

## מה עלי לעשות?

טרם הגשת תביעה, נבקשך לבדוק כי בדיך פוליסה המעניקה כיסוי סיעודי. ניתן להיעזר בסוכן הביטוח שלך או בכניסה לאזור המידע האישי שבאתר הראל.

ככל שיש ברשותך כיסוי לסיעוד, עליך להעביר אלינו טופס הגשת תביעה בגין פוליסת סיעוד בצירוף המסמכים המפורטים להלן באחד מהאמצעים הבאים:

- הגשת תביעה מקוונת באזור האישי באתר הראל
- כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il
- פקס: 03-7348597
- מספר לשליחת מסרון: 052-3240345
- למשלוח דואר: הראל חברה לביטוח בע"מ, מח' תביעות סיעוד, אבא הילל 3, ת.ד. 1903, בית הראל רמת גן, מיקוד 5211801

## מה כולל טופס הגשת תביעת סיעוד ומהם הנספחים עלי להוסיף?

כדי שנוכל לבדוק את זכאותך נבקשך למלא את טופס התביעה כולל נספחיו כמפורט:

1. טופס התביעה כולל פרטים אישיים, דרכי יצירת קשר, מינוי איש קשר לתביעה\*, פירוט היסטוריה רפואית ופרטי האירוע בגינו מוגשת התביעה. \*בפרטי איש קשר - ניתן למנות יותר מאדם אחד. שים לב כי איש הקשר אינו משום מיפה כוח או אפוטרופוס מבחינה משפטית ומשמש כתובת נוספת ליצירת קשר עם המבוטח, לקבלת/מסירת מידע בקשר עם התביעה ולטיפול בה. מבוטח המעוניין שאיש הקשר ישמש כמויפה כוח, יעביר יפוי כוח חתום או צו מינוי אפוטרופוס על-ידי בית המשפט. במידה ומונה אפוטרופוס או קיים יפוי כוח נטריוני, יש לצרפו.
2. שאלון הערכה המפרט את מצבך התפקודי/קוגניטיבי.
3. טופס ויתור סודיות - כדי שנוכל לפעול בשימך להוצאת מסמכים רפואיים ואחרים עליך לחתום על טופס ויתור הסודיות כולל החתמת מאמת חתימה, המאשר כי החתימה שייכת לך. טופס זה נבנה ואושר ע"י מרב הגופים במשק, כך שמילואו בחלקו יגרום להארכת זמן הטיפול ולבקשה חוזרת שלנו למלא את הטופס בצורה תקינה. יש לעקוב אחר ההנחיות בטופס עצמו.
4. בנוסף נבקש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון בנק ע"ש המבוטח או בא כוחו כדי לבצע העברה בנקאית לתגמולי הביטוח במידה ותמצא זכאי.
5. עבור מבוטח סיעודי השוהה במוסד סיעודי ובמידה והשהות במוסד סיעודי משפיעה על גובה הפיצוי בפוליסה, יש להעביר קבלות שוטפות חודש בחודשו בדבר תשלום בפועל למוסד לצורך מימוש הזכאות. עד להעברת הקבלות, כאמור, ישולם הפיצוי לפי שהות מבוטח בביתו. ככל שיועברו קבלות בדיעבד תבוצע התאמה בגובה הפיצוי עבור התקופה בה שהה המבוטח בפועל במוסד ובניכוי כספים ששולמו והכל כפוף לתנאי הפוליסה.

כדי לייעל טיפול בתביעתך וככל שיש ברשותך מסמכים רפואיים, חוות דעת רופאים מומחים, מכתבי שחרור מאשפוז או בי"ח, תוצאות בדיקות לרבות חוות דעת רופא אורולוג/פרוטולוג/גסטרואנטרולוג/במקרה וקיימת אבחנה לאי שליטה, אבחונים ואישורים המעידים על מצבך התפקודי ו/או הקוגניטיבי באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה.

## מה יקרה בהמשך?

נציג אישי מטעמנו יצור עימך / מי מטעמך קשר טלפוני. ככל עדכון במצב התביעה תישלח אליך הודעה. כמו כן ניתן לוודא הגעת מסמכים במענה הממוחשב בטלפון 1-700-702-870, השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל או בפקס.

## אם הכול ברור ותקין

בהגעת מסמכי התביעה נוציא מכתב המפרט את המסמכים שהגיעו, יתקבל מספר תביעה לצורך המשך טיפול.

## אם תידרשנה הבהרות כלשהן או בדיקה מטעמנו

ברוב המקרים נבקשך להיבדק ע"י רופא או אחות או מומחה בתחום, מטעמנו. הבדיקה תתואם עימך או עם איש הקשר שציינת בטופס התביעה מראש ולפי זמינותך. לידיעתך, באפשרותך לצרף אדם נוסף מטעמך שיהיה נוכח במהלך הבדיקה. ברצוננו להדגיש, כי לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש מסמכים נוספים רפואיים או אחרים, לפי הצורך. הודעה על כך תצא אליך בכתב.

## קבלת החלטה בתביעה

לאחר קבלת תוצאות הבדיקה וכל המסמכים שנדרשו על מנת שנוכל לקבל החלטה לעמידתך בתנאי הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה, נודיעך את עמדתנו בכתב.

|  |  |  |
|--|--|--|
| משולח טופס תביעה בפניית המבוטח למבטח/סוכן                            | פניה ישירה (טלפון / קבלת קהל)                  | 1 יום עסקים                              |
| התקשרות טלפונית של נציג אישי   | פניה בכתב (דואר / פקס)                         | 5 ימי עסקים                              |
| פתיחת תביעה ופניה לגורמים רלוונטים לקבלת כל מידע דרוש                | פניה ישירה (טלפון / קבלת קהל)                  | 2 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים           |
| קבלת החלטה בתביעות ללא בדיקה   | פניה בכתב (דואר / פקס)                         | 5 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים           |
| החליטה החברה שהמידע אינו מספק לקביעה תפנה לביצוע הערכה תפקודית קובעת | קבלת החלטה על סמך מסמכים בלבד                  | 2 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים     |
|  | יצירת קשר עם המבוטח לתיאום בדיקה               | 3 ימי עסקים מיום קבלת החלטה בצורך בבדיקה |
|  | ביצוע הבדיקה                                   | 3 ימי עסקים מיום שתואמה הבדיקה עם המבוטח |
|  | העברת תוצרי הבדיקה למבוטח ולחברה               | 3 ימי עסקים מביצוע הבדיקה                |
|  | הכרעה (אישור / דחיה) בתביעה לפי הערכת תפקוד    | 15 ימי עסקים ממועד קבלת הערכה בחברה      |
|  | תיקון טעות סופר ו/או העברה לעיון אצל ספק מכריע | 3 ימי עסקים                              |
|  | חוו"ד ספק מכריע                                | 5 ימי עסקים ממועד העברת פניית החברה      |
|  | ביקש המבוטח מהחברה את תוצאות הבדיקה            | 3 ימי עסקים                              |

מידע על זמני טיפול נוספים בתביעה ניתן למצוא ב"טבלת המועדים והתקופות הקבועות בחוזר יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור" כפי שכתובה ב"מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור".

### לתשומת ליבך

- אין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.
- תנאי הפוליסה הקובעים לעניין הזכאות והיקף תגמולי הביטוח הינם בהתאם לתנאי הפוליסה במועד שבו אירע מקרה הביטוח.
- מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.

בברכה,

מחלקת תביעות סיעוד  
הראל חברה לביטוח בע"מ

אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1903, רמת גן, מיקוד 5211801  
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

**מבטח נכבד,**  
על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה למלוי מירב בפרטים בטפסי התביעה.  
אם המבטח קטין, אחד מהוריו ימלא את הטופס, אך שני ההורים יחתמו.  
טופס זה אינו מהווה הכרה בזכאות המבטח לתשלום כלשהו.  
מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870. השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל ובפקס.

