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 1700-505-520.

את מסמכי התביעה ניתן לשלוח באמצעות :

1. פקס : 03-6388961
2. דואר : כלל בריאות– מחלקת תביעות סיעוד מכבי, בית סונול, רח' מנחם בגין 52, תל אביב מיקוד 67137
3. כלל בריאות– מחלקת תביעות סיעוד מכבי, ת.ד 37190 מיקוד 61370

בברכה,

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

הליך בירור ויישוב התביעה

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב כ**נספח 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, 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 אלה: תשלום התביעה או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר ללקוח בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח א').

ניתן להשיג על ההחלטה באמצעות פניה לועדת ערר "מכבי סיעודי", שכתובתה דרך מנחם בגין 52 תל אביב.

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[1]. 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 כ**נספח ב'**, בצירוף המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב **כנספח ג'.**

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

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח להעביר אל החברה לכתובת: כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, למחלקת תביעות (מכבי סיעודי), ת.ד 37190 תל אביב, או לפקס: 03-6388961.

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.

[1] 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 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, 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 דחייה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחייה לרבות התנאי, ההתניה 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.

<u>בירור תביעה בעזרת מומחה</u>

הסתמכה החברה על חוות דעת מומחה לצורך יישוב התביעה, חוות הדעת תהיה מנומקת, ותכלול את כל הפרטים הנדרשים על פי חוזר גופים מוסדיים 2011-9-5 לרבות רשימת המסמכים עליהם נסמכת חוות הדעת. חוות הדעת תועבר לידי התובע כחלק מהודעת יישוב התביעה הרלוונטית שתימסר לו.

<u>היענות לפניית מבוטח או תובע</u>

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.

נספח ב'

טופס הגשת תביעה בבטוח סיעודי – מכבי סיעודי

א. פרטי המבוטח

							ר / נ / פ / ג
מס' תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה	מצב משפחתי		

ב. כתובת המבוטח

רחוב	מס'	כניסה	ישוב	מיקוד	טלפון				

ג. כתובת לפניות ומשלוח מכתבים

שם משפחה	שם פרטי								
רחוב	מס'	כניסה	ישוב	מיקוד	טלפון				
טלפון נייד			כתובת מייל						

ד. סוג התביעה (סמן × המתאים)

	השתתפות בהוצאות בגין **אשפוז סיעודי**		שירותי סיעוד/פיצוי בגין **טיפול יתי**

ה. מקום הימצאו של המבוטח (סמן × המתאים): ☐בבית ☐במוסד

ו. פרטי האירוע (פרט את השתלשלות המחלה או התאונה בציון תאריכי טיפול ואשפוז)

ז. האם הנך מבוטח בבטוח סיעודי נוסף ☐לא ☐ כן שם החברה_____

ח. האם המבוטח מקבל או קיבל בעבר עזרה בגין מצבו הסיעודי מהגורמים הבאים: (סמן ✕)

☐ לא קיבל ☐ מקבל / קיבל

מהמוסד לביטוח לאומי:

☐ גמלת סיעוד מתוקף חוק הסיעוד, אחוז גמלה: _____ החל מתאריך: _____ שם חברת הסיעוד: _____

☐ גמלת שירותים מיוחדים (שר"מ), אחוז גמלה: _____ החל מתאריך: _____

☐ גמלת ילד נכה, אחוז גמלה: _____ החל מתאריך: _____

☐ קצבת ניידות, אחוז גמלה: _____ החל מתאריך: _____

אחר:

☐ מהיחידה לטיפול בית, מכבי שירותי בריאות: _____ החל מתאריך: _____

☐ ממשרד הביטחון, סכום חודשי: _____ החל מתאריך: _____

☐ מביטוח פרטי, חברת ביטוח: _____ סכום חודשי: _____ החל מתאריך: _____

☐ אחר - פרט: _____ החל מתאריך: _____

האם הנך:

☐ מעסיק עובד זר ברישיון החל מתאריך: _____ באמצעות חברת: _____

☐ מקבל שרות סיעודי מחברת סיעוד החל מתאריך: _____ שם החברה: _____

ט. נתוני אשפוז (ימולא במידה והמבוטח מבקש השתתפות בהוצאות מוסד סיעודי)

1. פרטי המוסד המאשפז

שם המוסד: _____ תאריך כניסה: _____

טלפון: _____

כתובת המוסד: _____

2. נתוני תשלום:

הסכום ששולם ע"י המבוטח עבור אשפוז במוסד בחודש האחרון: _____ ₪

☐ עדיין לא מאושפז במוסד סיעודי

מידע רפואי לצורך קבלת שירותי סיעוד

התעודה הרפואית תמולא ע"י הרופא המטפל בלבד

רופא נכבד, אנא מלא בכתב ברור

שם החולה: _____ מס' תעודת זהות _____

1.אבחנות:			2.טיפול רפואי נוכחי (כולל
		מתאריך:	
		מתאריך:	
		מתאריך:	
		מתאריך:	

3.אשפוזים:

		שם המוסד:		סיבת אשפוז:

האם המבוטח עבר לאחרונה ניתוח, C.V.A., התקף לב, שבר וכד': ☐לא ☐כן פרט

_____

4. התמצאות, שיפוט, זיכרון

האם ידוע לך על בעיות חריגות בהתמצאות, שיפוט, זיכרון וכו' ☐לא ☐כן פרט האירועים ותאריכי התחלתם:

