם המקדה על הסיברה, תשחזאא ומאדאאא תשיר אל זעק הזופי ו/ או האדאקי, באמאנכ תחזיל הזה המסנדאא הלנא.

## מאזא סיחזל פו מ'עד?

פו חאל וגוד חנלנה ותגפיר פו זעק דעו, סירשל אליכ בלאג בהזא הזכזכ. כמא ימכן הנאד מן וזול המסנדאא ען תריק מ'גבב מ'חזב עבר ההאאפ 1-700-702-870, ימ תפדום החדמה 24 סאהה עבד ארסאל הזה האסמארה ען תריק הבריד הלכארוני או עבר הפאקס.

## אדא כאן כל ש'ע ואזח'א וסלילה

ענד וזול מסנדאא דעו, סופ נזדאר רסאלה מפעלה ען המסנדאא התי וזלל, וסימ חזול על רעק דעו מן אגל מאבעה מעמלאא דעו.

## אדא ז'לבת איה תוזלחאא או פחז מעין מן גהא

פו מעזמ החאלאא סנזלב מנכ אן ימ פחז מן קבל תפיה או מרזעה או אכאנני פו המגל, מן גהא, סימ תסיק הפחז מעק או מע השחזי המעין לתואל הזי זכרעה פו אסמארה דעו מסבא ובחזב ופק. לעמכ, באמאנכ ארפאק שחזי אסףא מן גהא ליתואד מעק אאיה הפחז. זרעב פו התאקיד על אנה עבד תפדום המסנדאא הזכורה אעלה, קד תזלב השרקה מסנדאא תפיה אסףאיה או גפיה, בחזב הזרורה. סימ ארסאל בלאג חז'י לכ.

## اتخاذ قرار في الدعوى

بعد الحصول على نتائج الفحص وجميع المستندات التي طلبت منك حتى تتمكن من اتخاذ قرار باستيفائك شروط الاستحقاق للحصول على مخصصات التأمين وفقاً لشروط البوليصة، سنقوم بإبلاغ خطياً بموقفنا.

### انتبه

- تقديم استمارة الدعوى لا يُعد سبباً لتمديد فترة التقادم المُحددة بموجب القانون.
- لعلكم، شروط البوليصة التي تُحدد موضوع الاستحقاق وحجم مخصصات التأمين هي شروط البوليصة في الموعد الذي حدثت فيه حالة التأمين.
- سياسة الخصوصية الخاصة بمجموعة هارنيل متوفرة لك عبر موقع الشركة على الإنترنت.

باحترام،

قسم دعاوى الرعاية التمريضية  
ديكلا وكالة تأمين م.ض.  
هارنيل شركة تأمين

דיקלא וקאלה תאמין מ.צ., قسم دعوى رعاية ترميضية، أبراج باسر 2، شارع بن غوريون 1، ص.ب. 903، בני براك 5110802.  
رقم الرسالة النصية 052-3240345 (SMS)، رقم الفاكس: 03-7348597، عنوان البريد الإلكتروني: tvsiud@dikla.co.il

### المؤمن العزيز،

من أجل مساعدتنا في الاهتمام بدعوتك وتزويدك بخدمة فعّالة وسريعة، نشكرك إذا قمت بتعبئة التفاصيل في هذه الاستمارة. إذا كان الشخص المؤمن قاصراً، سيقوم أحد والديه بتعبئة الاستمارة، لكن يجب توقيع كلا الوالدين. هذه الاستمارة لا تُشكل اعترافاً باستحقاق الشخص المؤمن بأي مبلغ.

مُجيب مُحوسب 24 ساعة في اليوم لفحص الحصول على المستندات: 1-700-702-870، يتم تقديم الخدمة 24 ساعة بعد إرسال هذه الاستمارة عن طريق البريد الإلكتروني وعبر الفاكس.

### أ تفاصيل شخصية

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الهوية	تاريخ الميلاد
هاتف البيت	الهاتف النقال	عنوان البريد الإلكتروني – انتبه، من أجل الحصول على تحديثات عبر البريد الإلكتروني يجب عليك تسجيل رقم الهاتف النقال من أجل الحصول على كلمة مرور @.....	
بإمكانك اختيار طريقة إرسال الرسائل بخصوص مسار الدعوى (في حالة تعيين شخص للتواصل في الدعوى، سيتم إرسال الرسائل وفقاً للاختيار في البند ب): <input type="checkbox"/> بريد إسرائيل <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني			
التفاصيل الشخصية المذكورة أعلاه، هي التفاصيل الصحيحة والمُحتلنة وتحل مكان أي حثلنة سابقة. أنا أؤكد على حثلنة وتحديث تفاصيلي الشخصية في كل مُنتجات التأمين والتوفير للمدى الطويل الخاصة بي في مجموعة هارنيل، واستخدامها مستقبلاً في إطار هذه المُنتجات. <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> غير موافق مُرفق بهذا نسخة عن الهوية التي تشمل تفاصيل عنواني المُحتلن. للمعلومية – في حال لم أوافق على حثلنة التفاصيل / أو لم أرفق نسخة عن الهوية، ستستخدم هارنيل التفاصيل المذكورة أعلاه فقط فيما يتعلق بالدعوى الحالية. لعلمك، من أجل تحسين الخدمة المُقدمة لك من قِبل "هارنيل"، فإن المعلومات، الرسائل البريدية والمستندات التي سيتم إرسالها إليك من قِبل شركة "هارنيل"، ستظهر أيضاً في إطار "المنطقة الشخصية" الخاصة بك على موقع الشركة.			

### ب تفاصيل الشخص المُعين للتواصل

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الهوية	القربة للشخص المؤمن
هاتف البيت	الهاتف النقال	عنوان البريد الإلكتروني – انتبه، من أجل الحصول على تحديثات عبر البريد الإلكتروني يجب عليك تسجيل رقم الهاتف النقال من أجل الحصول على كلمة مرور @.....	
الشارع	رقم البيت	الحي	البلدة
بإمكانك اختيار طريقة إرسال الرسائل بخصوص مسار الدعوى: <input type="checkbox"/> بريد إسرائيل <input type="checkbox"/> البريد الإلكتروني			
لعلمك، الشخص المُعين للتواصل هو ليس وكيلاً أو وصياً من الناحية القانونية ويخدم كعنوان آخر للاتصال بالشخص المؤمن وللحصول على المعلومات المتعلقة بالدعوى، بما في ذلك تفاصيل البوليصة التي أنا مؤمن فيها في هارنيل. المؤمن المعني أن يتم استخدام الشخص المعين للتواصل كوكيل، يجب عليه أن يقوم بتحويل توكيل موقع أو أمر تعيين وصي.			

### ج تعيين الوكيل للتعامل مع الدعوى

أنا أصادق بهذا لوكيل تأميني البوليصة، السيدة/..... أن يهتم نيابة عني وباسمي بكل ما يتعلق بهذه الدعوى، بما في ذلك أن يقدم لـ "هارنيل" وأن يحصل من "هارنيل" نيابة عني وباسمي على جميع المراسلات و/ أو المستندات المتعلقة بالدعوى، بما في ذلك تفصيل البوليصات التي أنا مؤمن بها في هارنيل، والتي هي ليست بالضرورة بوليصات يكون فيها وكيل التأمين الذي أنا أوكله بموافقتي هذه، هو الوكيل الذي يهتم ويستخدم كمرسالي في كل أمر يتعلق بهذه الدعوى.

تاريخ: ..... الاسم + اسم العائلة: ..... توقيع الشخص المؤمن: .....

لعلمك، نسخ عن المراسلات و/ أو المستندات المتعلقة بهذه الدعوى، بما في ذلك تفصيل البوليصات التي أنت مؤمن فيها (والتي هي ليست بالضرورة بوليصات، وكيل التأمين الذي أنت توكله بموافقتك هذه، هو الوكيل الذي يهتم بها)، سيتم تحويلها في كل حالة إلى وكيل التأمين الخاص بك في البوليصة.

### د الموافقة على استخدام البريد الإلكتروني

أنا أوافق على أنه في أي مكان وبموجب القانون و / أو البوليصات الخاصة بي الموجودة لدى مجموعة هارنيل، إذا طلب من الشركة، أو أحد من جهتها، أن تحوّل للمؤمن معلومات و / أو مستند خطي، ستكون للشركة أو لمن من جهتها إمكانية تحويل المعلومات و / أو المستند الي عبر البريد الإلكتروني إلى عنوان البريد الذي سجلته في هذه الاستمارة، بدلا من البريد العادي، حتى إذا كان يشمل "معلومات حساسة" كما هي معرّفة في قانون حماية الخصوصية. لذلك، إمكانية فتح البريد الإلكتروني ستكون متاحة لي فقط وذلك بواسطة كلمة سر خاصة بي.

تاريخ ..... الاسم + اسم العائلة ..... رقم الهوية ..... التوقيع .....

## 5 مكان السكن

<input type="checkbox"/> بيت <input type="checkbox"/> سكن محمي / دار لرعاية المسنين <input type="checkbox"/> مؤسسة لرعاية تمريضية / للشيخوخة				
شارع	رقم البيت	البلدة	الرمز البريدي	ص.ب.
اسم المؤسسة/ دار رعاية المسنين / سكن محمي	القسم	تاريخ الدخول		

דיקלא وكالة تأمين م.ض.، قسم دعاوی رعاية تمريضية، أبراج باسر 2، شارع بن غوريون 1، ص.ب. 903، בני براك 5110802.  
رقم الرسالة النصية 052-3240345 (SMS)، رقم الفاكس: 03-7348597، عنوان البريد الإلكتروني: tvsiud@dikla.co.il

اسم الشخص المؤمن: .....

رقم الهوية: .....

**و** تفاصيل الحادث – تسلسل مفصل للمرض مع ذكر تواريخ العلاج / المكوث في المستشفى  
بإمكانك إرفاق مستندات إضافية بما في ذلك موافقات من هيئات مؤسساتية أخرى مثل التأمين الوطني

.....  
.....  
.....  
.....

**ز** نطلب منك ذكر أسماء أطباء العائلة والأطباء الأخصائيين الذين يعالجونك اليوم وفي الماضي

اسم الطبيب المعالج	الفرع	اسم صندوق المرضى
اسم الطبيب	مجال التخصص	اسم العيادة
اسم الطبيب	مجال التخصص	اسم العيادة
اسم الطبيب	مجال التخصص	اسم العيادة

**ح** إذا تم علاجك/ متابعتك في عيادة ذاكرة، أذكر بالتفصيل أسماء الأطباء واسم المؤسسة/ العيادة

اسم الطبيب	اسم العيادة
اسم الطبيب	اسم العيادة

**ط** ذكر أسماء المستشفيات، أقسام وعيادات المستشفيات التي حصلت فيها على علاج

المستشفى	القسم / العيادة	تواريخ المكوث في المستشفى
المستشفى	القسم / العيادة	تواريخ المكوث في المستشفى
المستشفى	القسم / العيادة	تواريخ المكوث في المستشفى

**ي** قائمة حضانات، مدارس، مؤسسات، عيادات، فروع تطور وصحة الطفل التي يوجد للمؤمن سجل فيها

.....  
.....  
.....

نود تذكيرك، من أجل تحسين التعامل بدعوتك، إذا كان بحوزتك مستندات طبية، رأي طبيب أخصائي بما في ذلك طبيب أخصائي مسالك بولية / أخصائي أمراض المستقيم وفتحة الشرج / أخصائي جهاز الهضم، مستندات تحرير من المستشفى، نتائج فحوصات، تشخيصات ومصادقات تشير إلى وضعك الوظيفي أو الإدراكي، بإمكانك تحويل هذه المستندات إلينا.

