

נספח א' - הדרכה בנוגע לטופס הגשת תביעה בגין פוליסת סיעוד והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

טופס הגשת תביעת סיעוד כולל סעיפים, אשר אנו מבקשים למלא, לעניין:

1. פרטים אישיים של המבוטח ובחירת אופן משלוח מסמכים והודעות בקשר לתביעה.
2. פרטי איש הקשר לניהול התביעה ככל שאינו המבוטח על מנת שנוכל לעמוד עמו בקשר בנוגע לתביעה.
3. פרטי השתלשלות המחלה בציון מועד מקרה הביטוח, תאריכי טיפול ואשפוז.
4. בחירת סוג התביעה – השתתפות בהוצאות בגין אשפוז סיעודי או שירותי סיעוד/פיצוי בגין טיפול סיעודי ביתי.
5. מתן מידע בנוגע למקום הימצאו של המבוטח ומידע סיעודי נוסף כגון גמלאות וביטוחים סיעודיים ככל שקיימים.
6. הצהרה על נכונות המידע שנמסר ומתן אישור לגבי שימוש ושמירת המידע.
7. פרטי חשבון בנק בצירוף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון לצורך ביצוע העברה בנקאית במידה והתביעה תאושר.
8. בנוסף, קיים מסמך מידע רפואי לצורך קבלת שירות סיעוד אשר אנו ממליצים כי ימולא על ידי הרופא המטפל.
9. כמו כן, מצורף טופס ויתור סודיות - בכדי שנוכל לפעול בשם המבוטח לצורך הוצאת מסמכים רפואיים ואחרים, יש למלא את פרטי המבוטח המאשר בחתימתו העברת מידע רפואי לחברת הביטוח כולל החתמת מאמת חתימה. טופס זה אושר על ידי מרבית הגופים במשק כך שמילואו באופן חלקי עלול לגרום להארכת זמן הטיפול ולבקשה חוזרת שלנו למלא באופן תקין בהתאם להנחיות בטופס עצמו.

לצורך טיפול בתביעה נבקש לצרף את המסמכים ברשימה להלן:

1. טופס הגשת תביעה סיעודית.
2. טופס ויתור סודיות רפואית.
3. אישור על העסקת עובד זר (במידה וקיים) – לרבות מכתב השמה.
4. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון לצורך העברה בנקאית.
5. צילום תעודת זהות.
6. במקרה של תביעה של מבוטח שנמצא/היה במסגרת משרד החינוך, במידה ורלוונטי יועבר כתב ויתור סודיות מופנה למשרד החינוך ודרישה לדוחות.
7. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר – העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / צו ירושה / כתב ויתור סודיות ליורשים.
8. במקרה של שהייה בדיור מוגן / מוסד סיעודי / בית אבות – יש לצרף קבלות וחשבוניות.

בנוסף, אנו נפעל לאיסוף מסמכים ומידע רפואי מול גורמים שונים באמצעות טופס ויתור סודיות כפי שיועבר אלינו. במקביל, באפשרותך להעביר אלינו ישירות את המסמכים הבאים והדבר יוכל לייעל את הטיפול בתביעה:

1. מידע רפואי לצורך קבלת שירות סיעוד – אנו ממליצים כי ימולא ע"י הרופא המטפל.
2. סיכומי אשפוזים מבתי חולים.
3. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריאטריות.
4. במקרה של תשישות נפש – אבחנה מרופא מומחה בתחום כגון: נוירולוג, פסיכוגריאטר וגריאטר או פסיכיאטר.
5. סיכומי ביקורים וחוות דעת של גורמים פרא רפואיים כגון מרפאים בעיסוק.
6. תיק הביטוח הלאומי ואישורי זכאות מביטוח לאומי.
7. במקרה של שהייה מוסד סיעודי / בית אבות – תיק רפואי של המוסד.
8. כל אישור רפואי המעיד על המועד שהחל ממנו חדל המבוטח לתפקד באופן עצמאי.

מה יקרה בהמשך:

עם קבלת מסמכי התביעה נוציא מכתב המפרט את המסמכים שהגיעו, יתקבל מספר תביעה לצורך המשך טיפול ובמקרים בהם יהיה צורך במידע נוסף או הבהרות, נבקש מידע נוסף בהתאם. ככל שהמבוטח יידרש לכך, עליו להעמיד עצמו לבדיקה מטעמו על ידי רופא מומחה או אחות. הבדיקה תתואם עם המבוטח או עם איש הקשר כפי שצוין בטופס התביעה, מראש, לפי זמינות והיא תערך במקום מגורי המבוטח או במוסד הסיעודי בו הוא שוהה. לאחר קבלת תוצאות הבדיקה וכל המסמכים שהתבקשו, לפי העניין, על מנת שנוכל לקבל החלטה בתביעתך בהתאם לתנאי הפוליסה, נודיעך את עמדתנו בכתב. אם יתברר כי אינכם זכאים לתגמולי הביטוח, תישלח אליכם הודעה בכתב המפרטת את הסיבות. השגות על החלטת חברת הביטוח בדבר דחיית התביעה – ניתן לפנות למוקד התביעות שינחה לגבי אופן הפנייה לוועדת הערר.

ניתן להשיג על ההחלטה באמצעות פניה לוועדת ערר "מכבי סיעודי" שכתובתה רח' ראול ולנברג 36 תל אביב 6136902.

