

## 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. 944 תל אביב 6100802, או לפקס שמספרו:

077-6383051 או לכתובת מייל: [malitvisiud@clal-ins.co.il](mailto:malitvisiud@clal-ins.co.il)

**אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו: 03-6388400.**

מחלקת תביעות סיעוד

מעורר התביעות

כלל חברה לביטוח בע"מ

## **הליך בירור ויישוב תביעה**

### **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 במומחה<sup>1</sup> פנימי או חיצוני<sup>1</sup> 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-1981<sup>2</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/ה למלא את טופס התביעה המתאים מבין טפסי התביעה המצורפים כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח ג'.

במידה והלקוח/ה מבקש/ת לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא/ה, עליו/ה להמציא קבלות מקוריות. הזכאות לשיפוי בגין ההוצאות 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. 944 תל אביב 6100802, מחלקת תביעות סיעוד, או לפקס: 077-6383051. 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.

---

<sup>1</sup> לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.  
<sup>2</sup> 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 בגין 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.

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. 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.

## **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 5-9-2011 (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'

תאריך \_\_\_\_\_

### טופס הגשת תביעה – סיעוד

|            |  |         |  |           |  |            |  |     |  |          |  |
|------------|--|---------|--|-----------|--|------------|--|-----|--|----------|--|
| שם משפחה   |  | שם פרטי |  | מס' זהות  |  | תאריך לידה |  | / / |  | טל' בבית |  |
| כתובת: עיר |  | רחוב    |  | מס' בית   |  | מיקוד      |  |     |  |          |  |
| כתובת מייל |  | @       |  | טל' נייד  |  |            |  |     |  |          |  |
| קופת חולים |  | סניף    |  | רופא מטפל |  |            |  |     |  |          |  |

**מעבר מידע בין החברות בקבוצת כלל, שמירה במאגרי מידע** – הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים ו/או אחרים בהם נוהגת קבוצת כלל לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות אחרות מקבוצת כלל ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת כלל ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות קבוצת כלל, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה.

**הסכמה לפניה באמצעי תקשורת אלקטרונית** – מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שהחברות בקבוצת כלל תוכלנה לספק לי שירות, הצעות שיווקיות וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אלי באמצעים אלקטרוניים שונים, בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

#### מוסד סיעודי/גריאטרי:

|          |  |       |  |             |  |     |  |
|----------|--|-------|--|-------------|--|-----|--|
| שם המוסד |  | כתובת |  | תאריך כניסה |  | / / |  |
|----------|--|-------|--|-------------|--|-----|--|

סך התשלום החודשי המשולם על ידי המבוטח בגין האשפוז: \_\_\_\_\_.

#### בית אבות:

|          |  |       |  |             |  |     |  |
|----------|--|-------|--|-------------|--|-----|--|
| שם המוסד |  | כתובת |  | תאריך כניסה |  | / / |  |
|----------|--|-------|--|-------------|--|-----|--|

#### פרטי איש קשר:

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

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:

|          |            |
|----------|------------|
| 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 ניידות: אחוז הגמלה \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שם חברת הסיעוד \_\_\_\_\_  
 משרד הבטחון: 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.

|       |                |       |
|-------|----------------|-------|
| תאריך | שם משפחה ופרטי | חתימה |
|-------|----------------|-------|

שאלון הערכה תפקודית  
למילוי ע"י רופא בלבד!

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| /                           | / |
| תאריך ביצוע ההערכה התפקודית |   |

פרטים:

|          |          |      |
|----------|----------|------|
|          |          |      |
| שם פרטי  | שם משפחה | ת.ז. |
|          | ז / נ    |      |
| שנת לידה | מין      | טל'  |

**מקום ביצוע ההערכה התפקודית:**

- ☐ 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 תפקודי:

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

|       |          |                    |
|-------|----------|--------------------|
| תאריך | שם הרופא | חתימה וחותמת הרופא |
|-------|----------|--------------------|

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

## הנדון: טופס ויתור סודיות

אני הח"מ: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ 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 ו/או ליועץ 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.

בחתמתי 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:

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.

חותמת חברת הביטוח / עורך הדין

חתימה

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.

חותמת חברת הביטוח / עורך הדין

חתימה

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים, האפוטרופוסים 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>2</sup> במקרה של קטין או של אפוטרופוס שמונה ע"י חוק, יש למלא הפרטים המפורטים בסוף טופס ויתור סודיות זה.