**א פרטים אישיים**

|  |         |   |            |
|--|---------|---|------------|
| שם משפחה   | שם פרטי | מספר ת.ז.   | תאריך לידה |
| טלפון נייד   |         | כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא |            |
| כל ההודעות הקשורות לתביעתך יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך ו/או של איש הקשר (ככל ומסרת פרטי איש קשר). אם ברצונך שהודעות אלו ישלחו לדוא"ל שלך ו/או של לאיש הקשר אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל. לחילופין, אם ברצונך לקבל הודעות אלו בדואר ישראל אנא סמן זאת כאן: <input type="checkbox"/> בדואר ישראל  |         |   |            |
| פרטיי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.<br>הנני מאשר לעדכן את פרטיי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו.<br><input type="checkbox"/> מאשר/ת <input type="checkbox"/> לא מאשר/ת<br>מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת.<br>לידיעה - במידה ולא אפשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.<br>לידיעתך, לצורך ייעוץ ושיפור השירות הניתן לך על ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת "האיזור האישי" שלך שבאתר החברה. |         |   |            |

**ב פרטי איש קשר**

|   |         |   |            |
|---|---------|---|------------|
| שם משפחה  | שם פרטי | מספר ת.ז.   | קרבה למבטח |
| טלפון נייד  |         | כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא |            |
| רחוב  | מס' בית | שכונה   | יישוב      |
| כל ההודעות הקשורות לתביעתך יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך ו/או של איש הקשר (ככל ומסרת פרטי איש קשר). אם ברצונך שהודעות אלו ישלחו לדוא"ל שלך ו/או של לאיש הקשר אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל. לחילופין, אם ברצונך לקבל הודעות אלו בדואר ישראל אנא סמן זאת כאן: <input type="checkbox"/> בדואר ישראל |         |   |            |
| לידיעתך, איש הקשר אינו משום מיפה כוח או אפטרופוס מבחינה משפטית ומשמש כתובת נוספת ליצירת קשר עם המבטח, לקבלת/מסירת מידע בקשר עם התביעה ולטיפול בה. מבטח המעוניין שאיש הקשר ישמש כמיופה כוח, יעביר ייפוי כוח חתום או צו מינוי אפטרופוס על-ידי בית המשפט.  |         |   |            |

**ג הסכמה לשימוש בדוא"ל ע"י מבטח ו/או איש הקשר**

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוון החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת קבוצת הראל, או מי מטעמה, להעביר אלי מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת דוא"ל שגרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

.....

|       |               |           |       |
|-------|---------------|-----------|-------|
| תאריך | שם + שם משפחה | מספר ת.ז. | חתימה |
|-------|---------------|-----------|-------|

**ד מינוי הסוכן לטיפול בתביעה**

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב'..... לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

תאריך:..... שם+שם משפחה:..... חתימת המבטח:.....

לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה לרבות פירוט הפוליסות שבהן הינך מבטח (שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שלך, שהינך מייפה את כוחו בהסכמתך זו, הינו הסוכן המטפל בהן), יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

**ה מקום מגורים**

|   |       |             |       |       |      |
|---|-------|-------------|-------|-------|------|
| <input type="checkbox"/> בית / בית מוגן / בית אבות <input type="checkbox"/> מוסד סיעודי / גריאטרי | רחוב  | מספר בית    | יישוב | מיקוד | ת.ז. |
| שם מוסד/בית אבות/דיר מוגן   | מחלקה | תאריך כניסה |       |       |      |



אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1903, רמת גן, מיקוד 5211801  
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

שם המבוטח.....  
מספר ת.ז.....

## 1 פרטי האירוע - השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אשפוז באפשרותך לצרף מסמכים נוספים לרבות אישורים מגופים מוסדיים אחרים כגון ביטוח לאומי

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## 2 בדיקת ביטוח לאומי

ככל והמוסד לביטוח לאומי ביצע לך הערכת תלות לצורך קביעת הזכאות בסיעוד אנא סמן  כן

## 3 נבקשך לציון את שמות רופאי המשפחה ורופאים מקצועיים/מומחים שטיפלו בך כיום ובעבר

| שם הרופא המטפל | סניף        | שם קופת חולים |
|----------------|-------------|---------------|
| שם הרופא       | תחום התמחות | שם המרפאה     |
| שם הרופא       | תחום התמחות | שם המרפאה     |

## 4 אנא ציין שמות בתי חולים, מחלקות ומרפאות בתי חולים בהם טופלת

| בית חולים | מחלקה/מרפאה | תאריכי אשפוז |
|-----------|-------------|--------------|
| בית חולים | מחלקה/מרפאה | תאריכי אשפוז |

## 5 רשימת מרפאות זיכרון מוסדות, מרפאות ועבור תביעת קטין: רשימת בתי ספר, סניפי טיפת חלב, בהם המבוטח ביקר

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

ברצוננו להזכירך, כדי לייעל את הטיפול בתביעה, ככל שיש ברשותך מסמכים רפואיים, חוות דעת רופא מומחה לרבות אורולוג/פרוקטולוג/גסטרואנטרולוג, מכתבי שחרור מאשפוז או בי"ח, תוצאות בדיקות, אבחונים ואישורים המעידים על מצבך התפקודי או קוגניטיבי באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה.

אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1903, רמת גן, מיקוד 5211801  
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

שם המבוטח: .....

מספר ת.ז.: .....

## י א במידה ותביעתך תאושר, נבקשך לציין פרטי חשבון לביצוע העברה בנקאית יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון בנק של המבוטח

בנק: ..... שם סניף: ..... מס' סניף: ..... מס' החשבון: .....

**תשלום בתביעת קטין:** אנו החתומים מטה, הורי הקטין מבקשים להעביר את תגמולי הביטוח בגין תביעה מספר ..... לחשבון הבנק המשותף שעל שמנו ..... או לחילופין לחשבון האם או האב שמספרו ..... ע"ש ..... (יש לצרף צילום המחאה או אישור ניהול חשבון בנק) או לחילופין להנפיק המחאה ע"ש האם או האב (יש לצרף צילום ת.ז. של שני ההורים).

בחתימתנו על גבי מסמך זה הרינו לאשר כי עם קבלת תגמולי הביטוח כמבוקש לעיל לא תהיה לנו ו/או למי מטעמנו כל תביעה ו/או טענה מכל סוג שהוא כלפי הראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה בנוגע לביצוע התשלום בגין תביעה זו.

|          |           |  |
|----------|-----------|--|
| שם ההורה | מספר ת.ז. | חתימה:  |
| שם ההורה | מספר ת.ז. | חתימה:  |

**פוליסות שיפוי:**

במקרה של תשלום חד פעמי לספק שירות מוכר ובמקרה של תשלומים עיתיים בסך העולה על 5,000 ש"ח - יש באפשרותך לפנות אלינו ולבקש שהתשלום יבוצע ישירות לספק השירות כאמור.

לתשומת ליבך! ניתן לתבוע גם את הביטוח המשלים של קופת החולים ו/או חברת ביטוח אחרת. במקרה זה, בתביעה זו יוחזר ההפרש שבין סכום ההחזר בביטוח המשלים של קופת החולים ו/או חברת ביטוח אחרת, עד לגובה הסכום המכוסה על פי הפוליסה. לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים). קבלת החזרים כפוליים עומדת בניגוד להוראות הדין ולהוראות פוליסת הביטוח.

**הנני מתחייב כי אדווח להראל חברה לביטוח בע"מ על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין קבלה זו והריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להחזר/פיצוי בגין קבלה זו.**

ככל שלא מצורפות קבלות מקוריות לטופס התביעה, יש להשיב על השאלות הבאות:

האם הקבלות המקוריות הוגשו לגורם אחר לצורך קבלת החזר?  כן  לא


אם כן, אנא העבר אישור של הגורם אליו הוגשו הקבלות בדבר גובה החזר, אשר ניתן על ידו.