بوليصة رعاية ترميضية موشلام لأعضاء صندوق المرضى كلاليت  
هذه الاستمارة معدة للنساء وللرجال على حدٍ سواء.  
احرص على تعبئة هذه الاستمارة بشكل دقيق وكامل.

ديكلا وكالة تأمين م.ض.، قسم دعاوى رعاية ترميضية، أبراج باسر 2، شارع بن غوريون 1، ص.ب. 903، بني براك 5110802.  
رقم الرسالة النصية (SMS) 052-3240345، رقم الفاكس: 03-7348597، عنوان البريد الإلكتروني: tvsiud@dikla.co.il

اسم الشخص المؤمن: .....

رقم الهوية: .....

**ي . إذا تمت المصادقة على دعوتك، نطلب منك تسجيل تفاصيل الحساب لإجراء تحويل مصرفي**  
يجب إرفاق صورة عن شيك ملغي، أو مصادقة على إدارة حساب مصرفي على اسم الشخص المؤمن

البنك: .....	اسم الفرع: .....	رقم الفرع: .....	رقم الحساب: .....
الدفع في دعوى قاصر: نحن الموقعون أدناه، أهل القاصر نطلب تحويل مخصصات التأمين عن دعوى رقم .....			
إلى حساب البنك المشترك الذي باسمنا ..... أو بدلا من ذلك إلى حساب الأم أو الأب الذي يحمل الرقم .....			
على اسم ..... (يجب إرفاق نسخة عن هوية كلا الوالدين).			
الاب (يجب إرفاق نسخة عن هوية كلا الوالدين).			
بتوقيعنا على هذا المستند، نحن نوافق على أنه عند الحصول على مخصصات التأمين كما هو مطلوب أعلاه، لن تكون لنا و/ أو لأي شخص من جهتنا أي دعوة و/ أو ادعاء من أي نوع كان تجاه هارنيل شركة للتأمين م.ض. و/ أو من من جهتها بخصوص تنفيذ الدفع مقابل هذه الدعوى.			
اسم الوالد	رقم الهوية	التوقيع :	.....
اسم الوالدة	رقم الهوية	التوقيع :	.....
في حالة الدفع لمرة واحدة لمزود خدمة معترف به، وفي حالات دفعات دورية بمبلغ يزيد عن 5,000 شيكل – بإمكانك التوجه إلينا والطلب بأن يتم الدفع مباشرة لمزود الخدمة كما هو مذكور أعلاه.			
انتبه! يمكن أيضا تقديم دعوى ضد التأمين المكمل التابع لصندوق المرضى و/ أو شركة تأمين أخرى. في هذه الحالة، في هذه الدعوى سيتم إرجاع الفرق بين مبلغ الاسترداد في التأمين المكمل التابع لصندوق المرضى و/ أو شركة تأمين أخرى، حتى قيمة المبلغ الذي تغطيه البوليصه. لا يمكن تقديم دعوى والمطالبة باسترداد نفس المبالغ من مصادر مختلفة (مثل شركات تأمين أخرى أو صناديق المرضى) ، ويتلقى الحصول على مبالغ مستردة مزدوجة هي ضد أحكام القانون وأحكام بوليصة التأمين.			
أنا أتعهد بهذا أن أبلغ هارنيل شركة للتأمين م.ض. بخصوص كل مبلغ مخصصات، الذي سأحصل عليه من أي مصدر آخر مقابل هذه الإيصال، وأنا أصادق لشركة هارنيل شركة للتأمين م.ض. بإجراء أي فحص بخصوص استحقاقى لاسترداد / تعويض مقابل هذه الإيصال.			
إذا لم يتم إرفاق إيصال أصلي لاستمارة الدعوى، يرجى الإجابة على الأسئلة التالية :			
هل تم تقديم الإيصالات الأصلية إلى جهة أخرى من أجل الحصول على استرداد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا أجبت بنعم، يرجى تحويل مصادقة الجهة التي تم تقديم الإيصالات إليها بخصوص مبلغ الاسترداد الذي أعطي من قبلها.			
هل تنوي إرسال الإيصالات إلى جهة أخرى من أجل الحصول على استرداد؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا أجبت بنعم، يجب عليك حثنة هارنيل والجهة الأخرى حتى لا يتم دفع استرداد مزدوجة.			

**موافقة على استعمال المعلومات والحصول على إعلانات**

أنا موافق، أكثر من المعهود بموجب القانون أو الاتفاق، بأن المعلومات المشمولة في هذا المستند، وكل المعلومات الإضافية عني، الموجودة أو التي ستكون موجودة لدى شركات أخرى من مجموعة هارنيل (هارنيل استثمار بالتأمين وخدمات مالية م.ض. وشركات فرعية و/ أو شركات تابعة لها) ستستعمل من قبل الشركات في مجموعة هارنيل و/ أو من جهتها، كذلك بالنسبة بكل ما يتعلق ببقية منتجات وخدمات الشركات في مجموعة هارنيل (في مجال التأمين، التوفير للمدى الطويل والتوفير المالي) وبتسويقها، بما في ذلك السماح لشركات كما هو مذكور أعلاه، بتبليغي عن منتجات وخدمات، عرض عروض تسويقية ملائمة لي شخصيا وإرسال إعلانات (إن كان ذلك عبر الفاكس، البريد الإلكتروني، منظومة اتصال أوتوماتيكية أو رسائل نصية (SMS))، وكذلك من أجل معالجة دعاوى، تحرير المعلومات وحفظها، وكذلك لاستعمالات إضافية مرافقة للاستعمالات المذكورة أعلاه وضرورية لإكمالها، حتى إن كان ذلك من خلال تحويل المعلومات إلى أطراف ثالثة التي تعمل تحت اسم مجموعة هارنيل أو من قبلها.

التاريخ: .....

توقيع المؤمن: .....

بإمكان في أي وقت في المستقبل، التبليغ عن رفضك الحصول على عروض تسويقية وإعلانات كما هو مذكور أعلاه، بواسطة "استمارة رفض الحصول على إعلانات"، الموجودة تحت خدمتك في موقع الشركة على العنوان [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il) أو بواسطة توجه خطي إلى العنوان: بيت هارنيل، قسم دعاوى صحية وخارج البلاد، أبا هيلل 3، ص.ب. 1951، رمات غان 5211802، أو بواسطة توجه هاتفي إلى الرقم 03-7547777.

**بند التقادم****ي.ج**

بموجب أحكام قانون عقد التأمين والبوليصة الموجودة بحوزتك، فإن فترة التقادم لتقديم دعوى هي فترة ثلاث سنوات التي تبدأ من تاريخ وقوع حادثة التأمين. (لتجنب الشك، إذا كانت حادثة التأمين من نوع متجدد، سيبدأ تعداد فترة الثلاث سنوات على أساس يومي وطالما حادثة التأمين تحدث في ذلك اليوم). بشكل عام، تقديم الدعوى للشركة لا يوقف سباق التقادم فقط لتقديم دعوى إلى المحكمة هو الذي يوقف سباق التقادم. في حال كان الأمر يتعلق بدعوى قاصر، حساب فترة التقادم لا يُحتسب في حساب الوقت الذي لم يبلغ فيه المدعى بعد ثمانية عشر عامًا.

**تصريح الشخص المؤمن و/ أو وكيله****ي.د**

أن الموقع أدناه أصرح بهذا بأن جميع الإجابات أعلاه وفيما يلي صحيحة وكاملة، وأنا أوافق على إعطاء معلومات من أي نوع للشخص المعين للتواصل، المذكور أعلاه.

.....  
التوقيع.....  
الاسم واسم العائلة.....  
التاريخ

## استبيان تقييم أدائي وظيفي

هذه الاستمارة معدة للنساء وللرجال على حد سواء.  
احرص على تعبئة هذه الاستمارة بشكل دقيق وكامل.

דיקלה וקאלה תאמין מ.צ.ז., קסם דעאוי רעאיע תמריציעה, אבראג באסר 2, שארע בן גוריון 1, צ.ב.ב. 903, בני בראק 5110802.  
رقم الرسالة النصية 052-3240345 (SMS), رقم الفاكس: 03-7348597, عنوان البريد الإلكتروني: tviud@dikla.co.il.

اسم الشخص المؤمن: .....  
رقم الهوية: .....

يجب في هذا البند تعبئة الوضع الأدائي الوظيفي للشخص المؤمن وفقاً لتعريف الفعاليات الموجودة في البوليصا – إذا كانت الفعالية مكونة من فعالية ثانوية، عدم مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ إحدى الفعاليات الثانوية بشكل مستقل، يُشار إلى الفعالية كأنه لا يستطيع تنفيذ الفعالية بأكملها.

<p><input type="checkbox"/> يستطيع القيام بهذا بقواه الذاتية</p> <p><input type="checkbox"/> لا يستطيع القيام بهذا بقواه الذاتية</p>	<p><b>أ. القيام من وضعية استلقاء في السرير إلى جلوس، والقيام من وضعية جلوس على كرسي إلى وقوف</b></p> <p>هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية من وضعية استلقاء إلى وضعية جلوس في السرير (هذا يشمل الاستعانة بوسائل مساعدة)؟</p> <p>هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية عن كرسي أو من سرير من وضعية جلوس إلى وقوف (هذا يشمل الاستعانة بوسائل مساعدة)؟</p> <p>وصف العجز (القيّد): .....</p>
<p><input type="checkbox"/> يستطيع القيام بهذا بقواه الذاتية</p> <p><input type="checkbox"/> لا يستطيع القيام بهذا بقواه الذاتية</p>	<p><b>ب. ارتداء الملابس</b></p> <p>هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بارتداء وأيضا خلع ملابسه عن الجزء العلوي من جسمه؟</p> <p>هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بارتداء وأيضا خلع ملابسه عن الجزء السفلي من جسمه؟</p> <p>وصف العجز (القيّد): .....</p>
<p><input type="checkbox"/> يستطيع القيام بهذا بقواه الذاتية</p> <p><input type="checkbox"/> لا يستطيع القيام بهذا بقواه الذاتية</p>	<p><b>ج. الاستحمام</b></p> <p>هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بالدخول والخروج من حوض الاستحمام أو من الدش؟</p> <p>هل يستطيع الشخص المؤمن الاستحمام بقواه الذاتية في حوض الاستحمام أو الدش، وقوفاً أو جالساً على كرسي مخصص للاستحمام؟</p> <p>وصف العجز (القيّد): .....</p>
<p><input type="checkbox"/> يستطيع القيام بهذا بقواه الذاتية</p> <p><input type="checkbox"/> لا يستطيع القيام بهذا بقواه الذاتية</p>	<p><b>د. تناول الطعام</b></p> <p>هل يستطيع الشخص المؤمن تناول الطعام والشرب بقواه الذاتية، وهذا يشمل الشرب وعدم تناول الطعام بواسطة قشة، بعد أن تم إعداد الطعام وتقديمه للشخص المؤمن؟</p> <p>وصف العجز (القيّد): .....</p>
<p>التيبول:</p> <p><input type="checkbox"/> متحكّم</p> <p><input type="checkbox"/> غير متحكّم</p> <p>عمل الأمعاء:</p> <p><input type="checkbox"/> متحكّم</p> <p><input type="checkbox"/> غير متحكّم</p>	<p><b>ه. التحكم بالعضلة العاصرة</b></p> <p>هل يوجد تشخيص من طبيب أخصائي مسالك بولية / أخصائي أمراض المستقيم وفتحة الشرج / أخصائي جهاز الهضم أو فحوصات أجريت لك؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيمكنك إرفاق هذه المستندات.</p> <p>هل تستعمل بصورة دائمة الفغرة (stoma)، قسطرة للمثانة، حفاضات أو أي وسائل ممتصة أخرى</p> <p>هل يوجد تشخيص لاستجابة المثانة بصورة منخفضة، والتي يتم التعبير عنها على سبيل المثال، في الإلحاح أو تكرار التبول وبسبب صعوبة في التنقل، وهي صعوبة لا تتعدى عدم القدرة على تنفيذ جزء أساسي وقواه الذاتية، من عملية التنقل، فهو بالتالي غير قادر على التحكم بالعضلة العاصرة؟ إذا كانت الإجابة نعم، فيمكنك إرفاق هذه المستندات.</p> <p>وصف العجز (القيّد): .....</p>
<p><input type="checkbox"/> يستطيع القيام بهذا بقواه الذاتية</p> <p><input type="checkbox"/> لا يستطيع القيام بهذا بقواه الذاتية</p>	<p><b>و. التنقل</b></p> <p>هل يستطيع الشخص المؤمن التنقل بقواه الذاتية، وهذا يشمل وسيلة مساعدة مثل عصا للمشي أو جهاز تنقل (هليكوب) .</p> <p>هل يعاني الشخص المؤمن من عدم التوازن أو يعاني من عدم ثبات الذي يتسبب في حالات وقوع متكررة تضعف قدرته المستقلة على الانتقال من مكان إلى آخر؟ إذا كانت الإجابة نعم، وإذا كان لديك توثيق طبي أو آخر عن حالات الوقوع، بإمكانك إرفاق هذه المستندات.</p> <p>وصف العجز (القيّد): .....</p>



