

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 ב', 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.

את מסמכי התביעה ניתן לשלוח באמצעות:

1. פקס : 077-6383024
2. דואר : כלל בריאות- מחלקת תביעות סיעוד לאומית, בית סונול, רח' מנחם בגין 52, תל אביב מיקוד 67137 ת.ד. 723 מיקוד 61006
3. כלל בריאות- מחלקת תביעות סיעוד לאומית, ת.ד. 723 מיקוד 61006

בברכה,

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

## הליך בירור ויישוב תביעה

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

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

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהלקוח, 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 במומחה 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 אלה: 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').

**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-1981<sup>1</sup>. 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.**

## הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסת ביטוח, על הלקוח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב **כנספת ב'**, בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט באותו נספח.

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

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח להעביר אל החברה לכתובת: כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, למחלקת תביעות סיעוד (לאומית סיעוד), ת.ד. 723 תל אביב 61006, או לפקס: 077-6383051. מובהר 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.

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

<sup>1</sup> יצוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, קבועות הנוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטגן.

## 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 להציאם 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 נתברר 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.

**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 שתמסר 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>

## 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: ימלא 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 / פסיכוגריאטריות.
  - 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 בדיוור מוגן / מוסד סיעודי / בית אבות – תיק רפואי של המוסד.

**את המסמכים נא לשלוח למשרדנו לכתובת:**

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות לאומית סיעוד, ת.ד. 723 תל אביב 61006.

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 קוגניטיבית, 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.

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

הקרן 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.

_____	_____	___/___/___
-------	-------	-------------

**כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ**

תאריך	שם משפחה ופרטי	התימה
-------	----------------	-------

**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"/> עצמאי <input type="checkbox"/> רתוק למיטה	<input type="checkbox"/> הולך בעזרת מכשיר	<input type="checkbox"/> מרותק לכסא גלגלים	<b>הליכה</b>
<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	<b>שיתוק</b>
<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<b>קימה מהמיטה וכניסה אליה</b>
<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> זונדה	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה בהאכלה		<b>אכילה</b>
<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<b>לבוש</b>
<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<b>רחיצה</b>
<b>שתן:</b> <input type="checkbox"/> שליטה מלאה <input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט – שימוש בחיתולים, בפדים, בספוגיות	<input type="checkbox"/> שליטה חלקית <input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט	<b>שליטה על הסוגרים</b>
<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום <input type="checkbox"/> מבולבל לעיתים רחוקות	<input type="checkbox"/> לא מתמצא בזמן ובמקום <input type="checkbox"/> מבולבל לעיתים קרובות		<b>התמצאות</b>
<b>מדוכא:</b> <input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות <b>תוקפן:</b> <input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות	<input type="checkbox"/> לעיתים קרובות	<input type="checkbox"/> מצב דכאוני קבוע <input type="checkbox"/> תוקפני כל הזמן	<b>מצב רגשי</b>

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:**

---



---

תאריך	/ /	שם הרופא	חתימה וחותמת הרופא
-------	-----	----------	--------------------

**כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ**

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

**הנדון: טופס ויתור סודיות**

אני הח"מ: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_<sup>1</sup> 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 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 הסייעודי 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,

חתימה \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_  
עד לחתימה: שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

אל: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
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.

חתימה \_\_\_\_\_  
חותמת חברת הביטוח / עורך הדין \_\_\_\_\_

אל: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
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.

חתימה \_\_\_\_\_  
חותמת חברת הביטוח / עורך הדין \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

### 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.