האם בכוונתך להגיש את הקבלות לגורם אחר לצורך קבלת החזר?  כן  לא

אם כן, עליך לעדכן את הראל ואת הגורם הנוסף על מנת שלא ישולמו החזרים כפולים.

## י ב הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ייתר המידע אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הדעת מסר קצר (SMS)), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

תאריך: ..... חתימת המבוטח: 

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il), באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף תביעות בריאות וח"ל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פניה טלפונית למספר 03-7547777.

## י ג פסקת התיישנות

הננו להביא לתשומת לבך, כי בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - א' 1981, ככל שתחילתה של פוליסת הפרט שברשותך לאחר יום 25.11.2020, תקופת התיישנות להגשת תביעה הינה חמש שנים מקרות מקרה הביטוח.


ככל שתחילתה של פוליסת הפרט שברשותך לפני יום 25.11.2020, תקופת התיישנות להגשת תביעה הינה שלוש שנים מקרות מקרה הביטוח. בפוליסת "סיעודי מושלם פלוס" לחברי שירותי בריאות כללית - תקופת התיישנות להגשת תביעה הינה שלוש שנים מקרות מקרה הביטוח. לידיעתך, בתביעות סיעוד מקרה הביטוח מתרחש מידי יום ביומו ולכן תקופת התיישנות, מתחילה להימנות מדי יום ביומו ביחס לאותו היום כל עוד מתקיים מקרה הביטוח.

ככלל, הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ התיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ התיישנות. במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת התיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשרה שנים.

הערה: ככל שקיים הסדר ייחודי בתנאי פוליסה מסוימת, יגברו הוראות ההסדר הייחודי על האמור לעיל והכל בקשר לכיסויים מכח אותה פוליסה.

## י ד הצהרת המבוטח ו/או בא כוחו

אני הח"מ מצהיר בזה שכל התשובות דלעיל ולהלן נכונות ומלאות ואני מאשר/ת מסירת מידע מכל סוג לאיש הקשר המפורט לעיל.

תאריך: ..... שם + שם משפחה: ..... חתימה: 

# טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.



הראל חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות בביטוחי סיעוד, אבא הילל 3, ת.ד. 1903, בית הראל רמת גן, מיקוד 5211801  
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597; כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

לצורך בדיקה האם המסמכים הגיעו להראל ניתן להתקשר למענה ממוחשב: 1-700-702-870. השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת טופס זה באמצעי אלקטרוני.

| פרטי מבטח   |      | שם משפחה |       | שם פרטי |  | מס' ת. זהות |  | שם האב |  |
|---|------|----------|-------|---------|--|-------------|--|--------|--|
| רחוב  | מספר | עיר      | מיקוד | טל'     |  |             |  |        |  |
| <p>אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכוון מור ו/או המכוון הרפואי לביטוחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירותי בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למשרד הרווחה, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכוון גנטי ו/או למכוון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה..... (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.</p> <p>אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.</p> <p>ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.</p> <p>בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בענייני כלל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים) ולהעביר לאיש הקשר, אשר מיניתי לטפל בתביעה מטעמי, את כל המידע וההחלטות בנושא התביעה.</p> <p>בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.</p> |      |          |       |         |  |             |  |        |  |

| פרטים נוספים   |                | שם קופ"ח |  | שם המוסד |  |
|----------------|----------------|----------|--|----------|--|
| שם קופ"ח       | סניף           | מס' חבר  |  |          |  |
| שם קופ"ח קודמת | מס' אישי בצה"ל |          |  |          |  |

**ג שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכוונים, מעבדות, בתי ספר, גנים**

|        |        |
|--------|--------|
| .....1 | .....5 |
| .....2 | .....6 |
| .....3 | .....7 |
| .....4 | .....8 |

**ד חתימת המבטח**

|                  |             |
|------------------|-------------|
| שם פרטי+שם משפחה | חתימת המבטח |
|------------------|-------------|

**ה במקרה של חסוי (במקרה של קטין/חסוי, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס וצילום ת.ז. של האפוטרופוס)**

בנוסף על האמור לעיל, הננו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה:

|                      |      |       |
|----------------------|------|-------|
| שם ההורה/אפוטרופוס * | ת.ז. | חתימה |
| שם ההורה/אפוטרופוס * | ת.ז. | חתימה |

\* במקרה של קטין/חסוי יצינו את שמם ויחתמו על המסמך כל האפוטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

**ו חתימת עד מהימן\*\***

|                   |              |                    |   |
|-------------------|--------------|--------------------|---|
| תאריך מילוי הטופס | שם עד לחתימה | מס' ת.ז. עד לחתימה | חתימה וחותמת עם מספר רישיון של עד מהימן |
|-------------------|--------------|--------------------|---|

\*\* עד מהימן - רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח (יש לצרף צילום תעודת סוכן).



02/2022 36622.4 100 הרואל

על פי הגדרת המינימום הקבועות בחוזר הפיקוח 5-1-2013, ובכפוף להוראות חוזר הפיקוח 9-9-2016 (שתחולתו לעניין זה החל מיום 1.9.2016), מקרה ביטוח יוגדר לפי סטנדרטיים מינימאליים הבאים:

**א. מוגבלות תפקודית** - מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות מספר מסוים, הקבוע בפוליסה, של הפעולות הבאות:

1. **לקום ולשכב**: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לשיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.
  2. **להתלבש ולהתפשט**: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבראו להרכיב חגורה רפואית או גפה מלאכותית.
  3. **להתרחץ**: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
  4. **לאכול ולשתות**: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
  5. **לשלוט על סוגרים**: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
  6. **ניידות**: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע. יודגש, כי בפוליסת סיעוד מושלם לעמית קופ"ח כללית, אי יכולתו של מבוטח לנוע ללא כסא גלגלים תחשב כאי יכולתו לנוע באופן עצמאי; ואולם היה מבוטח ללא יכולת לנוע ללא כסא גלגלים אולם בעל יכולת עצמאית לנוע עם כסא גלגלים ממקום למקום בתקופת הביטוח שהסתיימה לפני יום ז' בתמוז התשע"ז (1 ביולי 2017), ובמהלך תקופת הביטוח הנוכחית השתנתה יכולתו העצמאית כך שאינו יכול לנוע באופן עצמי עם כסא הגלגלים, יראו בו כמבוטח שאינו יכול לנוע באופן עצמאי החל ממועד שבו השתנתה יכולתו העצמאית כאמור.
- ב. תשישות נפש** - מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

## כיצד נקבעת הזכאות לקבלת גמלת סיעוד?

בחנית הזכאות לקבלת גמלת סיעוד מובצעת על-יסוד כלל המידע הרפואי של המבוטח, ובכלל זה, מסמכים וחוות דעת רפואיות, מידע אודות מחלות רקע וטיפולים תרופתיים שמקבל או קיבל המבוטח, מידע אודות אשפוזים שעבר וכיוצא באלה.

בנוסף, בחלק ניכר מן המקרים מובצעת למבוטח הערכה תפקודית (בדיקה פיזית/קוגניטיבית) ע"י איש מקצוע מטעם הראל, שעיסוקו בין היתר, בתחום הערכות תפקודיות ו/או קוגניטיביות. בחינה זו של איש המקצוע תבוצע בתאום עם בני משפחה או אנשי הקשר של המבוטח.

במסגרת הערכה זו תיבחן יכולתו התפקודית ו/או הקוגניטיבית של נבדק במסגרת הבית או במסגרת דומה לכך (כגון: מוסד בו שוהה המבוטח), ולא מחוץ לבית.