<p><input type="checkbox"/> ينطبق عليه تعريف إعياء نفسي</p> <p><input type="checkbox"/> لا ينطبق عليه تعريف إعياء نفسي</p>	<p><b>ز. الإعياء النفسي (الخرف)</b></p> <p>■ هل يحتاج الشخص المؤمن إلى مراقبة طويلة ساعات اليوم بسبب إصابة في الفعالية الإدراكية المعرفية لديه، مثل الزهايمر أو أشكال مختلفة من الخرف.</p> <p>■ هل تنطبق على الشخص المؤمن حالة إعياء نفسي التي تمّ تحديدها من قبل طبيب مختص في هذا المجال؛ لهذا الغرض – "إعياء نفسي" – إصابة في الفعالية الإدراكية المعرفية لدى الشخص المؤمن وانخفاض في قدرته الذهنية، التي تشمل خلل في الفطنة والقدرة على الحكم، تراجع في الذاكرة للمدى الطويل و/ أو القصير وانعدام القدرة على التواجد في المكان والزمان الأمر الذي يتطلب مراقبة غالبية ساعات اليوم بحسب ما يحدده طبيب أخصائي في هذا المجال، والسبب لذلك هو حالة صحية مثل: الزهايمر، أو أشكال مختلفة من الخرف. إذا كانت الإجابة نعم، فبإمكانك إرفاق هذه المستندات.</p> <p>وصف العجز (القيّد): .....</p>
--	--

نود تذكيرك، من أجل تحسين التعامل بدعوتك، إذا كان بحوزتك مستندات طبيّة، رأي طبيب أخصائي بما في ذلك طبيب أخصائي مسالك بوليّة / أخصائي أمراض المستقيم وفتحة الشرج / أخصائي جهاز الهضم، مستندات تحرير من المستشفى، نتائج فحوصات، تشخيصات ومُصادقات تشير إلى وضعك الوظيفي أو الإدراكي، بإمكانك تحويل هذه المستندات إلينا.

דיקלא וקאלה תאמין מ.צ., قسم دعاوى رعاية تمريضية، أبراج باسر 2، شارع بن غوريون 1، ص.ب. 903، בני براك 5110802.  
رقم الرسالة النصية 052-3240345 (SMS)، رقم الفاكس: 03-7348597، عنوان البريد الإلكتروني: tvsiud@dikla.co.il

■ **مُجيب مُحوسب 24 ساعة في اليوم لفحص الحصول على المستندات: 1-700-702-870**، يتم تقديم الخدمة 24 ساعة بعد إرسال هذه الاستمارة عن طريق البريد الإلكتروني أو برسالة نصية أو عبر الفاكس.

اسم الشخص المؤمن: .....  
رقم الهوية: .....

**أ. تفاصيل الشخص المؤمن**

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الهوية	اسم الأب
الشارع	الرقم	البلدة	الرمز البريدي
رقم الهاتف			

أنا الموقع أدناه (في حالة شخص قاصر، يتم تسجيل تفاصيله)، أعطي بهذا الإذن لكل موظف طبيّ و/ أو لمؤسسة طبيّة (بما في ذلك صندوق مرضى) و/ أو لمعهد مور و/ أو لمعهد الطبيّ للأمان على الطرق و/ أو الجمعية لصحة لجمهور و/ أو لكل موظف في التأمين الوطني و/ أو لكل موظف في مجال العمل الاجتماعي و/ أو لرعاية التمريضية و/ أو لخدمات السجون و/ أو لسلطات جيش الدفاع و/ أو لوزارة الأمن (بكل فروعها المختلفة، لجان طبيّة و/ أو صندوق تأمين)، و/ أو لمركز الصحة النفسية، و/ أو لمستشفى الصحة النفسية، و/ أو لعيادات الصحة النفسية، و/ أو لجمعية الخدمات لصحة الجمهور – رعاية تمريضية، و/ أو لوزارة التربية، و/ أو لوزارة الداخلية، و/ أو لوزارة الرفاه الاجتماعي، و/ أو لدائرة السكان، و/ أو لخدمات التوظيف، و/ أو لخدمة العلاج النفسي و/ أو لمعهد وراثي و/ أو لمعهد خصوبة و/ أو لدائرة الضرائب في إسرائيل و/ أو لكل شخص آخر (فيما يلي – "مقدمي الخدمات")، بإعطاء وتسليم هارنيل شركة التأمين م.צ. و/ أو كل من ينوب عنها ..... (فيما يلي "طالب المعلومات") جميع المستندات والتفاصيل الموجودة بحوزتهم أو لدى من ينوب عنهم، بدون استثناء، وبالشكل المطلوب من قبل "طالب المعلومات" (خطياً أو شفهيًا)، والتي تتطرق إلى حالتي الصحية و/ أو الطبية النفسية، و/ أو النفسية، و/ أو الاجتماعية، و/ أو حالتي من الناحية التمريضية، و/ أو التأهيلية، و/ أو بخصوص تحصيلي في التعليم، و/ أو بخصوص كل مرض أصبت به في الماضي أو أعاني منه حالياً، بما في ذلك HIV، و/ أو بطاقة مركز تطور وصحة الطفل، وهذا يشمل علاجات، فحوصات وتشخيصات. كما وأعطي الإذن لكل واحدة من شركات التأمين وكذلك لـ "הפול" – قاعدة بيانات تأمينات السيارة الإلزامي م.צ. – بإعطاء وتسليم مادة و/ أو معلومات التي تتطرق إلى تأمينات ودعاوى من أي نوع و/ أو لحوادث سابقة و/ أو متأخرة مررت بها وهذا يشمل وضع الدعوى، مبلغ التعويض وموعده، وكذلك أي معلومات بخصوص حالتي الطبيّة.

أنا أعتقك و/ أو أعتق كل طبيب من أطبائكم و/ أو كل موظف من موظفيكم و/ أو كل مؤسسة من مؤسساتكم وهذا يشمل مستشفيات عامة و/ أو نفسية و/ أو تأهيلية وكل فرع من فروع مؤسساتكم و/ أو كل قسم من وزارة التربية و/ أو خدمة العلاج النفسي و/ أو وزارة الصحة، من الالتزام بالمحافظة على السرية الطبيّة بكل ما يتعلق في وضعي الصحيّ و/ أو التأهيلي و/ أو الاجتماعي و/ أو التمريضي و/ أو النفسي و/ أو تحصيلي في التعليم، وأسمح لكم بهذا إعطاء أية معلومات من كل ملف فتح باسمي لدى مقدمي الخدمات المذكورين أعلاه، بما في ذلك مؤسسة التأمين الوطني، وهذا يشمل معلومات أو مستند بخصوص الدفقات التي دفعتها مؤسسة التأمين الوطني وتدفعها لي. أنا أتنازل عن هذه السرية تجاه "طالب المعلومات" و/ أو من ينوب عنهم ولن يكون لي ضدكم و/ أو ضد من ينوب عنكم أي ادعاء أو دعوى من أي نوع فيما يتعلق بتسليم معلومات كما هو مذكور أعلاه.

ينطبق هذا التنازل أيضاً على كل قائمة الأطباء الذين قدموا لي العلاج، والموجودة في قاعدة بيانات جميع المؤسسات المذكورة أعلاه.

بالإضافة إلى ذلك، أنا أوافق بهذا لهارنيل شركة للتأمين م.צ. و/ أو من ينوب عنها، بتحويل معلومات طبيّة بخصوصي لكل واحدة من شركات التأمين الموجودة وللمستشار التأميني في مجموعة التأمين (إن كان موجوداً).

طالبي هذا صالح أيضاً بموجب قانون حماية الخصوصية -1981، وهو يتطرق لأي معلومات طبيّة أو معلومات أخرى موجودة في قواعد بيانات جميع المؤسسات، بما في ذلك صناديق المرضى و/ أو أطبائهم و/ أو موظفيهم و/ أو أي شخص بالنيابة عنهم و/ أو مقدمي الخدمات الذين ستظهر تفاصيلهم فيما يلي.

**ب. تفاصيل إضافية**

اسم صندوق المرضى	الفرع	رقم العضوية	اسم المؤسسة
اسم صندوق المرضى السابق	الرقم الشخصي في جيش الدفاع الإسرائيلي		

**ج. أسماء مقدمي الخدمات بما في ذلك، أطباء، مراكز، مختبرات، مدارس، حضانات**

1. ....	5. ....
2. ....	6. ....
3. ....	7. ....

..... 4.	..... 8.
----------	----------

.....	.....	د. توقيع الشخص المؤمن
.....	.....	الاسم الشخصي + اسم العائلة
.....	.....	توقيع الشخص المؤمن

.....	.....	هـ. في حالة شخص خاضع لحماية (في حالة قاصر/ شخص خاضع لحماية، يجب إرفاق أمر تعيين وصي ونسخة عن هوية الوصي)
.....	.....	بالإضافة للمذكور أعلاه، نحن نصرّح بأنّ جمع المواد قد تمّ لمصلحة الشخص الخاضع للحماية:
.....	.....	اسم الأهل/ الوصي * ..... رقم الهوية: ..... التوقيع: .....
.....	.....	اسم الأهل/ الوصي * ..... رقم الهوية: ..... التوقيع: .....

\* في حالة قاصر/ شخص خاضع لحماية يجب أن يقوموا جميع الأوصياء بحسب القانون، بذكر أسمائهم والتوقيع على المستند، وفي حالة وجود أمر تعيين وصي – يجب إرفاقه.

.....	.....	و. توقيع شاهد موثوق **
.....	.....	تاريخ تعبئة الاستمارة
.....	.....	اسم الشاهد على التوقيع
.....	.....	رقم هوية الشاهد على التوقيع
.....	.....	اسم شاهد موثوق على التوقيع + ختم مع رقم الرخصة

\*\* شاهد موثوق – طبيب / ممرضة / محام / عامل اجتماعي / وكيل تأمين (يجب إرفاق نسخة عن شهادة وكيل التأمين).