מבוטח יחשב כבעל צורך סיעודי אם כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו 3 פעולות מתוך 6: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות או לחלופין במקרה והוא זקוק להשגחה בשל "תשישות נפש" (כמו למשל במקרה של אלצהיימר). ההגדרות המלאות מפורטות בפוליסה.

הכללים לקביעת זכאות לקבלת גמלת סיעוד:

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.

המבחנים להגדרה של חוסר יכולת לבצע 50% מכל פעולת ADL:

בכל אחת מפוליסות הסיעוד מוגדרת רשימה של פעולות יומיומיות (ADL) ("Activities of Daily Living"). בהתאם לאמור בכל פוליסה ופוליסה, במקרה בו המבוטח אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות X מתוך הפעולות האמורות, הוא יחשב כסיעודי ויהא זכאי לתגמולי סיעוד, הכל בהתאם לתנאי הפוליסה. על מנת שייקבע כי מבוטח אינו מסוגל לבצע פעולת ADL מסוימת לא נדרשת חוסר יכולת לקיים את הפעולה במלואה, אלא רק 50% ממנה או יותר. במסגרת ביצוע בדיקת ההערכה התפקודית נבדקות יכולותיו של המבוטח לבצע את פעולות ה-ADL. השאלה האם המבוטח יכול או שאינו יכול לבצע 50% מכל פעולת ADL נקבעת במסגרת הבדיקה האמורה לאור התרשמותו של הבודק מטעם המבטח ובהתאם למפורט בטופס ההערכה התפקודית. יובהר שוב כי בסופו של תהליך השאלה האם יכול המבוטח לבצע ADL או לא תקבע בהסתמך על מכלול נתונים ומידע, כאשר בדיקת ההערכה התפקודית היא אחד הפרמטרים.

להלן טבלת המועדים להליך יישוב התביעה בהתאם לחוזר ישוב תביעות – ביטוח סיעודי

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד הקבוע בחוזר
5.1.6(ב)(1)	שליחה טפסי תביעה למבוטח (לרבות טופס ויתור סודיות)	עד יום עסקים אחד (1) ממועד הפנייה
5.1.6(ב)(1)	שליחת טפסי תביעה למבוטח (לרבות טופס ויתור סודיות) אשר פנה באמצעות דואר או פקס	עד חמישה (5) ימי עסקים ממועד הפנייה
5.1.6(ב)(3)(ב)	הודעת קבלת מסמכים על-ידי הנציג האישי בשיחה טלפונית	עד שני (2) ימי עסקים ממועד קבלת הטפסים
5.1.6(ב)(3)(ב)	הודעת קבלת מסמכים על-ידי הנציג האישי בשיחה טלפונית למבוטח אשר פנה באמצעות דואר או פקס	עד חמישה (5) ימי עסקים ממועד קבלת הטפסים
5.1.6(ב)(3)(ג)	פניית החברה לגורמים הרלוונטיים לקבלת מידע הנדרש לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח	עד שני (2) ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
5.1.6(ב)(4)	הכרעת בתביעת המבוטח	עד עשרים (20) ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים ולאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח
5.1.6(ב)(5)	הפניית המבוטח לביצוע הערכת תפקוד קובעת	עד עשרים (20) ימי עסקים ממועד קבלת הודעת המסמכים ולאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה אינו מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח
5.1.6(ב)(7)	הכרעה בתביעת המבוטח	עד חמישה-עשר (15) ימי עסקים ממועד קבלת הערכת התפקוד הקובעת
5.1.6(ג)(2)	יצירת קשר עם המבוטח לתיאום מועד לביצוע הערכת תפקוד	עד שלושה (3) ימי עסקים לאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה אינו מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח
5.1.6(ג)(2)	ביצוע הערכת תפקוד קובעת	עד שלושה (3) ימי עסקים ממועד יצירת קשר עם המבוטח לתיאום הערכת התפקוד (אלא אם ביקש המבוטח שההערכה תתבצע במועד מאוחר יותר)
5.1.6(ג)(10)	העברת ממצאי הערכת התפקוד על-ידי הספק המעריך למבוטח ולחברת הביטוח	בתוך שלושה (3) ימי עסקים ממועד ביצוע הערכת התפקוד
5.1.6(ג)(10)	שליחת ממצאי הערכת תפקוד למבוטח	בתוך שלושה (3) ימי עסקים ממועד בקשת המבוטח
5.1.6(ד)(1)(ב)	דחיית החברה את ממצאי הערכת התפקוד הקובעת	עד חמישה-עשר (15) ימי עסקים ממועד קבלת תוצאות הערכת התפקוד הקובעת
5.1.6(ד)(1)(ג)	הודעה למבוטח על דחיית ממצאי הערכת התפקוד הקובעת	בסמוך לקבלת החלטה כאמור בסעיף 5.1.6(ד)(1)(ב)
5.1.6(ד)(2)(ב)	מינוי ספק מכריע	עד שלושה (3) ימי עסקים ממועד ההודעה למבוטח על דחיית הערכת התפקוד הקובעת
5.1.6(ד)(2)(ג)	הגשת חוות דעתו המקצועית של הספק המכריע לחברת הביטוח	עד חמישה (5) ימי עסקים מקבלת החומר הרלוונטי
5.1.6(ד)(2)(ג)	העברת חוות דעתו המקצועית של הספק המכריע למבוטח	מיד עם קבלתה
5.1.6(ה)	ערעור המבוטח על כל החלטה לגבי תביעתו	בכל עת (בכפוף להתיישנות)