במסגרת ההערכה התפקודית יבחנו על-ידי איש המקצוע פרמטרים כדוגמת הפרמטרים הכלולים בטופס המצ"ב. יצוין, כי פרמטרים אלו מובאים לצורך הדגמה והמחשה בלבד, והם עשויים להשתנות מעת לעת.

## הכללים והמבחנים לקביעת זכאות לקבלת גמלת סיעוד

### 1. מוגבלות תפקודית

במסגרת הבחינה האם מצבו של המבוטח מזכה אותו, בהתאם לתנאי הפוליסה והוראותיה, בקבלת גמלת סיעוד, עקב מוגבלות תפקודית, נבחנת רמת תפקודו של המבוטח ביחס לכל אחת מן הפעולות המפורטות בסעיף א. לעיל, תוך חלוקה למספר רמות תפקוד, אשר תפורטנה להלן:

**1.1. עצמאות** - בהגדרה זו נכללים מצבים בהם לא נדרשת עזרה של אדם אחר לשם ביצוע הפעולה, ועל כן הפעולה אינה מוגדרת כפעולה שהמבוטח אינו מסוגל לבצע חלק מהות ממנה. תחת הגדרה זו, קיימים שני מצבי משנה:

1.1.1. עצמאות מלאה (ללא עזרה) - לשם ביצוע הפעולה לא דרושה למבוטח כל עזרה והוא מבצע בצורה בטוחה תוך זמן סביר ללא אביזרי עזר.

1.1.2. עצמאות בעזרת מכשיר - המבוטח מבצע את הפעולה ללא עזרת אדם אחר, אך בעזרת מכשיר.

**1.2. תלות** - לשם ביצוע הפעולה על-ידי המבוטח נדרש אדם אחר לצורך השגחה או עזרה פיזית, אשר בהעדרה לא תבוצע הפעולה כלל. בחלק מן המקרים הנמנים על קבוצה זו יוגדר המבוטח כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מן הפעולה, כמפורט להלן:

1.2.1. תלות מתונה - המבוטח מסוגל לבצע מעל 50% מהפעולה ועל כן אינו מוגדר כמי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן הפעולה. במצב תפקוד זה נכללים המקרים הבאים:

1.2.1.1. השגחה או סידור - לשם ביצוע הפעולה דרושים השגחה, דרבון או שכנוע, אך לא נדרשים עזרה או מגע פיזי, או לחלופין, דרוש סיוע בסידור או ארגון של אביזרי עזר.

1.2.1.2. מגע פיזי מינימאלי - לשם ביצוע הפעולה דרושה עזרה של מגע קל בלבד.

**1.3. עזרה מתונה / בינונית** - לשם ביצוע הפעולה דרושה עזרה גדולה יותר מאשר מגע, אך המבוטח מבצע למעלה מ- 50% מהפעולה ועל כן אינו מוגדר כמי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן הפעולה.

**1.4. תלות רבה** - המבוטח מסוגל לבצע פחות מ 50% מן הפעולה ועל כן דרושה עזרה רבה או מלאה, אשר בהיעדרן לא תבוצע הפעולה. במצב זה מוגדר המבוטח כמי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן הפעולה בכוחות עצמו.

על יסוד מבחנים אלו, מבוצעת בחינה פרטנית של יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מכל אחת משש הפעולות בכוחות עצמו, בין היתר, באופן הבא: שליטה על סוגרים - אי שליטה על אחד מהסוגרים תיחשב כאי יכולת של המבוטח לבצע חלק מהותי מן הפעולה של שליטה על סוגרים בכוחות עצמו. מבוטח שבשל היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן, ושבשל קושי בניידות אינו מסוגל לשלוט על סוגריו, ייחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של הפעולה "לשלוט על סוגרים", כהגדרתה בחוזר סיעוד.

לעניין זה "קושי בניידות" - קושי בניידות שאינו עולה כדי חוסר יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) מפעולת "הניידות" כהגדרתה בחוזר סיעוד.

רחצה - החברה מביאה בחשבון לצורך בחינת יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מהפעולה בכוחות עצמו, לרבות צורך בסיוע בכניסה וביציאה מאמבטיה/מקלחת. במקרה זה מבצעת החברה שקלול על העזרה הנדרשת בפעולת הרחצה בפועל עם יכולתו של המבוטח להיכנס ולצאת מהאמבטיה/מקלחת.

לקום ולשכב - נבחנת יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מהפעולה "לקום ולשכב".

ניידות - המבוטח מוגדר כמי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן את הפעולה כאשר אינו יכול לנוע באופן עצמאי בדרך כלשהי ללא עזרת אדם. מבוטח שסובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום, יחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) מפעולת ה"ניידות" כהגדרתה בחוזר סיעוד.

אכילה - חיתוך, הכנה והגשה של המזון אינם נחשבים כאי יכולת לבצע חלק מהותי של פעולת האכילה. צורך בהאכלה פיזית של המבוטח תיחשב כאי יכולת לבצע את הפעולה.

הלבשה - החברה מביאה בחשבון לצורך בחינת יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מהפעולה בכוחות עצמו גם היכולת ללבוש מגוון פרטי לבוש. במקרה של צורך בהרכבת גפה מלאכותית, מבוצע שקלול של העזרה הנדרשת בפעולת ההלבשה עם העזרה הנדרשת בהרכבת הגפה המלאכותית.

## 2. תשישות נפש

כאמור לעיל, תשישות נפש, הינו מצב נוסף המזכה בקבלת גמלת סיעוד. (בכל מקרה יהיה המבוטח זכאי לתגמולים בגין מצב מזכה אחד בלבד) קביעה לעניין תשישות נפש תעשה רק ע"י רופא מומחה בתחום, דהיינו גריאטר, פסיכיאטר ופסיכוגריאטר ו/או נירולוג. לצורך קבלת החלטה זו, יבחנו על-ידי הרופא המומחה, בין היתר, תולדות המחלה, התרשמות כללית, מעקב רפואי, וטיפול תרופתי.

## תביעה לתקופה שאושרה לתקופה העולה על 3 חודשים

אישורה של תביעה עיתית לתקופות קצובות נוספות מעבר לתקופה שאושרה, מצריך בתום התקופה, שאושרה לתשלום, בחינה מחדשת של מצבו של המבוטח מבחינה רפואית ותפקודית.

בעת הבחינה מחדשת של החבות ואופן ביצועה יובאו בחשבון, בין היתר, מצבו הרפואי של המבוטח, גילו, המידע שמסר המבוטח לחברה ותנאי הפוליסה. בחינת הזכאות מחדש יכול שתעשה, בין היתר, בהתאם למצבו של המבוטח וגילו בדרך של בדיקת מסמכים רפואיים עדכניים אודות מצבו הרפואי או התפקודי של המבוטח, או באמצעות בדיקת המבוטח ע"י גורמים מקצועיים מתאימים מטעם הראל.

לקראת תום תקופת הזכאות תפנה אליך הראל לצורך עריכתה של בדיקת הזכאות המחודשת. במסגרת פנייה זו ייתכן שתידרש להעביר להראל מסמכים רפואיים עדכניים או לתאם בדיקה להערכת מצבך התפקודי והרפואי העדכני, במסגרת המועדים שיצוינו בפניה.

אי העברת המסמכים במועד שתבקש להעבירם ו/או חוסר שיתוף פעולה בקשר עם קיומה של בדיקה של המבוטח על ידי גורם מקצועי מתאים שנקבע לכך על ידי הראל במועד, עלולים להביא להפסקת תשלום תגמולי הביטוח או לעיכוב בתשלומם.

הראל שומרת לעצמה הזכות לקיים בדיקה מחדשת של זכאות במידת הצורך, גם במקרים בהם אושרה זכאותו של מבוטח לתקופה קצובה מראש ובמהלך התקופה התקבל בהראל מידע השונה מזה שמסר המבוטח ו/או היה ידוע בהראל ועולה ממנו כי ייתכן והמבוטח חדל מלהיות זכאי לתגמולי ביטוח.