## ما هو الوضع التمريضي الذي يمنح الاستحقاق في الحصول على مُخصّصات رعاية ترميضية؟

وفقاً للحد الأدنى المنصوص عليه في منشور الإشراف 5-1-2013، وخاضعاً لأحكام منشور الإشراف رقم 9-9-2016 (الذي ينطبق على هذا الأمر اعتباراً من 1-9-2016)، سيتم تعريف حادث التأمين وفقاً للمعايير الدنيا التالية:

أ. محدودية (إعاقة) وظيفية – حالة الشخص المؤمن الصحّة وأدائه الوظيفي منخفضين نتيجة مرض، حادث أو خلل صحي، الذي بسببه هو غير قادر على القيام بجزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) بقواه الذاتية، على الأقل عدد معين المحدد في البوليصا من الفعاليات التالية:

1. **القيام والاستلقاء** - قدرة مستقلة للشخص المؤمن بالانتقال من وضعية استلقاء إلى وضعية جلوس والقيام من كرسي، بما في ذلك كرسي متحرك أو سرير.
2. **ارتداء وخلع الملابس**، - قدرة مستقلة لدى الشخص المؤمن بارتداء قطع لباس من كل نوع وخلعها، بما في ذلك ربط أو وضع حزام طبيّ أو طرف اصطناعيّ.
3. **الاستحمام** – قدرة مستقلة لدى الشخص المؤمن بالاستحمام في حوض الاستحمام، أو تحت الدش أو بأي طريقة أخرى مقبولة، بما في ذلك الدخول إلى حوض الاستحمام أو إلى الدش والخروج منهما.
4. **الأكل والشرب** - قدرة مستقلة لدى الشخص المؤمن بإطعام نفسه بكل طريقة أو وسيلة باستثناء الأكل بواسطة قش، وبما في الشرب بواسطة قش، بعد أن تمّ تحضير الطعام وتقديمه.
5. **التحكم بالععضلة العاصرة** - قدرة مستقلة لدى الشخص المؤمن بالتحكم على فعالية ونشاط الأمعاء أو فعالية التبول؛ عدم التحكم في واحدة من هذه الفعاليات الذي معناها على سبيل المثال استعمال دائم بالفغرة (stoma)، قسطرة للمثانة، حفاضات أو أي وسائل ممتصة أخرى، تعتبر كعدم مقدرة على التحكم بالععضلة العاصرة.
6. **التنقل** - قدرة مستقلة لدى الشخص المؤمن بالتنقل من مكان إلى آخر، بدون مساعدة شخص آخر؛ الاستعانة بعكازات، بعضاً أو جهاز تنقل (هليكوب) أو أي وسيلة أخرى، بما في ذلك وسائل ميكانيكية، حركية أو إلكترونية التي تُتيح للشخص المؤمن التنقل بشكل مستقل، لن تعتبر كإصابة في مقدرة المؤمن المستقلة على التحرك. ينبغي التنويه إلى أن عدم مقدرة الشخص المؤمن على التحرك دون كرسي متحرك سيُعتبر كعدم مقدرة على التحرك بشكل مستقل؛ ولكن إذا كان المؤمن بدون مقدرة على التحرك دون كرسي متحرك ولكن مع مقدرة على التحرك بشكل مستقل مع كرسي متحرك من مكان إلى آخر خلال فترة التأمين التي انتهت قبل تاريخ 1 تموز 2017، وخلال فترة التأمين الحالية تغيرت مقدرة المستقلة بحيث لم يعد قادراً على التحرك بصورة مستقلة مع كرسي متحرك، سيُعتبر على أنه شخص مؤمن غير قادر على التنقل بصورة مستقلة ابتداء من التاريخ الذي تغيرت فيه مقدرة المستقلة كما ذكر أعلاه.
7. **إعياء نفسيّ (خرف)** - حالة الشخص المؤمن الصحّة وأدائه الوظيفي منخفضين نتيجة "إعياء نفسي" الذي تم تحديده من قبل طبيب مختص في هذا المجال؛ لهذا الغرض – "إعياء نفسي" – إصابة في الفعالية الإدراكية المعرفية لدى الشخص المؤمن وانخفاض في قدرته الذهنية، التي تشمل خلل في الفطنة والقدرة على الحكم، تراجع في الذاكرة للمدى الطويل و/ أو القصير وانعدام القدرة على التواجد في المكان والزمان الأمر الذي يتطلب مراقبة غالبية ساعات النهار بحسب ما يحدده طبيب أخصائي في هذا المجال، والسبب لذلك هو حالة صحية مثل: الزهايمر، أو أشكال مختلفة من الخرف.

## كيف يتمّ تحديد الاستحقاق للحصول على مُخصّصات رعاية ترميضية؟

يتم إجراء اختبار الاستحقاق للحصول على مُخصّصات رعاية ترميضية، على أساس جميع المعلومات الطبية الخاصة بالشخص المؤمن، بما في ذلك مستندات وأراء طبية، معلومات عن أمراض وعلاجات بالأدوية التي حصل عليها أو يحصل الشخص المؤمن، معلومات عن حالات مكوث في المستشفى في الماضي وما شابه ذلك.

بالإضافة إلى ذلك، في كثير من الحالات يتمّ إجراء تقييم وظيفي للشخص المؤمن (فحص جسدي / إدراكي) من قبل أخصائي بالنيابة عن هارنيل، بحيث تتضمن مهنته، من بين أمور أخرى، مجال التقييمات الوظيفية و/ أو الإدراكية. سيتمّ إجراء هذا الفحص من قبل الإخصائي بالتنسيق مع أفراد الأسرة أو الشخص المعين للتواصل من قبل المؤمن.

في إطار هذا التقييم، سيتمّ فحص المقدرة الوظيفية و/ أو الإدراكية لدى الشخص المفحوص في إطار المنزل أو في إطار مماثل لذلك (مثل مؤسسة يقيم فيها الشخص المؤمن)، وليس خارج المنزل.

في إطار التقييم الوظيفي، سيقوم الأخصائي بفحص عوامل معينة مثل العوامل المدرجة في الاستمارة المرفقة. يجب الإشارة إلى أن هذه العوامل المعروضة هنا هي للتوضيح فقط ويمكن أن تتغير من حين لآخر.

## القواعد والاختبارات لتحديد الاستحقاق لمُخصّصات رعاية ترميضية

### 1. محدودية (إعاقة) وظيفية

في إطار الفحص فيما إذا كانت حالة الشخص المؤمن تمنحه الاستحقاق، وفقاً لشرط وأحكام البوليصه، بالحصول على مُخصّصات رعاية ترميضية، بسبب إعاقة وظيفية، يتم فحص مستوى أداء الشخص المؤمن فيما يتعلق بكل من الإجراءات المحددة في البند أ. أعلاه، مع التقسيم إلى عدة مستويات من الأداء التي سيتم تفصيلها وشرحها فيما يلي:

1.1 **استقلالية** - يشمل هذا التعريف الحالات التي لا تتطلب فيها مساعدة أي شخص آخر لغرض تنفيذ الفعالية، وبالتالي لا يتم تعريف الفعالية على أنها فعالية حيث المؤمن غير قادر على أداء جزء أساسي منها. يندرج تحت هذا التعريف، نوعان من الحالات الفرعية:

1.1.1 استقلالية كاملة (بدون مساعدة) - من أجل تنفيذ الفعالية، لا يحتاج الشخص المؤمن أية مساعدة ويقوم بأدائها بصورة آمنة وخلال وقت معقول دون وسائل مساعدة.

1.1.2 استقلالية بمساعدة جهاز - يقوم الشخص المؤمن بتنفيذ الفعالية بدون مساعدة شخص آخر، لكن بمساعدة جهاز.

1.2 **تعلق واعتماد** - من أجل تنفيذ الفعالية من قبل الشخص المؤمن، يتطلب الأمر شخصاً آخر للمراقبة أو للمساعدة الجسدية، والتي في عدم وجودها لن يتم تنفيذ الفعالية إطلاقاً. في بعض الحالات التي تنتمي إلى هذه المجموعة، سيتم تعريف الشخص المؤمن على أنه شخص غير قادر على تنفيذ جزء كبير من العمل بقواه الذاتية، كما هو مفصّل فيما يلي:

1.2.1 تعلق معتدل - الشخص المؤمن قادر على أداء أكثر من 50% من الفعالية، وبالتالي لا يتم تعريفه على أنه شخص غير قادر على القيام بجزء كبير من الفعالية. تتضمن هذه الحالة الوظيفية الحالات التالية:

1.2.1.1 إشراف أو ترتيب - من أجل أداء الفعالية مطلوب إشراف، حث أو إقناع، ولكن لا يتطلب الأمر مساعدة أو اتصال جسدي، أو على العكس، مطلوب مساعدة في ترتيب أو تنظيم وسائل المساعدة.

1.2.1.2 اتصال جسدي بحد أدنى - من أجل تنفيذ الفعالية يتطلب الأمر مساعدة عصا خفيفة فقط.

1.3 **مساعدة معتدلة / متوسطة** - من أجل تنفيذ الفعالية هناك حاجة إلى مساعدة أكبر من الاتصال الجسدي، ولكن الشخص المؤمن ينفذ أكثر من 50% من الفعالية، وبالتالي لا يُعرّف بأنه غير قادر على أداء جزء كبير من الفعالية.

1.4 **تعلق كبير** - الشخص المؤمن قادر على تنفيذ أقل من 50% من الفعالية، وبالتالي مطلوب مساعدة كبيرة أو كاملة، والتي بعدم وجودها لن يتم تنفيذ الفعالية. في هذه الحالة يكون الشخص المؤمن معرّفاً كشخص غير قادر على تنفيذ جزء كبير من الفعالية بقواه الذاتية.

بناءً على هذه الفحوصات، يتم إجراء فحص تفصيلي لمقدرة المؤمن عليه في تنفيذ جزء كبير من كل عملية من العمليات الست بقواه الذاتية، من بين أمور أخرى، على النحو التالي: التحكم بالعضلة العاصرة - عدم التحكم بإحدى العضلات سيُعتبر بمثابة عدم مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من فعالية التحكم على العضلات العاصرة بقواه الذاتية. شخص مؤمن، وبسبب استجابة (رد فعل) منخفضة للمثانة، التي يتم التعبير عنها على سبيل المثال، في الإلحاح أو تواتر التبول، وبسبب صعوبة في التنقل، فهو غير قادر على التحكم بالعضلة العاصرة، يُعتبر بمثابة غير قادر بقواه الذاتية على تنفيذ جزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) من فعالية التحكم على العضلات العاصرة كما هي معرّفة في منشور الرعاية الترميضية.

لهذا الغرض، "صعوبة في التنقل" - صعوبة في التنقل لا تتجاوز عدم مقدرة الشخص المؤمن بقواه الذاتية على تنفيذ جزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) من عملية "التنقل" كما هي معرّفة في منشور الرعاية الترميضية.

الاستحمام - تأخذ الشركة بعين الاعتبار من أجل فحص مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من الفعالية بقواه الذاتية، بما في ذلك الحاجة للمساعدة في الدخول والخروج من حوض الاستحمام / الدش. في هذه الحالة تقوم الشركة بحساب المساعدة المطلوبة في عملية الاستحمام الفعلية، مع قدرة الشخص المؤمن على الدخول والخروج من حوض الاستحمام / الدش.

القيام والاستلقاء - يتم فحص مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من فعالية "القيام والاستلقاء".

التنقل - الشخص المؤمن معرّف بأنه غير قادر على تنفيذ جزء كبير من الفعالية حين لا يستطيع التحرك بشكل مستقل بطريقة ما دون مساعدة شخص. الشخص المؤمن الذي يعاني من عدم توازن أو يعاني من عدم استقرار الذي يسبب إلى حالات سقوط متكررة، التي تؤذي قدرته المستقلة على التحرك من مكان إلى آخر، يُعتبر بمثابة غير قادر بقواه الذاتية على تنفيذ جزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) من فعالية "التنقل" كما هي معرّفة في منشور الرعاية الترميضية.

