

לקוח יקר,

בהמשך לפנייתך למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת הביטוח, מצורפת בזאת לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת התביעה.

אנא העבר אלינו טופס תביעה, המצורף במסגרת נספח א', לאחר שמילאת בו את הפרטים הנדרשים, בתוספת כל המסמכים המפורטים באותו נספח.

צוותי החברה עומדים לרשותך בכל עת.

בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עם נציג החברה בטלפון 1800-702-702.

בברכה,

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

תאריך _____

הגשת תביעה - פוליסת לאומית סיעוד

על מנת לטפל בתביעה, נבקשך להעביר אלינו את המסמכים הבאים:

1. **טופס הגשת תביעה:** יש למלא אחר כל השאלות כנדרש ולהקפיד כי המבוטח בלבד יחתום על הטופס.
2. **דף מידע רפואי(המצורף).**
3. **שאלון הערכה תפקודית:** ימולא ע"י מטפל בלבד.
4. **טופס ויתור סודיות:** חתום ע"י המבוטח בלבד (במידה והמבוטח אינו כשיר לחתום ונדרשת חתימת אפוטרופוס יש לצרף צו אפוטרופסות).
5. **צילום מסמכים רפואיים:** במידה והמבוטח השתחרר מאשפוז או משיקום, נא לצרף העתק מטופס השחרור.
6. **מבוטח המאובחן כחולה דמנציה/תשוש נפש - נא לצרף העתק מחוות דעת של רופא מומחה גריאטרי / פסיכיאטר / נוירולוג.**

את המסמכים נא לשלוח למשרדנו לכתובת:
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות לאומית סיעוד, ת.ד. 723 תל אביב 61006.

טופס הגשת תביעה- לאומית סיעוד

/ /																			
תאריך לידה				מס' זהות				שם פרטי				שם משפחה							
מיקוד		מס' בית		רחוב				כתובת: עיר											
																טלפון			

רופא מטפל										סניף									
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מוסד סיעודי/גריאטרי:

/ /																			
תאריך כניסה				כתובת				שם המוסד											

סך התשלום החודשי המשולם על ידי המבוטח בגין האשפוז: _____.

בית אבות:

/ /																			
תאריך כניסה				כתובת				שם המוסד											

פרטי איש קשר:

טל' נייד				טל' בבית				מס' זהות				שם פרטי				שם משפחה			
מיקוד		מס' בית		רחוב				כתובת: עיר											
										@									
מידת הקרבה למבוטח										כתובת מייל									

פירוט האירוע - השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול/אישפוז

דף מידע רפואי

ציין את שמות רופאי המשפחה ורופאים מקצועיים/מומחים שטיפלו בך כיום ובעבר:

אם עברת לקופ"ח לאומית מקופ"ח מכבי/מאוחדת/כללית, נא ציין את כל שמות הרופאים שטפלו בך.

שם הרופא	_____	סניף קופ"ח	_____
שם הרופא	_____	סניף קופ"ח	_____
שם הרופא	_____	סניף קופ"ח	_____
שם הרופא	_____	סניף קופ"ח	_____
שם הרופא	_____	סניף קופ"ח	_____
שם הרופא	_____	סניף קופ"ח	_____

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

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

בי"ח	_____	מחלקה/מרפאה	_____
בי"ח	_____	מחלקה/מרפאה	_____
בי"ח	_____	מחלקה/מרפאה	_____
בי"ח	_____	מחלקה/מרפאה	_____

האם פנית בעבר לקבלת עזרה בגין מצב סיעודי מהגורמים הבאים:

ביטוח לאומי-גמלת סיעוד: אחוז הגמלה _____ החל מתאריך ____/____/____ שם חברת הסיעוד _____

גמלת שירותים מיוחדים: אחוז הגמלה _____ החל מתאריך ____/____/____ שם חברת הסיעוד _____

גמלת ילד נכה: אחוז הגמלה _____ החל מתאריך ____/____/____ שם חברת הסיעוד _____

קצבת נייזות: אחוז הגמלה _____ החל מתאריך ____/____/____ שם חברת הסיעוד _____

משרד הביטחון: אחוז הגמלה _____ החל מתאריך ____/____/____ שם חברת הסיעוד _____

הקן לניצולי שואה: _____

האם הינך מעסיק עובד זר/ברשותך אישורים להעסקת עובד זר _____

החל מתאריך ____/____/____ באמצעות חברת _____

הצהרת המבוטח

אני הח"מ מצהיר שכל התשובות דלעיל נכונות ומלאות.

תאריך	/ /	שם משפחה ופרטי	חתימה
-------	-----	----------------	-------

שאלון הערכה תפקודית

למילוי ע"י רופא בלבד!