## תביעה שאושרה לתקופה של 3 חודשים או פחות

אושרה תביעה עיתית לתקופה של 3 חודשים או פחות, והמבוטח סבור כי מצבו הרפואי והתפקודי מהווים משום צידוק לאישורה של התביעה לתקופות נוספות, יעביר המבוטח לקראת תום התקופה שאושרה לתשלום מידע רפואי ומפורט אודות מצבו המעודכן להראל.

הראל תברר חבותה בהתאם למידע הרפואי שהעביר המבוטח ובמידת הצורך בדרך של בדיקת המבוטח ע"י גורם מקצועי מטעם החברה.

## הוראות כלליות

ההוראות האמורות לעיל הינן בגדר עקרונות כלליים ליישוב תביעת סיעוד, המובאים לשם הדוגמא וההמחשה בלבד ואין בפרסומם כדי לחייב את החברה לנהוג באופן זה בדיוק במקרה פרטני. החברה שומרת על זכותה לשנותם מעת לעת, ולהתאימם במידת הצורך לכל מקרה ומקרה פרטני, ובכלל זה לשנות ולהתאים את טופס ההערכה התפקודית הנלווה למסמך עקרונות זה.

יצוין, כי בכל מקרה התנאים המחייבים לכל דבר ועניין הינם התנאים הקבועים בפוליסת הביטוח של המבוטח, וכי הזכאות לקבלת גמלת סיעוד וקבלתה של זו, כפופות לכלל ההוראות והתנאים הקבועים בפוליסה זו, לרבות, אך לא רק, החרגות רפואיות, תקופות המתנה ויתר הוראות הפוליסה.



# הערכה □ תפקודית / □ קוגניטיבית / □ משולבת

(יש לבחור את הבדיקה המתאימה)

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

לכבוד:

מחלקת תביעות סיעוד - אגף תביעות חיים, סיעוד ותאונות אישיות

רופא/ה, אח/ות לתשומת ליבכם, סעיפים 10-12 ימולאו ע"י רופא/ה בלבד.

## 1 פרטי המבוטח כולל אופן זיהוי המבוטח, שפת ביצוע הערכה ונוכחות נציג מטעם המבוטח

|  |  |            |
|--|--|------------|
| שם המבוטח  | מספר ת.ז.  | תאריך לידה |
| כתובת: רחוב  | מס'  | יישוב      |
| מיקום הבדיקה   | האם הבדיקה בוצעה בשפתו של המבוטח?  | תאריך לידה |
| □ בית המבוטח □ דיור מוגן □ מוסד סיעודי □ בבו"ח □ כן □ לא | □ האם נכח גורם נוסף בבדיקה? □ כן □ לא  | מיקוד      |
| □ האם דובר את שפתו של המבוטח ותרגם את הדברים? □ כן □ לא  | □ האם המבוטח ביקש/אישר את נוכחות הגורם הנוסף? □ כן □ לא                                      |            |
| □ במידה ולא נכח, מדוע?                                   | □ כיצד זוהה המבוטח? □ ת.ז./דרכון □ רישיון נהיגה □ מסמך אחר (יש לציין שם מסמך ואם כולל תמונה) |            |

## 2 מסמכים רפואיים שעמדו לרשותך (במידה ומסמכים הוצגו ע"י המבוטח בעת הביקור, נבקש לצלמם ולהעבירם בצמוד לסיכום הבדיקה)

א. ....

ב. ....

ג. ....

## 3 אבחנות רפואיות/מחלות רקע

| תאריך גילוי | מחלה |
|-------------|------|
|             |      |
|             |      |
|             |      |

## 4 אשפוזים בחודשים האחרונים

| תאריך אשפוז | סיבה ואבחנה |
|-------------|-------------|
|             |             |
|             |             |
|             |             |

## 5 תרופות קבועות

פירוט: .....

.....

.....

## 6 אנמנזה ותולדות מחלות עבר

פירוט: .....

.....

.....



**7 טבלת תפקוד (יש לפרט ככל הניתן במלל את "ממצאי הפעולה" ולציין מפורשות האם הודגמה הפעולה)**

| שם הפעולה   | מצאי פעולה  | עצמאי / אינו עצמאי               |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |
|---|---|----------------------------------|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <p><b>א. לקום משכיבה במיטה לשיבה ולקום משיבה בכיסא לעמידה</b></p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום ממצב שכיבה למצב ישיבה במיטה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?</p> <p>ii. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום מכיסא ממצב ישיבה למצב עמידה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?</p>  | פירוט: .....  |                                  |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |
| <p><b>ב. הלבשה</b></p> <p>i. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו העליון? (חולצה)</p> <p>ii. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשיט את פלג גופו התחתון? (מכנסיים או חצאית)</p>  | פירוט: .....  |                                  |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |
| <p><b>ג. רחצה</b></p> <p>i. האם המבוטח יכול להתרחץ בכוחות עצמו באמבטיה או במקלחת בעמידה או בישיבה על כיסא רחצה על פי הפירוט בטבלה:</p> <p>ii. האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להיכנס ולצאת מהאמבטיה או המקלחת?</p>  | <p>נא לסמן באם המבוטח יכול או לא יכול לבצע בכוחות עצמו:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>כניסה ויציאה</th> <th>פלג גוף עליון</th> <th>פלג גוף תחתון</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> יכול</td> <td><input type="checkbox"/> יכול</td> <td><input type="checkbox"/> יכול</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> לא יכול</td> <td><input type="checkbox"/> לא יכול</td> <td><input type="checkbox"/> לא יכול</td> </tr> </tbody> </table> <p>פירוט: .....</p> | כניסה ויציאה                     | פלג גוף עליון | פלג גוף תחתון                       | <input type="checkbox"/> יכול       | <input type="checkbox"/> יכול       | <input type="checkbox"/> יכול       | <input type="checkbox"/> לא יכול | <input type="checkbox"/> לא יכול | <input type="checkbox"/> לא יכול |  |
| כניסה ויציאה  | פלג גוף עליון   | פלג גוף תחתון                    |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> יכול   | <input type="checkbox"/> יכול   | <input type="checkbox"/> יכול    |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> לא יכול  | <input type="checkbox"/> לא יכול  | <input type="checkbox"/> לא יכול |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |
| <p><b>ד. לאכול ולשתות</b></p> <p>i. כולל שתיה ולא אכילה בעזרת קשית לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו</p>  | פירוט: .....  |                                  |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |
| <p><b>ה. שליטה על הסוגרים</b></p> <p>i. האם קיימת אי שליטה?</p> <p>במידה ולא מתקיים סעיף i האם מתקיים הסעיף הבא:</p> <p>ii. האם קיימת הגדרת היענות נמוכה של שלפוחית השתן וקושי בניידות?</p> <p>זאת במידה ומתקיימים שני הסעיפים הבאים ביחד:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>האם ישנה אבחנת אורולוג או מבחן אורודינמי להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן?</li> <li>האם קיים קושי בניידות שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולת ניידות, ולפיכך אינו מסוגל לשלוט על סוגריו?</li> </ul> <p>(במידה ומתקיים אחד משני הסעיפים, יש לפרט תאריכי אבחנה, שם והתמחות רופא מאבחן ואילו מסמכים ובדיקות עמדו לרשותך)</p> | <p>נא לסמן באם המבוטח שולט או לא שולט בכל פעולה:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>שתן</th> <th>פעולות המעיים</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> שליטה מלאה</td> <td><input type="checkbox"/> שליטה מלאה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> חוסר שליטה</td> <td><input type="checkbox"/> חוסר שליטה</td> </tr> </tbody> </table> <p>פירוט: .....</p>   | שתן                              | פעולות המעיים | <input type="checkbox"/> שליטה מלאה | <input type="checkbox"/> שליטה מלאה | <input type="checkbox"/> חוסר שליטה | <input type="checkbox"/> חוסר שליטה |                                  |                                  |                                  |  |
| שתן   | פעולות המעיים   |                                  |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> שליטה מלאה   | <input type="checkbox"/> שליטה מלאה   |                                  |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> חוסר שליטה   | <input type="checkbox"/> חוסר שליטה   |                                  |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |
| <p><b>ו. ניידות</b></p> <p>i. האם המבוטח יכול לנוע בכוחות עצמו?</p> <p>ii. האם המבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום? במידה וכן האם קיים תיעוד רפואי או אחר לנפילות ומהי הסיבה הרפואית, האם ניתן להסביר נפילות אלה באבחנה רפואית? ככל שניתן נא להתייחס לתדירות</p> <p>iii. באם היה ברשות המבוטח אביזר (כגון מקל הליכה, הליכון) האם היה אביזר זה פותר את בעיית חוסר היציבות / אי שיווי משקל?</p>   | פירוט: .....  |                                  |               |                                     |                                     |                                     |                                     |                                  |                                  |                                  |  |

**8 באבחנה למחלת הסרטן, נא לפרט**

האם המבוטח/ת עובר/ת טיפולים:  כן  לא

אם כן, יש לציין את סוג הטיפול: .....