تناول الطعام - تقطيع، تحضير وتقديم الطعام لا تعتبر هذه كعدم مقدرة على تنفيذ جزء كبير من فعالية تناول الطعام. الحاجة إلى إطعام الشخص المؤمن بصورة فعلية تُعتبر بمثابة عدم مقدرة على تنفيذ الفعالية.

ارتداء الملابس – تأخذ الشركة بعين الاعتبار قدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من الفعالية بقواه الذاتية، بالإضافة إلى القدرة على ارتداء مجموعة متنوعة من الملابس. في حالة الحاجة إلى تركيب طرف اصطناعي، يتم حسابان المساعدة المطلوبة في عملية ارتداء الملابس مع المساعدة المطلوبة في تركيب الطرف الاصطناعي.

## 2. إعفاء نفسي

كما هو مذكور أعلاه، إعفاء نفسي، هو حالة إضافية التي تمنح الاستحقاق في الحصول على مُخصصات رعاية ترميزية. (في كل حالة، يكون الشخص المؤمن مستحقاً لمُخصصات بسبب حالة استحقاق واحدة فقط). تحديد موضوع الإعفاء النفسي يتم فقط من قبل طبيب أخصائي في هذا المجال، أي أخصائي في طب الشيخوخة، أخصائي نفسي، وأخصائي نفسي للمسنين و / أو أخصائي أعصاب.

من أجل اتخاذ هذا القرار، يقوم الطبيب الأخصائي، من بين أمور أخرى، بفحص تاريخ المرض، وانطباق عام، ومتابعة طبيّة، وعلاج بالأدوية.

## دعوى عن فترة تمت الموافقة عليها لفترة تزيد عن 3 أشهر

الموافقة على دعوى لفترات طويلة إضافية تتجاوز الفترة التي تمت الموافقة عليها، تحتاج في نهاية الفترة التي صودقت للدفع، إلى إعادة فحص من جديد لحالة الشخص المؤمن من الناحية الطبيّة والوظيفية.

عند إعادة الفحص من جديد للمسؤولية القانونية وطريقة تنفيذها، ستؤخذ بالحسبان، من بين أمور أخرى، الحالة الطبيّة للشخص المؤمن، السن، المعلومات التي أعطاها الشخص المؤمن للشركة وشروط البوليصة.

يمكن إجراء فحص الاستحقاق من جديد، من بين أمور أخرى، وفقاً لحالة الشخص المؤمن وسنه، من خلال فحص مستندات طبيّة محتلنة حول الحالة الطبيّة أو الوظيفية للشخص المؤمن، أو عن طريق فحص الشخص المؤمن من قبل جهات مهنية مناسبة من قبل هارنيل.

قريباً من نهاية فترة الاستحقاق، ستوجه إليك هارنيل لغرض إجراء فحص الاستحقاق من جديد. كجزء من هذا الطلب، قد يُطلب منك تحويل مستندات طبيّة محتلنة لهارنيل أو تنسيق فحص لتقييم حالتك الوظيفية والطبيّة الحالية، في إطار التواريخ التي ستكون محددة في الطلب.

عدم تحويل المستندات في الوقت الذي سيطلب منك لتحويلها و / أو عدم التعاون فيما يتعلق بإجراء فحص للشخص المؤمن من قبل جهة مهنية مناسبة كانت قد حُدث لهذا الغرض من قبل هارنيل في ذلك التاريخ، قد يؤدي إلى إيقاف دفع مُخصصات التأمين أو تأخير دفعها.

تحتفظ هارنيل بالحق في إجراء فحص جديد للاستحقاق عند الضرورة، حتى في الحالات التي تمت فيها الموافقة على استحقاق الشخص المؤمن لفترة محددة مسبقاً وخلال هذه الفترة حصلت هارنيل على معلومات تختلف عن تلك التي قدمها الشخص المؤمن و/أو كان معروفاً في هارنيل، واتضح منه أنه لم يعد الشخص المؤمن مستحقاً للحصول على مُخصصات تأمين.

## دعوى تمت الموافقة عليها لفترة 3 أشهر أو أقل

إذا تمت الموافقة على دعوى للدفع لفترة طويلة لمدة 3 أشهر أو أقل، وكان الشخص المؤمن يعتقد أن حالته الطبيّة والوظيفية تشكل مبرراً للموافقة على الدعوى لفترات إضافية، يقوم الشخص المؤمن قريباً من نهاية الفترة الموافق عليها للدفع، بتحويل معلومات طبيّة ومفصلة عن حالته المحتلنة لهارنيل.

تقوم هارنيل بفحص مسؤوليتها وفقاً للمعلومات الطبيّة التي قدمها الشخص المؤمن، وإذا لزم الأمر، عن طريق فحص الشخص المؤمن من قبل جهة مهنية من قبل الشركة.

## تعليمات عامة

تندرج التعليمات المذكورة أعلاه ضمن المبادئ العامة لتسوية دعوى رعاية ترميزية، التي يتم عرضها من أجل التوضيح فقط، ونشرها لا يُلزم الشركة بالتصرف بهذه الطريقة تماماً، في حالة خاصة ومحددة. تحتفظ الشركة بحقها في تغييرها من وقت لآخر، وملاءمتها حسب الضرورة لكل حالة وحالة خاصة على حدة، بما في ذلك تغيير وملاءمة استمارة التقييم الوظيفي المرفق إلى مستند المبادئ هذا.

تجدر الإشارة إلى أنه في جميع الأحوال، فإن الشروط الملزمة في كل أمر هي الشروط المحددة في بوليصة التأمين الخاصة بالشخص المؤمن، وأن الاستحقاق للحصول على مخصصات تأمين والحصول عليها فعلياً، يخضع لكافة الأحكام والشروط المحددة في هذه البوليصة، بما في ذلك، لكن ليس حصراً، استثناءات طبيّة، فترات انتظار وبقية تعليمات البوليصة.

اسم الشخص المؤمن:

رقم الهوية:

إلى حضرة،

قسم دعاوى رعاية تمريضية هارنيل شركة للتأمين م.ض. و/ أو ديكلا وكالة للتأمين م.ض.

### الموضوع: تقييم وظيفي / إدراكي / مدموج من قبل طبيب/ة ممرض/ة

الطبيب/ة، الممرض/ة، يرجى الانتباه، البنود 10 – 13 تتم تعينتها من قبل طبيب/ة فقط

\* بهدف التسهيل فقط، ورد النص في الاستمارة بصيغة المذكر، لكنها معدة لكلا الجنسين.

#### التفاصيل الشخصية للشخص المؤمن:

اسم الشخص المؤمن:  رقم الهوية  تاريخ الولادة:

تم إجراء الفحص في تاريخ  مكان الفحص:  بيت الشخص المؤمن / سكن محمي / مؤسسة رعاية تمريضية / مستشفى

عنوان السكن

هل تم إجراء الفحص بلغة الشخص المؤمن؟  نعم / لا  بأي لغة تم إجراء الفحص؟

هل توجد أحد آخر أثناء الفحص؟  نعم / لا  اسم الشخص/ الجهة الأخرى؟

هل تكلم بلغة الشخص المؤمن وترجم أقواله؟  نعم / لا  ما هي قرابته من الشخص المؤمن؟

هل طلب/ وافق الشخص المؤمن على تواجد الجهة الأخرى؟  نعم / لا  إذا لم يتواجد، لماذا؟

كيف تم تشخيص الشخص المؤمن؟  هوية/ جواز سفر،  رخصة قيادة،  مستند آخر (يجب ذكر اسم المستند وإذا كان يشمل صورة

**ملاحظة، سنطلب إجراء تقييم إدراكي فقط بحضور ممثل من جهة الشخص المؤمن!**

(1) مستندات طبية التي كانت متاحة لك وفي خدمتك (إذا تم تقديم مستندات أثناء الزيارة، يسرنا أن يتم إرفاق صورة عنها للتقييم):

(2) تشخيصات طبية / أمراض خلفية (مرض + تاريخ اكتشافه):

(3) مكوث في المستشفى في الأشهر الأخيرة (تاريخ وسبب المكوث):

(4) أدوية ثابتة ودائمة:

تفصيل:

(5) تذكارات تاريخ المرض وأمراض في سابقة:

تفصيل

اسم الشخص المؤمن:

رقم الهوية:

**6) قائمة أداء وظيفي (يجب تفصيل قدر الإمكان في عمود "نتائج الفعالية" والذكر بصورة واضحة إذا تم توضيح وتمثيل الفعالية):**

اسم الفعالية	نتائج الفعالية									
أ. القيام من وضعية استلقاء في السرير إلى جلوس، والقيام من وضعية جلوس على كرسي إلى وقوف	تفصيل: هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية من وضعية استلقاء إلى وضعية جلوس في السرير (هذا يشمل الاستعانة بوسائل مساعدة)؟ ii. هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية عن كرسي أو من سرير من وضعية جلوس إلى وقوف (هذا يشمل الاستعانة بوسائل مساعدة)؟									
ب. ارتداء الملابس	تفصيل: i. هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بارتداء وأيضا خلع ملابسه عن الجزء العلوي من جسمه؟ ii. هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بارتداء وأيضا خلع ملابسه عن الجزء السفلي من جسمه؟									
ج. الاستحمام	يُرجى وضع إشارة فيما إذا كان الشخص المؤمن يستطيع أو لا تنفيذ ما يلي بقواه الذاتية: <table border="1"> <thead> <tr> <th>الدخول والخروج</th> <th>القسم العلوي من الجسم</th> <th>القسم السفلي من الجسم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> يستطيع</td> <td><input type="checkbox"/> يستطيع</td> <td><input type="checkbox"/> يستطيع</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> لا يستطيع</td> <td><input type="checkbox"/> لا يستطيع</td> <td><input type="checkbox"/> لا يستطيع</td> </tr> </tbody> </table> تفصيل: i. هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بالدخول والخروج من حوض الاستحمام أو من الدش؟ ii. هل يستطيع الشخص المؤمن الاستحمام بقواه الذاتية في حوض الاستحمام أو الدش، وقوفاً أو جلوساً على كرسي مخصص للاستحمام؟	الدخول والخروج	القسم العلوي من الجسم	القسم السفلي من الجسم	<input type="checkbox"/> يستطيع	<input type="checkbox"/> يستطيع	<input type="checkbox"/> يستطيع	<input type="checkbox"/> لا يستطيع	<input type="checkbox"/> لا يستطيع	<input type="checkbox"/> لا يستطيع
الدخول والخروج	القسم العلوي من الجسم	القسم السفلي من الجسم								
<input type="checkbox"/> يستطيع	<input type="checkbox"/> يستطيع	<input type="checkbox"/> يستطيع								
<input type="checkbox"/> لا يستطيع	<input type="checkbox"/> لا يستطيع	<input type="checkbox"/> لا يستطيع								
د. تناول الطعام والشرب	تفصيل: هل يستطيع الشخص المؤمن تناول الطعام والشرب بقواه الذاتية، وهذا يشمل الشرب وعدم تناول الطعام بواسطة قشة، بعد أن تم إعداد الطعام وتقديمه للشخص المؤمن؟									
هـ. التحكم بالعضلة العاصرة	يُرجى وضع إشارة فيما إذا كان الشخص المؤمن يتحكم أو لا يتحكم بكل فعالية: <table border="1"> <thead> <tr> <th>البول</th> <th>فعاليات الأمعاء</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> تحكم تام</td> <td><input type="checkbox"/> تحكم تام</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> عدم تحكم</td> <td><input type="checkbox"/> عدم تحكم</td> </tr> </tbody> </table> تفصيل: i. هل توجد مشكلة عدم تحكم بإحدى العضلات العاصرة؟ إذا كان البند i لا يتحقق، هل يتحقق البند التالي: ii. هل يوجد تعريف لاستجابة المثانة بصورة منخفضة، وصعوبة في التنقل؟ في حال تحقق البندين التاليين معاً: • هل يوجد تشخيص من أخصائي مسالك بولية أو اختبار ديناميكا التبول لاستجابة المثانة بصورة منخفضة، والتي يتم التعبير عنها على سبيل المثال، في الإلحاح أو تكرار التبول. • هل توجد صعوبة في التنقل التي هي صعوبة لا تتعدى عدم القدرة على تنفيذ جزء أساسي وبقواه الذاتية، من عملية التنقل، فهو بالتالي غير قادر على التحكم بالعضلة العاصرة؟ (في حالة تحقق أحد البندين، يجب تفصيل تواريخ التشخيص، اسم وتخصص الطبيب الذي قام بالتشخيص، وأي مستندات وفحوصات كانت تحت تصرفك).	البول	فعاليات الأمعاء	<input type="checkbox"/> تحكم تام	<input type="checkbox"/> تحكم تام	<input type="checkbox"/> عدم تحكم	<input type="checkbox"/> عدم تحكم			
البول	فعاليات الأمعاء									
<input type="checkbox"/> تحكم تام	<input type="checkbox"/> تحكم تام									
<input type="checkbox"/> عدم تحكم	<input type="checkbox"/> عدم تحكم									
و. التنقل	تفصيل: i. هل يستطيع الشخص المؤمن التنقل بقواه الذاتية؟ ii. هل يعاني الشخص المؤمن من عدم التوازن أو يعاني من عدم ثبات الذي يتسبب في حالات وقوع متكررة تضعف قدرته المستقلة على الانتقال من مكان إلى آخر؟ إذا كانت الإجابة نعم، هل يوجد توثيق طبي أو آخر عن حالات الوقوع، وما هو السبب الطبي									