_____

_____

עד מתי המבוטח תיפקד בצורה עצמאית _____

מה גרם לשינוי

_____

_____

פרטי הרופא המטפל

שם הרופא: _____ טל' בקליניקה: _____ טל' נייד: _____

תאריך: _____ חתימת הרופא המטפל והחותמת: _____

כתב ויתור על סודיות רפואית והצהרת המבוטח

1. הנני מצהיר בזה על הסכמתי המוחלטת והבלתי חוזרת לוותר על סודיות רפואית ו/או תפקודית ומסמיך את חברת הביטוח ו/או אגודת מכבי מגן ו/או מכבי שירותי בריאות ו/או רופאיה ו/או מוסדותיה הרפואיים לבקש, לקבל ולמסור מידע על מצב בריאותי ו/או תפקודי בעבר, בהווה ובעתיד.
2. כמו-כן אני מסכים מראש שכל מוסד, או עובדיו הרפואיים ו/או אחרים שיש בידם מידע רפואי ו/או תפקודי ו/או סוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כאמור לעיל, יגלו אותו לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות לפי דרישתה ולא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי נותן המידע.
3. הוויתור על סודיות רפואית חל על כל תקופת חברותי באגודת מכבי מגן וכן ישאר בתוקף גם לאחר סיום הפסקת חברותי במכבי מגן.
4. חתימתי על הצהרה זו מהווה הסכמה ללא סייג לכך שאמציא לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות לפי דרישתה הראשונה, כל מידע בקשר לפניות או צעדים שאנקוט כלפי השלטונות ו/או מוסדותיה של מכבי שירותי בריאות ו/או גופים כל שהם בישראל הנוגעים במישרין או בעקיפין למצב בריאותי ו/או תפקודי, או לדרישות כלשהן הקשורות למצב בריאותי ו/או תפקודי.
5. אי מתן מידע זה מטעמי לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות יחשב מכל הבחינות להענקת סמכות לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות לפנות בשמי לכל שלטון, מוסד או גוף כאמור לעיל, על מנת לקבל המידע הדרוש לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות.
6. הנני משחרר בזה כל מוסד ו/או עובדיו מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות ו/או לאגודת מכבי מגן מכל תיק שנפתח על שמי.
7. הנני מוותר על סודיות זו כלפי חברת הביטוח ו/או מכבי שירותי בריאות ו/או אגודת מכבי מגן ולא תהיה לי כלפי המוסד ועובדיו כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.
8. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א – 1981 וגם לפי חוק זכויות החולה תשנ"ו – 1996 והיא חלה על כל מידע רפואי אחר המצוי במאגר המידע של כל מוסד.
9. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
10. אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הפרטים שנמסרו בטופס הגשת התביעה ובמסמכים המצורפים הינם נכונים ושלמים.

שם ושם משפחה	תעודת זהות	תאריך		חתימה

אם מגיש התביעה אינו המבוטח, נא לציין:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת.ז: _____ קשר למבוטח: _____

סיבת ההגשה שלא ע"י המבוטח: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

חתימה: _____

לשימוש המשרד בחברת הביטוח:		
תאריך קבלת התביעה	חתימה	חותמת

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

הנדון: טופס ויתור סודיות

אני הח"מ: _____ ת.ז. _____ [2] 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 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.

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 _____

[2] יצוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח- 1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

נספח ג'

הנחיות להגשת תביעה במצב סיעודי

בהיוודע לך על הצורך בתביעת הכיסוי הסיעודי על פי הפוליסה יש צורך לפנות לכלל בריאות חברה לביטוח בע"מ ולקבל את אישורה לקבלת תגמולי הביטוח:

מסמכים שיש להמציא לחברת הביטוח בעת תביעה:

☒ **טופס תביעה בתחום הסיעודי** (שימולא ע"י המבוטח) - הטופס כולל פרטים אישיים ו**כתב ויתור על סודיות רפואית**, המתיר לכל רופא ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברת הביטוח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

במקרה שהמבוטח אינו כשיר לחתימה, ניתן להחתים את האפוטרופוס שמונה למבוטח כדין ולשלוח את טופס התביעה בצרוף כתב מינוי האפוטרופסות.

☒ לטופס התביעה יש לצרף:

א. מסמכים רפואיים לרבות טפסי שחרור מבית החולים המצביעים על הבעיה הרפואית (במידה וקיימים).

ב. במקרה של תשישות נפש – אבחנה מנוירולוג או פסיכוגריאטר.

ג. תיק הביטוח הלאומי ואישורי זכאות מביטוח לאומי (במידה וקיימים).

ד. אישור על העסקת עובד זר (במידה וקיים).

לתשומת ליבך!

1. **התביעה תאושר רק אם היא עומדת בהוראות הפוליסה.**
2. **ניתן להוריד את טופס התביעה מאתר האינטרנט שכתובתו: www.maccabisiudi.co.il**

מה יקרה בהמשך:

עם קבלת המסמכים, חברת הביטוח תבדוק את הכיסוי הביטוחי על פי תנאי הפוליסה.

בסמוך למועד הגשת התביעה, יתבקש המבוטח להיבדק ע"י אחות, מרפאה בעיסוק או רופא מטעם חברת הביטוח ועל חשבונה לקביעה האם מצבו של המבוטח מזכה בתגמולי ביטוח על-פי הוראות הפוליסה. הבדיקה תתואם מראש והיא תיערך במקום מגורי המבוטח או במוסד הסיעודי בו הוא שוהה.

במקרים בהם יהיה צורך בהבהרות – תפנה אליכם חברת הביטוח בבקשה להמציא חומר נוסף. במקרים מסוימים תזמין חברת הביטוח את התיק הרפואי של המבוטח ישירות ממוסדות הבריאות. בכל מקרה תשלח אליכם החלטת חברת הביטוח בכתב.

אם יתברר שאינכם זכאים לתגמולי הביטוח, תישלח אליכם הודעה בכתב המפרטת את הסיבות. השגות על החלטת חברת הביטוח בדבר דחיית התביעה, ניתן להפנות למוקד התביעות שינחה לגבי אופן הפנייה לועדת הערר.