תדירות הטיפול: .....

תאריך תחילת הטיפול: .....

צפי סיום סידרת הטיפולים: .....

**9 מי מתגורר עם המבוטח בבית והאם מוכר ומקבל עזרה מגוף/מוסד אחר?**

פרט: .....

האם מוכר כסיעודי ע"י גורם מוכר (כדוגמא ביטוח לאומי, חברת ביטוח)?  כן  לא

האם יש עוזרת / מטפלת זרה או מטפלת מטעם המוסד לביטוח לאומי?  כן  לא

מה היקף השעות השבועיות: .....

אין למלא  
דוגמא להמחשה בלבד

שם המבוטח: ..... תעודת זהות: .....

**10 בדיקה גופנית**

|           |  |
|-----------|--|
| מצב כללי  |  |
| נשימתי    |  |
| ראש, פנים |  |
| צוואר     |  |
| לב        |  |
| בטן       |  |
| גפיים     |  |
| עור       |  |

**11 בדיקה נירולוגית ואורתופדית**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| מצב הכרה                    |  |
| כח גס ידיים                 |  |
| טווחי תנועה ידיים           |  |
| טונוס שרירים ידיים          |  |
| כח גס רגליים                |  |
| טווחי תנועה רגליים          |  |
| טונוס שרירים רגליים         |  |
| קואורדינציה ומוטוריקה עדינה |  |
| החזרים גידים                |  |
| בדיקת תחושה                 |  |
| עצבים קרניאליים             |  |
| החזרים פתלוגיים             |  |
| מח קטן                      |  |
| גב                          |  |
| צוואר                       |  |
| פירוט נוסף: .....           |  |

**12 בדיקה קוגניטיבית-תשישות נפש (ימולא על ידי מומחה בתחום כגון רופא מומחה בתחום הגריאטריה או פסיכיאטריה)**

|   |  |
|---|--|
| <b>תשישות נפש</b><br>האם המבוטח נזקק להשגחה במרבית שעות היממה בשל פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית, כגון אלצהיימר או צורות דמנטיות שונות?<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |  |
| ככל שנקבעה תשישות נפש, על איזה רקע הפגיעה הקוגניטיבית והאם המצב זמני או קבוע? .....   |  |
| פירוט: .....  |  |

### סיכום בדיקה:

#### 13 סיכום הבודק לרבות התייחסות לצפי שיקום במידה וקיים (ימולא ע"י רופא/ה ו/או אח/ות)

פירוט: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

פרטי הבודק ימולא ע"י (רופא/ה או אח/ות):

שם: ..... מ.ר: ..... חתימה וחותמת הבודק:  .....

שעת תחילת בדיקה: ..... שעת סיום בדיקה: ..... משך זמן בדיקה: .....

אין למלא  
דוגמא להמחשה בלבד

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 5-9-2011, מפורטת להלן מערכת הכללים לבירור וליישוב תביעות בהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "הראל"). אם ברצונך לקבל העתק ממערכת כללים זו, יש באפשרותך לפנות לשם כך אל אגף השירות בהראל בטלפון שמספרו 1-800-55-11-22 או להדפיס אותה ישירות מאתר האינטרנט של החברה (להלן: "אתר האינטרנט").

הראל תפעל בכל הקשור לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור על פי האמור במערכת כללים זו, כמפורט להלן:

#### א. הגדרות

במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלהלן:

- יום / ימים** - ימי עסקים שאינם כוללים ימי שישי, ימי שבת, ערבי חג, חגי ומועדי ישראל.
- תביעה** - דרישה מהראל למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח או לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלבנטיות למימוש זכויות כאמור.
- תובע** - מי שהציג תביעה להראל, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי הראל להיפרע את הטבת הנזק כאמור.
- מומחה** - בין אם הוא עובד של הראל ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי ולמעט ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

#### ב. תחולה

מערכת כללים זו חלה על ענפי הביטוח הבאים:

- ביטוח פנסיה** - לגבי סיכוני נכות ומוות בלבד;
- ביטוח חיים** - לגבי סיכוני אבדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד;
- ביטוח מפני תאונות אישיות**;
- ביטוח מפני מחלות ואשפוז**, למעט ביטוח שיניים ולמעט ביטוח בריאות לעובדים זרים וביטוח בריאות המיועד למתן כיסוי ביטוחי לטובת זרים בישראל - וזאת לעניין קבלת שירותים במישרין מספק השירות הרפואי ובלא מעורבות של המבטח;
- ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי** (נוסח חדש), התש"ל - 1970 (להלן "הפקודה") ביטוח רכב מנועי - רכוש (עצמי וצד שלישי);
- ביטוח מקיף לדירות**;
- ביטוח מטען, תאונות, מחלות ואשפוז בנסיעות לחוץ לארץ.**

\*\*\* מערכת כללים זו לא תחול על תביעות לתשלום בגין נזק עצמי בביטוח רכב מנועי - רכוש או בביטוח מקיף דירות, של תובע שבבעלותו לפחות 40 כלי רכב או דירות ואשר בעת כריתת חוזה הביטוח ויתר על תחולתה באופן מפורש.

#### ג. מועד תחילה

תחילתה של מערכת כללים זו ביום 1/6/2011.

על אף האמור לעיל, תחילתה של מערכת הכללים לגבי ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), התש"ל - 1970 וביטוח צד שלישי במסגרת ביטוח מקיף דירות 1.3.2012.

מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר המועדים הנקובים לעיל.

מערכת הכללים לא תחול על שירותים שמעניק ספק שירות במישרין למבוטח בהתאם לכתב שירות, אם המבטח אינו מעורב ביישוב התביעה.