	<p>لذلك، هل يمكن تفسير حالات الوقوع هذه بتشخيص طبيّ؟ يُرجى التطرق لوتيرة الأمر، قدر الإمكان.</p> <p>iii. إذا كان بحوزة الشخص المؤمن أداة دعم (مثل عصا للمشي أو جهاز تنقل (הליכון)) هل كانت الأداة ستحل مشكلة انعدام الثبات / عدم التوازن؟</p>
تفصيل	<p>z. <b>إعياء نفسي - فحص مدموج</b></p> <p>i. هل يحتاج الشخص المؤمن إلى مراقبة طويلة ساعات اليوم بسبب إصابة في الفعالية الإدراكية المعرفية لديه، مثل الزهايمر أو أشكال مختلفة من الخرف (يجب أن تتم تعبئة هذا البند من قِبل طبيب أخصائي في هذا المجال فقط).</p>

اسم الشخص المؤمن:  رقم الهوية:

**(7) في حالة مرض السرطان، يُرجى التفصيل:**

هل يحصل/ تحصل المؤمن/ة على علاجات:  نعم /  لا

إذا كانت الإجابة نعم، أذكر نوع العلاج:  وتأثير العلاج:

تاريخ بدء العلاج:  تاريخ انتهاء سلسلة العلاج المتوقع:

**(8) من يسكن مع المؤمن/ة في البيت:**

**(9) هل معترف به كشخص يحتاج لرعاية تمريضية (١٠٧٧١٥) من قبل جهة أخرى؟ (مثل التأمين الوطني، شركة تأمين)  نعم /  لا**

هل توجد مساعدة / مساعدة أجنبية أو مساعدة من قبل مؤسسة التأمين الوطني:  نعم /  لا

كم عدد الساعات الأسبوعية:

**البند 10 حتى 13 يتم تعينته من قبل طبيب/ة فقط**

**(10) فحص جسدي:**

الحالة العامة	
التنفس	
الرأس، الوجه	
الرقبة	
القلب	
البطن	
الأطراف	
الجلد	

**(11) فحص أعصاب وعظام**

حالة الوعي	
قوة عضلات اليدين	
مجال الحركة في اليدين	
توترية عضلات اليدين	
قوة عضلات القدمين	
مجال الحركة في القدمين	
توترية عضلات القدمين	
تناسق والمهارات الحركية الدقيقة	
المنعكسات الوترية	
فحص الإحساس	
الأعصاب القحفية	
منعكسات باثولوجية	
مخيخ	
الظهر	
الرقبة	

تفصيل إضافي:

12) فحص إدراكيّ – إعياء نفسيّ ((يجب أن تتم تعبئة هذا البند من قِبَل طبيب أخصائي في هذا المجال مثل طبيب أخصائي في طب الشيخوخة أو في الطب النفسي)).

تفصيل:

- إذا تمّ تحديد حالة إعياء نفسي، ما هي خلفية الإصابة الإدراكية وهل الحالة مؤقتة أم ثابتة؟

تفصيل:

اسم الشخص المؤمن:

رقم الهوية:

### صفحة ملخص الفحص

**(13) تلخيص الفاحص، بما في ذلك تطرق فيما إذا كان يوجد توقع لإعادة تأهيل (طبيب/ة أو ممرض/ة):**

تفصيل:

**(14) قائمة ملخص الأداء الوظيفي تتم تعبئتها من قبل (طبيب/ة أو ممرض/ة):**

ADL 1 - غير مستقل	الفعالية
	أ. القيام من وضعية استلقاء في السرير إلى جلوس، والقيام من وضعية جلوس على كرسي أو من سرير إلى وقوف
	ب. ارتداء الملابس
	ج. الاستحمام
	د. تناول الطعام والشرب
	هـ. التحكم بالعضلة العاصرة
	و. التنقل
	ملخص عددي لتقييم الأداء الوظيفي (يجب تلخيص عدد الفعاليات التي لا يستطيع الشخص المؤمن تنفيذها بقواه الذاتية، لا يشمل حالة الإعياء النفسي).
	ز. إعياء نفسي - فحص مدموج

**تفاصيل الفاحص تتم تعبئتها من قبل (طبيب/ة أو ممرض/ة):**

الاسم:  رقم الرخصة:  توقيع وختم الفاحص:

ساعة بدء الفحص:  ساعة انتهاء الفحص:

## مجموعة من القواعد لتوضيح وتسوية الدعاوى ومعالجتها في توجهاً الجمهور

وفقاً لأحكام منشور الهيئات المؤسسية 5-9-2011، مفصل فيما يلي مجموعة القواعد لتوضيح وتسوية الدعاوى في هارنيل شركة للتأمين م.ض. (فيما يلي "هارنيل").  
إذا كنت ترغب في الحصول على نسخة من مجموعة القواعد هذه، يمكنك التوجه لهذا الغرض إلى قسم الخدمة في هارنيل على الرقم 03-6145555 أو طباعتها مباشرة من موقع الشركة على الإنترنت (فيما يلي: "موقع الإنترنت").  
سوف تعمل هارنيل في جميع الأمور المتعلقة بتوضيح وتسوية الدعاوى والتعامل مع توجهاً الجمهور وفقاً المذكور أعلاه في مجموعة القواعد هذه، على النحو المفصل أدناه:

### أ. تعاريف

- في مجموعة القواعد هذه ستكون للمصطلحات التالية تعريفات، كما يلي:
1. **يوم / أيام** - أيام العمل التي لا تشمل أيام الجمعة، أيام السبت، أيام العطلات والأعياد.
  2. **دعوى** - الطلب من هارنيل تطبيق الحقوق بموجب شروط بوليصة التأمين أو وفقاً لدستور صندوق التقاعد أو وفقاً لأحكام القانون ذات الصلة لتطبيق الحقوق كما هو مذكور أعلاه.
  3. **المدعي** - الشخص الذي قدم دعوى لهارنيل، باستثناء هيئة مؤسسية وباستثناء شخص صحح في إطار عمله، أضراراً لحقت بجهة أخرى وتقدم بدعوى ضد هارنيل، لاسترجاع ما كان قد صحح من الأضرار المذكورة أعلاه.
  4. **أخصائي** - سواء كان موظفاً في هارنيل أم لا، أو إذا كان يجتمع مع المدعي أم لا، مثل مخمّن أو أخصائي طبي، ولكن باستثناء مستشار قانوني وباستثناء لجنة طبية في صندوق تقاعد التي تعمل بموجب الدستور.

### ب. سريان المفعول

- تطبق مجموعة القوانين هذه على مجالات التأمين التالية:
1. **تأمين للتقاعد** - بالنسبة لمخاطر العجز والوفاة فقط؛
  2. **تأمين حياة** - بالنسبة لمخاطر فقدان القدرة على العمل وخطر الوفاة فقط؛
  3. **تأمين ضد حوادث شخصية**؛
  4. **تأمين ضد أمراض وحالات مكوث في المستشفى**، باستثناء تأمين أسنان وباستثناء تأمين صحي للعمال الأجانب وتأمين صحي المعدّ لمنح تغطية تأمينية للمقيمين الأجانب في إسرائيل - وذلك بغرض تلقي خدمات مباشرة من مقدم الخدمة الطبيّة وبدون تدخل شركة التأمين المؤمنة؛
  5. **تأمين بحسب متطلبات قانون التأمين على مركبة ذات محرك (صيغة جديدة) - 1970 (فيما يلي "القانون")** تأمين مركبة ذات محرك - ممتلكات (ذاتي وطرف ثالث)؛
  6. **تأمين شامل للشقق**؛
  7. **تأمين حمولة، حوادث، أمراض ومكوث في المستشفى خلال السفر خارج البلاد.**

\*\* لن تنطبق مجموعة القواعد هذه على دعاوى للدفع مقابل ضرر ذاتي في تأمين مركبة ذات محرك - ممتلكات أو تأمين شامل للشقق، لمدعي يملك على الأقل 40 مركبة أو شقة، والذي عند إبرام عقد التأمين، تنازل عن تطبيقها بصورة واضحة.

### ج. تاريخ البدء

بدء مجموعة القواعد هذه هو من تاريخ 2011/6/1.  
بالرغم من المذكور أعلاه، بدء مجموعة القواعد بالنسبة للتأمين، يكون وفقاً لمتطلبات تأمين مركبة ذات محرك (صيغة جديدة) - 1970، وتأمين طرف ثالث في إطار تأمين شامل للشقق 1.3.2012.  
تنطبق مجموعة القواعد هذه على دعوى تمّ تقديمها بعد التواريخ المحددة أعلاه.  
لا تنطبق مجموعة القواعد على الخدمات التي يمنحها مزود الخدمة بصورة مباشرة للشخص المؤمن وفقاً لوثيقة الخدمة، إذا لم يكن الشخص المؤمن مشاركاً في تسوية الدعوى.

### د. مستندات ومعلومات في فحص الدعوى

1. عند تلقي توجه يتعلق بتقديم دعوى إلى هارنيل أو لمن يعمل نيابة عنها، سيتم تسليم مقدم الطلب المستندات التالية، في أقرب وقت ممكن:  
(1) نسخة عن مجموعة القواعد هذه؛  
(2) مستند يفصل عملية فحص الدعوى وتسويتها؛

(3) تعليمات بخصوص طريقة العمل المطلوبة من المدعي، وهذا يشمل معلومات تتعلق بحق المدعي في الحصول على تعويض عن النفقات التي تكبدها له والتي يجب على هارثيل تعويضه مقابلها (مثل التعويض مقابل الخطوات التي اتخذها لتقليص الضرر، تعويض بسبب الدفع لأخصائي للحصول على رأي، وما شابه ذلك).

(4) تفصيل المعلومات والمستندات المطلوبة من مدعي لفحص وتسوية دعوى؛

(5) استمارة تقديم دعوى، إذا كانت موجودة – وتعليمات بخصوص تعبئتها؛

(6) بلاغ عن فترة تقادم الدعوى.

■ بإمكانك التمتع بالمستندات المفصلة أعلاه في موقع الإنترنت.