תאריך ביצוע ההערכה התפקודית

____ / ____ / ____

פרטים:

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.
שנת לידה	מין	טל

מקום ביצוע ההערכה הטיפקודית:

בית המבוטח

מרפאה

מוסד סיעודי גריאטרי - שם המוסד _____

בית אבות בו שוהה המבוטח החל מ ____ / ____ / ____, שם בית האבות _____

פרט טיפול תרופתי שמקבל המבוטח

אבחנות רפואיות ותאריכים

מצב תיפקודי:

<input type="checkbox"/> מרותק לכסא גלגלים <input type="checkbox"/> הולך בעזרת מכשיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> רתוק למיטה	<input type="checkbox"/> הליכה
<input type="checkbox"/> שיתוק גף ימין/שמאל, עליון תחתון <input type="checkbox"/> שיתוק ארבע גפיים <input type="checkbox"/> אין שיתוק <input type="checkbox"/> שיתוק שתי גפיים תחתונות	<input type="checkbox"/> שיתוק
<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> קימה מהמיטה <input type="checkbox"/> וכניסה אליה
<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה בהאכלה <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זונדה	<input type="checkbox"/> אכילה
<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> לבוש
<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה <input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> רחיצה
<input type="checkbox"/> שליטה מלאה <input type="checkbox"/> שליטה חלקית <input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט - שימוש בחיתולים, בפדים, בספוגיות <input type="checkbox"/> שליטה מלאה <input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט פעולות מעיים:	<input type="checkbox"/> שליטה על הסוגרים שתן:
<input type="checkbox"/> לא מתמצא בזמן ובמקום <input type="checkbox"/> מבולבל לעיתים קרובות <input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום <input type="checkbox"/> מבולבל לעיתים רחוקות	<input type="checkbox"/> התמצאות
<input type="checkbox"/> מצב דכאוני קבוע <input type="checkbox"/> לעיתים קרובות <input type="checkbox"/> תוקפני כל הזמן <input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות <input type="checkbox"/> לעיתים קרובות <input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות <input type="checkbox"/> לעיתים קרובות	<input type="checkbox"/> מצב רגשי מדוכא: תוקפן:

מטופל מטעם ביטוח לאומי
 עובד זר
 בן משפחה

לפרט המלצות להמשך טיפול:

לפרט המלצות לשרותי עזר/סעד:

לפרט המלצה לסידור מוסדי:

עד מתי המבוטח תיפקד באופן עצמאי:

מה גרם לשינוי:

חתימה וחותמת הרופא	שם הרופא	/ /
		תאריך

טופס ויתור על סודיות

אני החתום מטה נותן בזה רשות לכל חברת ביטוח בה בוטחתי בעבר ו/או בה הנני מבוטח בהווה ו/או שאבוטח בה בעתיד וכן לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים ואחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפה ו/או לכל מוסד פסיכיאטרי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למקומות עבודתי בעבר, בהווה ובעתיד ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או למבטחים וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי חולים אחרים, למסור לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש") ו/או לבאי כוחה את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. ולראיה באתי על החתום

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
/ /	X	
תאריך	חתימה	

טופס ויתור על סודיות - מיופה כוח

אני החתום מטה נותן בזה רשות לכל חברת ביטוח בה בוטחתי בעבר ו/או בה הנני מבוטח בהווה ו/או שאבוטח בה בעתיד וכן לקופות החולים ו/או לעובדיה הרפואיים ואחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפה ו/או לכל מוסד פסיכיאטרי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למקומות עבודתי בעבר, בהווה ובעתיד ו/או למוסד לביטוח לאומי ו/או למבטחים וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי חולים אחרים, למסור למיופה כוחי (להלן "המבקש") ו/או לבאי כוחי את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפיכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. ולראיה באתי על החתום

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
/ /	X	
תאריך	חתימה	

ייפוי כוח

אני הח"מ _____ מרח' _____ מייפה את כוחו של _____ ת. זהות _____ לפעול בשמי ועבורי בפני כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ בעניין כספים, זכויות וחובות שיש לי, בקשר עם פוליסת לאומית סיעוד. מיופה כוחי יהיה רשאי לעשות פעולות בשמי ובמקומי בכל הפעולות הבאות, כולן או מקצתן, הכל בקשר לעניין הנ"ל ולכל הנובע ממנו כדלקמן:

1. לבקש ולקבל מידע ו/או חו"ד רפואית על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי מכל רופא או מוסד שבדק אותי כל חו"ד אחרת הנוגעת לעניין הנ"ל.

2. להתפשר בכל עניין הנובע מהעניינים האמורים לעיל לפי שיקול דעתו של מיפה כוחי ולחתום על פשרה כזו עם כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ.

ולראיה באתי על החתום

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
/ /	X	
תאריך	חתימה	

אני _____ עד לכך שהחתימה על מסמך יפוי כוח זה נעשתה על ידי מייפה הכוח מרצונו החופשי ותוך הבנת משמעותו ותכנו של יפוי כוח זה.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
קופות חולים, בתי חולים
מרפאות, רופאים
וכל מאן דבעי

טופס ויתור סודיות

אני הח"מ: _____ ת.ז. _____, הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח: "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן-"חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

בכבוד רב,

_____ תאריך

_____ חתימה

אל: המוסד לביטוח לאומי

_____ תאריך:

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, עובד / עורך דין של כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.

_____ חותמת חברת הביטוח / עורך הדין

_____ חתימה

אל: המוסד לביטוח לאומי

_____ תאריך:

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, עובד / עורך דין של כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.

_____ חותמת חברת הביטוח / עורך הדין

_____ חתימה

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

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

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