#### ד. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- עם קבלת פנייה הקשורה להגשת תביעה אל הראל או למי מטעמה, יימסרו לפונה בהקדם האפשרי המסמכים המפורטים להלן:
  - (1) העתק ממערכת כללים זו;
  - (2) מסמך המפרט את הליך בירור התביעה וליישובה;
  - (3) הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע, ובכלל זה גם מידע לגבי זכותו של תובע לקבל שיפוי על הוצאות שנגרמו לו והראל חייבת לשפוטו בגינן (כגון שיפוי בשל צעדים שנקטו על ידו לשם הקטנת הנזק, שיפוי בשל תשלום למומחה עבור חוות דעת וכדומה).
  - (4) פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור וליישוב תביעה;
  - (5) טופס הגשת תביעה, ככל שקיים - והנחיות לגבי מילוי;
  - (6) הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה.
- יש באפשרותך לעיין במסמכים המפורטים לעיל באתר האינטרנט.
- הראל תמסור לתובע בהקדם האפשרי הודעה בכתב המפרטת מהם המסמכים שהתקבלו אצלה לצד מועד קבלתם, וכמו כן מהם המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע.
- אם יידרש להראל מידע ומסמכים נוספים מהתובע לצורך בירור תביעה, יידרשו מסמכים אלו תוך ארבעה עשר (14) ימי עסקים מהיום שיתברר הצורך בהם.
  - הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

הראל תמסור לתובע, בתוך שלושים ימים מהמועד בו נתקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה ו/או מהמועד שבו נתקבל אצלה טופס תביעה מלא כנדרש על ידה (לפי המאוחר מבין השניים), עדכון בדבר מצב הטיפול בתביעה. עדכון כאמור יכול שיהיה בדבר תשלום התביעה באופן מלא או חלקי, הצעת פשרה בתביעה, המשך טיפול או הפסקת טיפול בתביעה, או דחיית התביעה. ■ הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

#### ו. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

1. אם נתקבלה החלטה על תשלום תביעה, תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב שתכלול התייחסות לנושאים הבאים או הפנייה למסמכים המתייחסים לנושאים הללו ומצורפים להודעה (כגון דוח שמאי או חוות דעת מומחה):
    - (א) **לגבי תשלום חד פעמי** - עילת התשלום; פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב; גובה הנזק; סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה; פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהראל בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה, התקנון או הדין קיזוז מהתשלום; סכום ההשתתפות העצמית; פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים להראל מאת התובע; פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה; סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה; הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה; הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום שבפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור; המועד שבו היו בידי הראל כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.
    - (ב) **לגבי תשלום עיתי** (לרבות קצבה) יפורט, במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בפסקה (א) - סכום התשלום הראשון; מנגנון עדכון התשלומים; המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום; משך התקופה המרבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה, התקנון או הדין; משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.
  2. אם נתקבלה החלטה על תשלום חלקי של התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב הכוללת שני חלקים כמפורט להלן:
 

**החלק הראשון**, שיפרט את מרכיביו של התשלום שאושר בהתאם למפורט לעיל;

**החלק השני**, שיפרט את הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהמשך.
- בכל מקרה בו נתקבלה החלטה על תשלום התביעה, לא יהיה צורך במשלוח המסמכים המפורטים בסעיף ד' לעיל, למעט העתק מערכת כללים זו.
  - בכל מקרה בו מדובר על תביעה שנדונה בבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.
  - בכל מקרה בו הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תהיה הראל פטורה ממתן הודעה לפי סעיף זה החל מאותו מועד.

#### ז. הודעת פשרה

1. הראל תציע לתובע הצעת פשרה סבירה למועד ההצעה.
  2. אם הוסכם על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תימסר לתובע הצעת פשרה בכתב וייתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.
  3. הצעת הפשרה הכתובה תכלול את מקרה הביטוח, הנימוקים שביסוד הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שנויים במחלוקת ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כזה.
  4. כל עוד לא אישר התובע את הודעת הפשרה, היא לא תחייב את הצדדים.
- הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו התובע מיוצג על ידי עורך דין וכן במקרה שבו נדונה התביעה בבית משפט.

#### ח. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

1. אם יידרש להראל זמן נוסף לשם בירור התביעה, תימסר על כך לתובע הודעה בכתב ויפורטו בה הסיבות בגינן נדרש זמן נוסף כאמור וכן המידע או המסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע לשם בירור התביעה.
  2. הודעת המשך בירור כאמור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים (למעט בתביעות לפי הפקודה, בהן תימסר הודעה כאמור לפחות כל ששה חודשים) ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת פשרה, לפי העניין, למעט במקרים הבאים:
    - אם פורט בהודעת המשך הבירור מועד עתידי להערכת הנזק, ואז אין צורך במשלוח הודעה בדבר המשך בירור עד למועד האמור, ובלבד שתישלח הודעת המשך בירור לפחות לאחר שנה;
    - אם פנה התובע לערכאות משפטיות;
    - אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע צוין כי לא תישלחנה הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

אם נתקבלה החלטה על דחייה מלאה או חלקית של תביעה, תימסר לתובע הודעה כתובה על כך. נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי הפוליסה או התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין אשר עליהם נסמכת הדחייה ובשלם נדחית התביעה.

#### י. הודעה בדבר התיישנות תביעה

1. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תיכלל פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה להראל אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.
  2. בנוסף כל הודעה אחרת הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקה כאמור בדבר התיישנות וכן את מועד קרות מקרה הביטוח, ויצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.
  3. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את הראל כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה למסור ההודעה הכוללת את פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות - לא תובא במניין תקופת התיישנות (כל זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב).
  4. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את הראל כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין מועד שליחת הודעה הכוללת פסקת התיישנות ואת מועד התיישנות - לא תובא במניין תקופת התיישנות (גם זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות).
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

#### יא. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

כל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:

1. להשיג על ההחלטה וכן מהי הדרך להגשת השגה, ככל שנקבע בפוליסה או בתקנון, לרבות זכותו של התובע להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.
  2. להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור בהראל וכן את פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
  3. להביא את השגתו בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

#### יב. בדיקה מחודשת של זכאות

1. כאשר הראל משמשת כחברה מנהלת, המבקשת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, היא תפעל על פי הכללים שנקבעו לכך בתקנון.
2. כאשר הראל משמשת כחברת ביטוח המבקשת לבחון מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, תעשה כן על פי כללים סבירים שקבעה בעניין זה.
3. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי, וכן יפורטו באתר האינטרנט.
4. אם תידרשנה עלויות לצורך בדיקה מחדש כאמור לעיל, התובע לא יישא בהן.
5. לגבי תביעות המוגשות מכח פוליסות שתחילת תקופת הביטוח הקבועה בהן היא ביום 1/6/2011 ואילך - אם כתוצאה מבדיקה מחודשת כאמור לעיל, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים עיתיים המשולמים לתובע, ייעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בפוליסה או בתקנון, ובהעדר תנאים שנקבעו, תימסר לתובע הודעה על השינוי לפחות שלושים ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר משישים ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים.
6. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד ההחלטה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים.
7. בכל מקרה ייעשה השינוי רק לאחר שנמסרה לתובע הודעה על הכוונה להקטין או להפסיק את התשלומים;
8. למען הסר ספק, אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותה של הראל לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם מועד ביצוע השינוי האמור.
9. לגבי פוליסות שתחילת תקופת הביטוח הקבועה בהן היא לפני יום 1/6/2011, תצרף הראל להודעת השינוי את הכללים שקבעה לעניין בדיקה מחודשת של הזכאות.

#### יג. בירור תביעה בעזרת מומחה

1. אם יהיה צורך להיעזר לשם בירור תביעה במומחה הפוגש בתובע או במומחה שבדק את הרכוש נושא התביעה על מנת להעריך נזק שנגרם לאותו רכוש, בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תימסר על כך הודעה מראש לתובע, יובהר לו תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, ויימסר לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה (כל זאת - אלא אם מדובר בחוקר במסגרת חקירה סמויה).
2. מומחה כאמור לעיל לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה ולא יציע פשרה אלא בעניין היקף הנזק, אלא אם מדובר בעובד הראל, שעיקר עיסוקו יישוב תביעות.



1. כל חוות דעת של מומחה שעליה תסתמך הראל לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.
  2. חוות דעת של מומחה כאמור לעיל לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.
  3. ככל שתסתמך הראל על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תימסר חוות הדעת לתובע במועד מסירת הודעה הרלוונטית בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו או בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע להראל או למומחה מטעמה לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. (ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו).
- אם מדובר בחוות דעת מומחה שהיא חסויה על פי דין, תימסר לתובע הודעה בכתב הכוללת הסבר מדוע מדובר בחוות דעת חסויה.