2. سترسل هارثيل في أقرب وقت ممكن، بلاغاً خطياً للمدعي يوضح بالتفصيل المستندات التي وصلتها إلى جانب تاريخ استلامها، بالإضافة إلى المعلومات والمستندات المطلوبة التي طلبت ولم يتم تقديمها بعد من قبل المدعي.

3. إذا احتاجت هارثيل إلى معلومات ومستندات إضافية من المدعي لفحص الدعوى، سطلب هذه المستندات خلال 14 يوم عمل من اليوم الذي تتبين حاجتها.

■ لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.

#### د. بلاغ بخصوص عملية فحص الدعوى ونتائجها

سترسل هارثيل للمدعي، خلال ثلاثة أيام من اليوم الذي حصلت فيه على كافة المعلومات والمستندات التي طلبت من المدعي من أجل فحص الدعوى و/ أو من اليوم الذي حصلت فيه على استمارة الدعوى الكاملة كما طلبت (أيهما لاحقاً)، حثنة بخصوص وضع معالجة الدعوى. الحثنة، كما هو مذكور أعلاه، قد تكون بشأن دفع الدعوى بصورة كاملة أو جزئية، عرض تسوية في الدعوى، الاستمرار في معالجة الدعوى، رفض الدعوى.

■ لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.

#### و. بلاغ بخصوص الدفع أو دفع جزئي

1. إذا تم اتخاذ قرار بدفع مقابل الدعوى، فسيتم إرسال بلاغ خطي للمدعي في وقت الدفع، والذي يتضمن تطرق إلى القضايا التالية أو توجيهه إلى المستندات المتعلقة بهذه القضايا والمرققة بالبلاغ (مثل تقرير المُخْمَن أو رأي أخصائي):

(أ) **بخصوص دفع لمرة واحدة** - سبب الدفع؛ تفصيل وشرح معقول وواضح بخصوص طريقة الحساب؛ مدى الضرر؛ مبلغ الضريبة المقتطعة؛ الطريقة التي تم بها حساب الضريبة والإشارة إلى الأحكام القانونية التي تم بموجبها احتسابها وخصمها؛ الإشارة إلى قسيمة راتب أو تحويل إلى موافقة سلطات الضريبة الذي سيتم إرفاقها إلى البلاغ؛ تفصيل بخصوص خصم دفعات أخرى يستحقها المدعي والتي هي ليست من هارثيل نظراً لظروف تتعلق بنفس سبب الدعوى والتي بموجب البوليصه، الدستور أو القانون تم خصمها من مبلغ الدفع. مبلغ الاشتراك الذاتي؛ تفصيل بخصوص خصم مبالغ الأخرى تستحقها هارثيل من المدعي؛ تفصيل بخصوص خصم السلف أو المبالغ غير المتنازع عليها إذا تم دفع كهذه؛ نوع الربط بغلاء المعيشة وطريقة الربط؛ الفائدة التي تنطبق عليه والإشارة إلى الأحكام السارية عليها؛ المبلغ المضاف للدفع مقابل فوارق الربط لجدول غلاء المعيشة والفوائد؛ مبلغ الدفع المتأخر والإشارة إلى الأحكام التي تنطبق على الفائدة المحصلة بسبب التأخر؛ التاريخ الذي حصلت فيه هارثيل على جميع المعلومات والمستندات المطلوبة لفحص أمر الدعوى.

(ب) **بخصوص دفع على فترة طويلة** (وهذا يشمل راتب) يُفصل، في موعد الدفعة الأولى، بالإضافة لما ذكر في الفقرة (أ) - مبلغ الدفعة الأولى؛ آلية تحديث الدفعات؛ الموعد الأول الذي بسببه يكون المدعي مستحقاً للدفع؛ المدة القصوى التي بسببها يكون المدعي مستحقاً للحصول على دفعات بموجب أحكام البوليصه، الدستور أو القانون؛ مدة الفترة حتى إعادة النظر والفحص في الاستحقاق؛ قواعد إعادة فحص الاستحقاق خلال فترة الاستحقاق للدفعات؛ آلية تمديد فترة الاستحقاق للدفعات.

2. إذا تم التوصل إلى قرار بشأن دفع جزئي من الدعوى، بينما رفض جزء من الدعوى فيما يتعلق بالمبالغ التي طلبت أو بعض الأسباب التي طلبت - يتم تسليم بلاغ خطي إلى المدعي في تاريخ الدفع، الذي يتضمن جزئين كما هو مفصل فيما يلي:

**الجزء الأول**، الذي سيشرح بالتفصيل مكونات مبلغ الدفع الذي تمت الموافقة عليه على النحو المحدد أعلاه؛

**الجزء الثاني**، الذي سيشرح بالتفصيل أسباب رفض جزء من الدعوى، كما هو مفصل فيما يلي.

■ في كل حالة تم فيها اتخاذ قرار بالدفع مقابل الدعوى، لن تكون هناك حاجة لإرسال المستندات المفصلة في القسم "د" أعلاه، باستثناء نسخة من مجموعة القواعد هذه.

■ في كل حالة يدور فيها الحديث عن دعوى تجري في المحكمة، تنطبق أحكام هذا البند، بالتغييرات الملزمة وفقاً لظروف الأمر.

■ في كل حالة وافق فيها الطرفان على الدفع في إطار اتفاقية تسوية، تكون هارثيل معفية من تقديم بلاغ بموجب هذا البند ابتداءً من نفس التاريخ.

#### ز. بلاغ بخصوص تسوية

1. ستقدم هارثيل للمدعي اقتراح تسوية معقولاً اعتباراً لتاريخ العرض.

2. إذا تم الاتفاق على الدفع في إطار تسوية، يُقدم للمدعي اقتراح تسوية خطي ويُمنح وقتاً معقولاً لمعاينة شروطها.

3. اقتراح التسوية المقدم خطياً يشمل حالة التأمين، والأسباب الكامنة وراء التسوية، مكونات الدفع غير المتنازع عليها إن وجدت، المبلغ الذي حُدد في التسوية، المبلغ للدفع والفرق بين المبلغ الذي حُدد في التسوية والمبلغ المستحق للدفع، إن وجد فرق كهذا.

4. طالما لم يوافق المدعي على بلاغ التسوية، فلن تكون ملزمة للطرفين.

■ لا تنطبق تعليمات هذا البند في حال كان المدعي ممثلاً بواسطة محام، وكذلك إذا كان يتم مناقشة الدعوى في المحكمة.

#### ح. بلاغ بالاستمرار في فحص الدعوى أو التوقف عن الفحص

1. إذا احتاجت هارثيل وقتاً إضافياً لفحص الدعوى، فسيتم إرسال بلاغ خطي للمدعي توضح وتفصل فيه الأسباب التي بسببها تحتاج إلى وقت إضافي كما هو مذكور أعلاه، وكذلك المعلومات أو المستندات الإضافية المطلوبة من المدعي من أجل فحص الدعوى.

2. يتم تسليم بلاغ للمدعي باستمرار فحص الدعوى، كما هو مذكور أعلاه، كل 90 يوماً على الأقل (باستثناء الحالات التي يتم إصدارها بموجب أمر، حيث يتم تقديم بلاغ، كما هو مذكور أعلاه، كل ستة أشهر على الأقل) إلى أن يتم إرسال بلاغ بالدفع، بلاغ بالدفع الجزئي، بلاغ بالرفض أو بلاغ بالتسوية، حسب الحالة، باستثناء الحالات التالية:
  - إذا تم في بلاغ الاستمرار في فحص الدعوى تحديد موعد مستقبلي لتقييم الضرر، فلا داعي لإرسال بلاغ بخصوص استمرار فحص الدعوى حتى التاريخ المذكور أعلاه، بشرط أن يتم إرسال بلاغ باستمرار فحص الدعوى بعد عام واحد على الأقل؛
  - إذا توجه المدعي للأجهزة القضائية؛
  - إذا لم يستجب المدعي بعد إرسال بلاغين متتاليين بخصوص استمرار فحص الدعوى، التي تشمل طلب للحصول على معلومات أو مستند لغرض فحص الدعوى، و فقط إذا ذكر في البلاغ الأخير بأنه لن يتم إرسال بلاغات إضافية في حالة عدم استلام المستندات المطلوبة أو حتى استلام رد آخر منه.
  - لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.

#### ط. بلاغ بخصوص رفض الدعوى

- إذا تم التوصل إلى قرار بشأن رفض كامل أو جزئي للدعوى، فسيتم إرسال بلاغ خطي للمدعي بذلك. ستشمل أسباب الرفض أيضاً شروط البوليصة أو الدستور، الشرط أو الاستثناءات التي تم تحديدها أثناء الانضمام أو أثناء تجديد التغطية التأمينية أو التعليمات بموجب القانون التي يستند عليها الرفض والتي بسببها تم رفض الدعوى.

#### ي. بلاغ بخصوص تقادم الدعوى

1. كل بلاغ بالدفع، بلاغ بالدفع الجزئي، بلاغ بالرفض، وبلاغ باستمرار الفحص الأولي للدعوة، يشمل فقرة التي تبيّن بشكل بارز فترة تقادم الدعوى بموجب لأحكام القانون ذات الصلة، ويُذكر أيضاً بأن تقديم الدعوى إلى هارنيل لا يوقف عملية التقادم وأن فقط تقديم دعوى في المحكمة هو الذي يوقف عملية التقادم.
2. بالإضافة إلى ذلك، فإن أي بلاغ آخر يرسل إلى المدعي بخصوص الدعوى خلال السنة السابقة للتاريخ المتوقع لتقادم الدعوى، يجب أن يتضمن فقرة كما هو مذكور أعلاه، بخصوص التقادم وأيضاً تاريخ حدوث حالة التأمين، ويذكر فيه أن عملية التقادم بدأت في تاريخ حدوث حالة التأمين.
3. إذا لم يتم شمل فقرة بخصوص التقادم في بلاغ الدفع، بلاغ الدفع الجزئي، بلاغ الرفض، أو بلاغ الاستمرار في الفحص الأولي للدعوى الذي تم إرساله إلى المدعي ليس خلال السنة السابقة للتاريخ المتوقع لتقادم الدعوى، ستعتبر هارنيل كأنها وافقت على ذلك، بأن الفترة الزمنية بين التاريخ الأول الذي كان مطلوباً منها فيه تسليم البلاغ الذي يشمل فقرة التقادم، وبين التاريخ الذي تم فيه فعلياً تقديم البلاغ الذي يشمل فقرة التقادم – لن يتم حساب فترة التقادم (كل هذا - فقط بالنسبة للمرة الأولى التي لم يتم فيها إرسال بلاغ كما هو مطلوب).
4. إذا لم يتم شمل فقرة بخصوص التقادم في بلاغ الدفع، بلاغ الدفع الجزئي، بلاغ الرفض، أو بلاغ الاستمرار في الفحص الأولي للدعوى الذي تم إرساله إلى المدعي خلال السنة السابقة للتاريخ المتوقع لتقادم الدعوى، ستعتبر هارنيل كأنها وافقت على ذلك، بأن الفترة الزمنية بين تاريخ إرسال البلاغ الأول في السنة المذكورة، وبين تاريخ إرسال بلاغ يشمل فقرة تقادم وتاريخ تقادم – لن يتم حساب فترة التقادم (وهذا أيضاً - فقط بالنسبة للمرة الأولى التي لم يتم فيها إرسال بلاغ كما هو مطلوب خلال السنة السابقة للتاريخ المتوقع لتقادم الدعوى).
- لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.

