

לקוח/ה יקר/ה

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה בגין תביעת סיעוד עפ"י תנאי הפוליסה.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים אנא העבר אלינו:

כלל חברה לביטוח, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 723 תל אביב 6100701, או לפקס שמספרו, 077-6383024.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו: 1800-70-27-02.

מחלקת תביעות סיעוד

מערך התביעות

כלל חברה לביטוח בע"מ

הליך בירור ויישוב התביעה

לקוח/ה יקר/ה

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

לקוח/ה המעוניין/ת להגיש תביעה למימוש זכויותיו/ה לפי תנאי פוליסת ביטוח, מתבקש/ת לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהלקוח/ה, תבחן החברה את זכאות הלקוח לתגמולי ביטוח או לקצבה, לפי העניין, בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח.

לתשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, להיעזר במומחה¹ פנימי או חיצוני מטעמה לצורך בירור התביעה, כגון רופא מומחה או מבצע הערכה תפקודית/בדיקת תשישות נפש במסגרת בדיקת תביעה לקבלת תגמולי סיעוד. במקרה כזה שמורה ללקוח הזכות להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה.

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

יודגש כי תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981² או עפ"י תנאי הפוליסה המאוחר מביניהם. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו, או במועד קיומו.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסת ביטוח, על הלקוח/ה למלא את טופס התביעה המתאים מבין טפסי התביעה המצורפים כנספח ג', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח ב'.

במידה והלקוח/ה מבקש/ת לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא/ה, עליו/ה להמציא קבלות מקוריות. הזכאות לשיפוי בגין הוצאות תקבע בהתאם לדין או לפוליסת הביטוח ובכפוף להמצאת המסמכים.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח/ה להעביר אלינו לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 723 תל אביב 610701, מחלקת תביעות ביטוח סיעוד או לפקס 077-6383024. אנו מבקשים להבהיר כי לצורך יישוב התביעה יש לשלוח את טופס התביעה ואת המסמכים לכתובת או לפקס הנזכרים לעיל בלבד, ואין די במשלוח הטופס ו/או המסמכים לכל כתובת או פקס אחרים, לרבות לא אל סוכן הביטוח.

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

¹ לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.
² יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות למשל לעניין קטין.

נספח א'

מערכת הכללים

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

מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבלה אצלה תביעתו, ערכת מסמכים הכוללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורך בירור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורך בירור התביעה.

בהקדם האפשרי לאחר שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך שנדרשו מהתובע בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע הודעה בכתב על קבלת המסמך ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה.

אם החברה זקוקה למסמך נוסף על אלו שנדרשו על ידי החברה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע- על החברה לדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו התברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנתבקשו לראשונה מהתובע, ובכל מקרה בתוך 30 ימים ממועד זה, החברה תמסור הודעה לתובע על יישוב התביעה (בדרך של תשלום, תשלום חלקי, פשרה או דחייה), או תמסור לו הודעה בדבר המשך בירור.

הודעת יישוב תביעה שתימסר לתובע, תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החוזר, בהתאם לאופן בו יושבה התביעה:

הודעת תשלום תכלול, בין השאר, פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שמדובר בהודעת תשלום עיתי, ההודעה תכלול בנוסף, בין השאר, גם את משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות.

הודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד הפשרה ואת הסכום שנקבע בפשרה.

הודעת דחייה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחייה לרבות התנאי, התניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה.

מקום שנמסרת לתובע הודעת המשך בירור, תכלול ההודעה את הסיבות בגינן נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים.

ככלל, הודעת המשך בירור תימסר לתובע כל תשעים ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה.

התיישנות

תשומת לבך, בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תתווסף פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת ההתיישנות הרלוונטית לסוג הפוליסה נשוא תביעתך, וזאת בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות.

יודגש - הגשת תביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בירור תביעה בעזרת מומחה

הסתמכה החברה על חוות דעת מומחה לצורך יישוב התביעה, חוות הדעת תהיה מנומקת, ותכלול את כל הפרטים הנדרשים על פי החוזר לרבות רשימת המסמכים עליהם נסמכת חוות הדעת. חוות הדעת תועבר לידי התובע כחלק מהודעת יישוב התביעה הרלוונטית שתימסר לו.

היענות לפניית מבוטח או תובע

כל פניה בכתב של מבוטח או תובע תיענה על ידי החברה בכתב בתוך שלושים ימים לכל היותר ממועד קבלת הפניה בחברה.

בקשה של תובע לקבל העתק מהפוליסה תיענה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה.

בקשה של תובע לקבל העתק ממסמך אשר התובע חתום עליו או ממסמך אשר הגיע לידי החברה מהתובע או בהסכמתו, תיענה בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה בחברה.

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את העקרונות על פיהם תנהג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיף 8 לחוזר גופים מוסדיים 2011-9-5 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>

נספח ב'

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.

- א. סיכומי אשפוזים מבתי חולים.
- ב. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריטריות.
- ג. במקרה של תשישות נפש - אבחנה מנוירולוג או פסיכוגריאטר.
- ד. סיכומי ביקורים וחוות דעת של גורמים פרא רפואיים, כגון מרפאים בעיסוק ועובדים סוציאליים.
- ה. תיק הביטוח הלאומי ואישורי זכאות מביטוח לאומי.
- ו. אישור על העסקת עובד זר.
- ז. במקרה של תביעה לשיפוי בגין הוצאות אשפוז - קבלות מקוריות המעידות על התשלומים.
- ח. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור על קיום חשבון בנק.
- ט. צילום תעודת זהות.
- י. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר - העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה/צו ירושה.
- יא. במקרה של שהייה בדיר מוגן / מוסד סיעודי / בית אבות - תיק רפואי של המוסד.

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

שופס 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:

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

מחלקה/מרפאה	ב"ח
מחלקה/מרפאה	ב"ח
מחלקה/מרפאה	ב"ח
מחלקה/מרפאה	ב"ח

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

הקרה 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 התיפקודית:

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:

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

מטופל על ידי: עובד זר מטפל מטעם ביטוח לאומי 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

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

קופות חולים, בתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח

וכל מאן דבעי

הנדון: טופס ויתור סודיות

אני הח"מ: _____ ת.ז. _____¹ הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח: "כלל 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 ו/או למי מטעמה את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי 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
עד לחתימה: שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____ תאריך: _____
.....	אל:
אני הח"מ _____ ת.ז. _____, עובד / עורך דין של חברת הביטוח _____ מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.
חותמת חברת הביטוח / עורך הדין	חתימה
.....
.....	אל:
אני הח"מ _____ ת.ז. _____, עובד / עורך דין של חברת הביטוח _____ מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.
חותמת חברת הביטוח / עורך הדין	חתימה
.....

¹ במקרה של קטין או של אפוטרופוס שמונה עפ"י חוק, יש למלא הפרטים המפורטים בסוף טופס ויתור סודיות זה.

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

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

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

.....
.....

במקרה שמונה אפוטרופוס- יש להחתים את האפוטרופוס שמונה על פי חוק:

להלן פרטי האפוטרופוס:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____ חתימת האפוטרופוס: _____ תאריך _____

ייפוי כוח

אני הח"מ _____ מרח' _____ מייפה את כוחו של _____ לפעול בשמי ועבורי בפני כלל 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 מיפה הכוח מרצונו החופשי ותוך הבנת משמעותו ותכנו של יפוי כוח זה.