### טו. תחלוף וזכויות כלפי צד שלישי

1. בטרם תוגש תביעה כנגד צד שלישי מכוח זכות התחלוף, תימסר על כך הודעה למבוטח בכתב זמן סביר מראש.
2. אם ניתן במסגרת תביעת תחלוף פסק דין, פסק בוררות או נחתם הסכם פשרה, יועבר למבוטח העתק מהפסק או מההסכם בתוך ארבעה עשר ימי עסקים מיום קבלת הפסק בהראל או מיום חתימת ההסכם.
3. אם התברר במסגרת בירור התביעה כי עשויה לעמוד למבוטח זכות כנגד הצד השלישי, שאותו עשויה הראל לתבוע מכוח זכות התחלוף, יצוין הדבר בפני המבוטח בכל הודעה בדבר מהלך בירור תביעה ותוצאותיו או הודעה בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות.
4. אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את הראל לייצג את המבוטח או להטיל עליה חובת ייעוץ.

### טז. תביעת צד שלישי

1. בכל מקרה שבו נתקבלה בהראל פנייתו של תובע (שהוא צד שלישי) לקבלת מידע בדבר עצם קיומה של פוליסה לביטוח אחריות של אדם מסוים בעקבות מקרה מסוים, יימסר המידע בעניין זה לתובע בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד דרישתו של התובע.
  2. בכל מקרה שבו נדרשו על ידי התובע תגמולי הביטוח, תימסר הודעה למבוטח בכתב בתוך שבעה ימי עסקים מיום הדרישה כי אם לא יודיע לה על התנגדותו לתשלום הפיצוי בתוך שלושים ימים, ישולמו לצד השלישי תגמולי הביטוח שהראל חייבת למבוטח, ככל שהיא חייבת בתשלומם.
  3. הראל תפעל לבירור חבותה כלפי המבוטח בהתאם לתקופות ולמועדים הקבועים במערכת הכללים.
  4. אם מצאה הראל כי קיימת חבות כלפי המבוטח, והמבוטח לא התנגד לתשלום האמור לעיל במהלך שלושים הימים האמורים, בין אם הודיע על אי התנגדותו או על הסכמתו ובין אם לא השיב כלל להראל, ישולמו לתובע תגמולי הביטוח שהראל חבה למבוטח.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעות המוגשות לפי הפקודה.

### יז. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

הראל תשיב בכתב לכל פניה בכתב של מבוטח או תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בהראל, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה.

### יח. מתן העתקים

1. הראל תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה או מהתקנון, בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
2. למרות האמור לעיל, ניתן להפנות תובע שהינו צד שלישי לביטוח אחריות לנוסח הפוליסה שנמצא באתר האינטרנט.
3. הראל תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר נמסר לה על ידי התובע, או מכל מסמך אשר התקבל אצלה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

### טבלת המועדים והתקופות הקבועות בחוזר "יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור"

| סעיף בחוזר | הפעולה  | המועד או התקופה הקבועים בחוזר                              |
|------------|---|--|
| 8(א)(6)    | דרישה למידע ומסמכים נוספים                            | 14 ימי עסקים מהיום שהתברר הצורך בהם.                       |
| 8(ב)       | מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו          | 30 ימים מהיום שהתקבלו כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע.     |
| 8(ו)(3)    | מסירת הודעת המשך בירור                                | כל 90 ימים מיום מסירת הודעה לפי סעיף 8(ב).                 |
| 8(ט)(6)    | מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם | 30-60 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלום.                |
| 8(יב)(2)   | העברת העתק מפסק דין או הסכם                           | 14 ימי עסקים מיום קבלת הפסק דין בחברה או מיום חתימת ההסכם. |
| 8(יג)(1)   | מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה                       | 14 ימי עסקים ממועד דרישת הפוליסה.                          |
| 8(יג)(2)   | הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח צד שלישי           | 7 ימי עסקים מיום הדרישה.                                   |
| 8(יד)      | מענה בכתב לפניית ציבור                                | 30 ימים ממועד קבלת הפניה בכתב.                             |
| 8(טו)(1)   | מסירת העתקים מפוליסה או מתקנון                        | 14 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.                             |
| 8(טו)(3)   | מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע                 | 21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.                             |

## כללים לבדיקה מחודשת של זכאות

### 1. תביעה לתקופה שאושרה לתקופה העולה על 3 חודשים

- א. אישורה של תביעה עיתית לתקופות קצובות נוספות מעבר לתקופה שאושרה, מצריך בתום התקופה, שאושרה לתשלום, בחינה מחודשת של מצבו של המבוטח מבחינה רפואית ותפקודית.
- ב. בעת הבחינה מחודשת של החבות ואופן ביצועה יובאו בחשבון, בין היתר, מצבו הרפואי של המבוטח, גילו, המידע שמסר לחברה ותנאי הפוליסה.
- ג. בחינת הזכאות מחדש יכול שתעשה, בין היתר, בהתאם למצבו של המבוטח וגילו בדרך של בדיקת מסמכים רפואיים עדכניים אודות מצבו הרפואי או התפקודי של המבוטח, או באמצעות בדיקת המבוטח ע"י גורמים מקצועיים מתאימים מטעם הראל.
- ד. לקראת תום תקופת הזכאות תפנה אליך הראל לצורך עריכתה של בדיקת הזכאות המחודשת. במסגרת פנייה זו ייתכן שתידרש להעביר להראל מסמכים רפואיים עדכניים או לתאם בדיקה להערכת מצבך התפקודי והרפואי העדכני, במסגרת המועדים שיצוינו בפניה.
- ה. אי העברת המסמכים במועד שתתבקש להעבירם ו/או חוסר שיתוף פעולה בקשר עם קיומה של בדיקה על ידי גורם מקצועי מתאים שנקבע לכך על ידי הראל במועד, עלולים להביא להפסקת תשלום תגמולי הביטוח או לעיכוב בתשלוםם.
- ו. הראל שומרת לעצמה הזכות לקיים בדיקה מחודשת של זכאות במידת הצורך, גם במקרים בהם אושרה זכאותו של מבוטח לתקופה קצובה מראש ובמהלך התקופה התקבל בהראל מידע השונה מזה שמסר המבוטח ו/או היה ידוע בהראל ועולה ממנו כי יתכן והמבוטח חדל מלהיות זכאי לתגמולי ביטוח.

### 2. תביעה שאושרה לתקופה של 3 חודשים או פחות

- א. אישורה של תביעה עיתית לתקופות קצובות נוספות מעבר לתקופה שאושרה, מצריך בתום התקופה, שאושרה לתשלום, בחינה מחודשת של מצבו של המבוטח מבחינה רפואית ותפקודית.
- ב. בעת הבחינה מחודשת של החבות ואופן ביצועה יובאו בחשבון, בין היתר, מצבו הרפואי של המבוטח, גילו, המידע שמסר לחברה ותנאי הפוליסה.
- ג. בחינת הזכאות מחדש יכול שתעשה, בין היתר, בהתאם למצבו של המבוטח וגילו בדרך של בדיקת מסמכים רפואיים עדכניים אודות מצבו הרפואי או התפקודי של המבוטח, או באמצעות בדיקת המבוטח ע"י גורמים מקצועיים מתאימים מטעם הראל.
- ד. ככל שתסבור לקראת תום התקופה לגביה אושרה תביעתך, כי בהתחשב במצבך הרפואי והתפקודי יש, בהתאם לתנאי הפוליסה שברשותך, מקום לאישורה של התביעה לתקופות נוספות, יהיה עליך להעביר להראל לקראת תום התקופה לגביה אושרה תביעתך מידע רפואי עדכני ומפורט אודות מצבך באותה עת.
- ה. הראל תברר חבותה בהתאם למידע הרפואי שתעביר לה ובמידת הצורך בדרך של בדיקתך ע"י גורם מקצועי מטעם החברה.