#### ي.أ. بلاغ بخصوص الحق في الاعتراض على القرار

- كل بلاغ دفع، بلاغ بالدفع الجزئي أو بلاغ رفض يشمل فقرة تبيّن بشكل بارز حقوق المدعي التالية:
1. الاعتراض على القرار وكذلك ما هي طريقة تقديم الاعتراض، على النحو المنصوص عليه في البوليصة أو الدستور، بما في ذلك حق المدعي في تقديم رأي أخصائي من جهته.
  2. تقديم اعتراضه أمام المسؤول عن توجهات الجمهور في هارنيل، وكذلك تفاصيل المسؤول والطريقة التي يمكن بها التوجه إليه.
  3. تقديم اعتراضه لجهات أخرى، بما في ذلك أمام هيئة قضائية أو أمام المسؤول عن السوق المالي، التأمين والتوفير في وزارة المالية.
  - لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.

#### ي.ب. إعادة فحص الاستحقاق من جديد

1. عندما تعمل هارنيل كشركة إدارية، والتي تطلب في إعادة فحص استحقاق المدعي من جديد لتلقي دفعات على فترة طويلة، فإنها ستعمل وفقاً للقواعد المنصوص عليها بخصوص ذلك في الدستور.
2. عندما تعمل هارنيل كشركة تأمين، والتي تطلب في إعادة فحص استحقاق المدعي من جديد لتلقي دفعات على فترة طويلة، فإنها ستعمل وفقاً لقواعد معقولة كانت قد حددتها في هذا الشأن.
3. قواعد إعادة الفحص في استحقاق المدعي لتلقي من جديد لتلقي دفعات على فترة طويلة، سيتم تسليمها مع بلاغ الدفع أو بلاغ الدفع الجزئي، وسيتم أيضاً تفصيلها على موقع الإنترنت.
4. إذا احتاج إعادة الفحص تكاليف معينة على النحو المذكور أعلاه، فإنها لن تكون على حساب المدعي.
5. بالنسبة للدعوى المقدمة بموجب البوليصات التي تبدأ فترة التأمين المنصوص عليها في 2011/6/1 وما بعد - إذا تبيّن نتيجة إعادة الفحص من جديد كما هو مذكور أعلاه، بأنه يجب خفض أو إيقاف الدفعات لفترة طويلة المدفوعة للمدعي، سيتم إجراء التغيير وفقاً للقواعد المنصوص عليها في البوليصة أو في الدستور، وفي حالة عدم وجود شروط محددة، يتم إرسال بلاغ للمدعي بخصوص التغيير قبل 30 يوماً على الأقل من تاريخ خفض أو إيقاف الدفعات، ولكن ليس أكثر من 60 يوماً قبل التاريخ المذكور، وعلى أي حال ليس قبل أن تبيّن نتائج الفحص أنه ينبغي خفض الدفعات أو إيقافها.
6. يجب أن يشمل بلاغ التغيير جميع الأسباب الكامنة وراء قرار خفض أو إيقاف دفع الدفعات لفترات طويلة، وتنطبق عليه الأحكام بشأن بلاغ رفض ورأي أخصائي، في التغييرات الملزمة.
7. على أي حال، سيتم إجراء التغيير فقط بعد إرسال بلاغ للمدعي بالقرار لخفض الدفعات أو إيقافها؛
8. لتجنب الشك، فإن ما ورد أعلاه لا ينتقص من حق هارنيل في المطالبة بإعادة واسترداد المبالغ مقابل دفعات كان قد تم دفعها قبل موعد تنفيذ التغيير المذكور.

9. بالنسبة للبوليصات التي بدء فترة التأمين المُحددة فيها هي قبل تاريخ 2011/6/1 ، سترفق هارنيل إلى بلاغ التغيير القواعد التي قد حُددت بخصوص أمر إعادة فحص الاستحقاق من جديد.

#### ي.ج. فحص دعوى بواسطة أخصائي

1. إذا كانت هنالك ضرورة من أجل فحص الدعوى، الاستعانة بأخصائي ليلتقي بالمدعي أو أخصائي لفحص الممتلكات، التي هي موضوع الدعوى، من أجل تقييم الأضرار التي لحقت تلك الممتلكات، بوجود أو عدم وجود المدعي، سيتم إبلاغ المدعي مسبقاً، وسيتم توضيح دور الأخصائي بالنسبة لفحص الدعوى، وسيوضح له عن حقه بوجود ممثل نيابة عنه أو التشاور مع أخصائي من جهته خلال عملية فحص الدعوة عن طريق أخصائي (كل هذا – إلا إذا كان الأمر يدور عن محقق في إطار تحقيق سري).
2. لن يقوم خبير كما ذكر أعلاه، برفض أي دعوى بأكملها أو جزئياً، ولن يقترح تسوية، إلا في موضوع حجم الضرر، إلا إذا كان الحديث عن موظف هارنيل، الذي عمله الأساسي هو تسوية دعاوى.

#### ي.د. رأي أخصائي

1. أي رأي أخصائي تستند عليه هارنيل في تسوية الدعوى، سيتم بطريقة مهنية، سيكون واضحاً، وسيشمل اسمه، شهادته، دراسته المهنية ودوره كأخصائي، وقائمة بجميع المستندات التي استند عليها الأخصائي في إعداد رأيه المهني.
2. رأي الأخصائي كما هو مذكور أعلاه لن تتطرق بشكل مباشرة إلى حق الشخص المؤمن في الحصول على مُخصصات تأمينية.
3. طالما تعتمد هارنيل على رأي أخصائي في إطار تسوية الدعوى، سيتم إعطاء رأي الأخصائي للمدعي في موعد تقديم البلاغ ذي الصلة بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها أو بخصوص إعادة فحص الاستحقاق من جديد. سيتم إرفاق قائمة لرأي الأخصائي بكافة البلاغات والمستندات التي سلمها المدعي لهارنيل أو لأخصائي من جهتها لغرض كتابة رأي الأخصائي المهني، وكذلك أي مستند إضافي يستند عليه رأي الأخصائي. ( البلاغات والمستندات المذكورة أعلاه، سترسل إلى المدعي بحسب طلبه).
4. إذا كان رأي الأخصائي سري بحسب القانون، فسيتم منح المدعي بلاغاً خطياً يوضح سبب كون هذا الرأي سرياً.

#### ط.و. إحلال (استبدال) وحقوق تجاه طرف ثالث

1. قبل تقديم دعوى ضد طرف ثالث بموجب حق الإحلال، سيتم إرسال بلاغ خطي بهذا الشأن إلى الشخص المؤمن، خلال وقت معقول مسبقاً.
2. في حالة إصدار حكم في إطار دعوى إحلال، قرار تحكيم أو تم التوقيع على اتفاق تسوية، سيتم تزويد الشخص المؤمن بنسخة من القرار أو الاتفاقية خلال 14 يوم عمل من تاريخ استلام القرار في هارنيل أو من تاريخ توقيع الاتفاقية.
3. إذا تبين في إطار فحص الدعوى بأنه قد يكون للشخص المؤمن حق ضد طرف ثالث، الذي يمكن أن تقاضيه هارنيل بحكم الحق في الإحلال، فيجب ذكر هذا الأمر للشخص المؤمن في كل بلاغ بشأن عملية فحص الدعوى ونتائجها أو بلاغ بشأن إعادة فحص الاستحقاق من جديد.
4. لا يُشكل ما ذكر في هذا البند إلزاماً تجاه هارنيل بتمثيل الشخص المؤمن أو فرض واجب تقديم المشورة له.

#### ط.ز. دعوى ضد طرف ثالث

1. في أي حالة تلقت هارنيل طلباً من المدعي (الذي هو طرف ثالث) للحصول على معلومات تتعلق بوجود بوليصة لتأمين من مسؤولية شخص معين في أعقاب حالة معينة، تُقدم المعلومات في هذا الشأن إلى المدعي في غضون أربعة عشر يوم عمل من تاريخ طلب المدعي.
  2. في أي حالة يطلب فيها المدعي دفع مُخصصات التأمين، يتم إبلاغ الشخص المؤمن خطياً خلال سبعة أيام عمل من تاريخ الطلب، بأنه إذا لم يبلغها باعتراضه على دفع المُخصصات خلال 30 يوماً، سيتم الدفع للطرف الثالث مُخصصات التأمين التي تدين بها هارنيل للشخص المؤمن، طالما هي مُلزمة بدفعها.
  3. ستعمل هارنيل على توضيح مسؤوليتها تجاه الشخص المؤمن وفقاً للفترة والتواريخ المُحددة في أنظمة القواعد والقوانين.
  4. إذا وجدت أن هناك مسؤولية تجاه الشخص المؤمن، ولم يعارض الشخص المؤمن دفع ما سبق ذكره خلال الـ 30 يوماً المذكورة أعلاه، سواء أعلن عدم اعتراضه أو موافقته أو إذا لم تجب هارنيل إطلافاً، فسوف يتم دفع مُخصصات التأمين التي تدين بها هارنيل للشخص المؤمن.
- لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعاوى مُقدمة بحسب أمر قانوني.

#### ي.ز. تقديم إجابات ومعالجة توجهات الجمهور

ستقوم هارنيل بالرد خطياً لكل توجه مكتوب من الشخص المؤمن أو المدعي، سواء تم إرساله إلى المسؤول عن توجهات الجمهور أو إلى أي طرف آخر في هارنيل، في غضون فترة زمنية معقولة بحسب ظروف الموضوع، وعلى أي حال في موعد لا يتجاوز 30 يوماً من تاريخ استلام التوجه.

#### ي.ح. تقديم نسخ

1. ستقدم هارنيل للمدعي، بحسب طلبه، نسخة عن البوليصة أو عن الدستور، خلال 14 يوم عمل من تاريخ استلام الطلب.
2. بالرغم مما ذكر أعلاه، يمكن توجيه مدعي الذي هو طرف ثالث في تأمين من مسؤولية لصيغة البوليصة الموجودة على موقع الإنترنت.



3. ستقدم هارثيل للمدعي، بحسب طلبه، نسخ من كل مستند كان المدعي قد وقع عليه ، ومن كل مستند كان المدعي قد أرسله لها، أو من كل مستند وصل إليه بموافقة المدعي، خلال 21 يوم عمل من تاريخ استلام الطلب.

### قائمة المواعيد والفترات المحددة في منشور "تسوية دعاوى والتعامل مع توجهات الجمهور"

البند في المنشور	العملية	الموعد أو الفترة المحددة في المنشور
8 (أ) (6)	طلب لمعلومات ومستندات إضافية	14 يوم عمل من اليوم الذي تبين أنه هناك حاجة لهم.
8 (ب)	إرسال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	30 يوماً من اليوم الذي وصلت جميع المعلومات والمستندات التي طلبت من المدعي.
8 (و) (3)	إرسال بلاغ استمرار فحص الدعوى	كل 90 يوماً من يوم إرسال بلاغ بحسب البند 8 (ب).
8 (ط) (6)	إرسال بلاغ تغيير بخصوص خفض الدفعات لفترة طويلة أو إيقافها.	30 – 60 يوماً قبل موعد خفض أو إيقاف الدفع.
8 (ي.ب) (2)	تحويل نسخة من قرار قضائي أو اتفاقية	14 يوم عمل من يوم استلام القرار في الشركة أو من يوم توقيع الاتفاقية
8 (ي.ج) (1)	إرسال معلومات بخصوص وجود بوليصة	14 يوم عمل من موعد طلب البوليصة
8 (ي.ج) (2)	بلاغ للشخص المؤمن حول طلب مخصصات تأمين طرف ثالث	7 أيام عمل من يوم تقديم الطلب
8 (ي.د)	رد خطي لتوجهات الجمهور	30 يوم من موعد استلام توجه خطي .
8 (ط.و) (1)	إرسال نسخ عن البوليصة أو عن الدستور	14 يوم عمل من موعد استلام الطلب.
8 (ط.و) (3)	إرسال نسخ عن كل مستند وقع عليه المدعي	