

לקוח יקר,

בהמשך לפנייתך למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת הביטוח, מצורפת בזאת לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת התביעה.

אנא העבר אלינו טופס תביעה, המצורף כנספח א', לאחר שמילאת בו את הפרטים הנדרשים, בתוספת כל המסמכים המפורטים בנספח ב'.

צוותי החברה עומדים לרשותך בכל עת.

בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עם נציג החברה בטלפון 03-6388400.

בברכה,

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

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 שייגיע 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 אליי 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:**

	סניף קופ"ח	שם הרופא
	סניף קופ"ח	שם הרופא
	סניף קופ"ח	שם הרופא
	סניף קופ"ח	שם הרופא
	סניף קופ"ח	שם הרופא
	סניף קופ"ח	שם הרופא

**באם טופלת/היית במעקב במרפאת זיכרון, נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם המוסד:**

---



---



---



---



---

**אנא ציין שמות בתי חולים, מחלקות ומרפאות בתי חולים בהם טופלת:**

	מחלקה/מרפאה	בי"ח
	מחלקה/מרפאה	בי"ח
	מחלקה/מרפאה	בי"ח
	מחלקה/מרפאה	בי"ח

**האם פנית בעבר לקבלת עזרה בגין מצב סיעודי מהגורמים הבאים:**

**ביטוח לאומי-גמלת סיעוד:** אחוז הגמלה \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שם חברת הסיעוד \_\_\_\_\_  
**גמלת שירותים מיוחדים:** אחוז הגמלה \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שם חברת הסיעוד \_\_\_\_\_  
**גמלת ילד נכה:** אחוז הגמלה \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שם חברת הסיעוד \_\_\_\_\_  
**קצבת ניידות:** אחוז הגמלה \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שם חברת הסיעוד \_\_\_\_\_  
**משרד הבטחון:** אחוז הגמלה \_\_\_\_\_ החל מתאריך \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שם חברת הסיעוד \_\_\_\_\_  
**הקן לניצולי שואה:** \_\_\_\_\_  
**האם הינן מעסיק עובד זר/ברשותך אישורים להעסקת עובד זר** \_\_\_\_\_  
**החל מתאריך** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **באמצעות חברת** \_\_\_\_\_

**הצהרת המבוטח - אני הח"מ מצהיר שכל התשובות דלעיל נכונות ומלאות.**

חתימה	שם משפחה ופרטי	/ / תאריך

**שאלון הערכה תיפקודית**  
**למילוי ע"י רופא בלבד!**

/ /
תאריך ביצוע ההערכה התפקודית

**פרטים:**

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

**מקום ביצוע ההערכה התיפקודית:**

- בית המבוטח  
 מרפאה  
 מוסד סיעודי גריאטרי - שם המוסד \_\_\_\_\_  
 בית אבות בו שוהה המבוטח החל מ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, שם בית האבות \_\_\_\_\_

**פרט טיפול תרופתי שמקבל המבוטח**

---

---

---

---

---

---

---

---

**אבחנות רפואיות ותאריכים**

---

---

---

---

---

---

---

---

**מצב תיפקודי:**

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

## טופס ויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות	
כתובת מגורים	רחוב	מס'ת"ד	יישוב	מיקוד	

הואיל והגשתי תביעה נגד כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הרני מאשר ומרשה בזאת למוסד לביטוח לאומי, לקופות החולים ובתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח וכל מאן דבעי 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 ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי.

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 מי מטעמה ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור ולא יהיה בכל גילוי שמקורו בטופס זה ו/או בכל חומר שהושג בקשר עם טופס זה כל עילת תביעה ו/או טענה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981. חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 וחוק חופש המידע התשנ"ח 1998 והיא חלה על כל מידע המצוי ברשותכם אודותיי.

כתב ויתור זה מחייב אותי ו/או את עזבוני ו/או את בא כוחי ו/או מי מטעמי וכל באי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

**בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.**  
בכבוד רב,

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

### חתימת עד (חתימה וחותמת)

\*לתשומת לבך, יש מוסדות שלא מאפשרים קבלת תיקים רפואיים ללא חתימת עד רופא/ עו"ד ולכן על מנת לחסוך זמן, מומלץ להחתים רופא או עו"ד כעד על טופס זה.

שם העד \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

\*לתשומת לבך, תאריך חתימת העד חייבת להיות בהתאמה לחתימת המבוטח.

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

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### במקרה שמונה אפוטרופוס - יש להחתים את האפוטרופוס שמונה על פי החוק (יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס)

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



**רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה**  
תביעה מכוח פוליסת סיעוד

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