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, שלוחה 3.

את מסמכי התביעה ניתן לשלוח באמצעות:

1. פקס: 077-6383051

2. מייל : לכתובת mailTviSiud@Clal-Ins.co.il

3. דואר : כלל בריאות– מחלקת תביעות סיעוד, בית סונול, רח' מנחם בגין 52, תל אביב מיקוד 67137

בברכת בריאות טובה,

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

www.clal-health.co.il

חייגו *בריאות *375327

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אוכלוסיות זרות 1-800-35-18-35

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 מהלקוח, 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 מארבע אלה: 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').

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 כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כ**נספח ג'**.

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

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח להעביר אל החברה לכתובת: כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, דרך מנחם בגין 52 תל אביב, למחלקת תביעות סיעוד, או לפקס: 077-6383051. 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, 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.

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

www.clal-health.co.il
חייגו *בריאות *375327
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אוכלוסיות זרות 1-800-35-18-35

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, 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 בגינן נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים.

חייגו *בריאות *375327
www.clal-health.co.il
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אוכלוסיות זרות 1-800-35-18-35

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 החוזר 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.

חייגו *בריאות *375327
www.clal-health.co.il
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אוכלוסיות זרות 1-800-35-18-35

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 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	

חייגו *בריאות *375327
www.clal-health.co.il
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אוכלוסיות זרות 1-800-35-18-35

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	

www.clal-health.co.il
חייגו *בריאות *375327
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אוכלוסיות זרות 1-800-35-18-35

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__/__/__
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

www.clal-health.co.il
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אונקולוגיות זרות 1-800-35-18-35
חייגו בריאות *375327

שאלון הערכה תיפקודית

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 התיפקודית:

- ❑ בית המבוטח
- ❑ מרפאה
- ❑ מוסד סיעודי גריאטרי - שם המוסד _____
- ❑ בית אבות בו שוהה המבוטח החל מ ____/____/____, שם בית האבות _____

אבחנות רפואיות ותאריכים	**פרט טיפול תרופתי שמקבל המבוטח**

מצב תפקודי:

הליכה	❑ עצמאי ❑ רתוק למיטה	❑הולך בעזרת מכשיר	❑ מרותק לכסא גלגלים
שיתוק	❑ אין שיתוק ❑ שיתוק שתי גפיים תחתונות	❑ שיתוק גף ימין/שמאל, עליון תחתון ❑ שיתוק ארבע גפיים	

חייגו *ברירות *375327
www.clal-health.co.il
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אוכלוסיות זרות 1-800-35-18-35

קימה מהמיטה וכניסה אליה	❑ עצמאי	❑ זקוק לעזרה חלקית	❑זקוק לעזרה מלאה
אכילה	❑ עצמאי ❑זונדה	❑זקוק לעזרה בהאכלה	
לבוש	❑ עצמאי	❑ זקוק לעזרה חלקית	❑זקוק לעזרה מלאה
רחיצה	❑ עצמאי	❑ זקוק לעזרה חלקית	❑זקוק לעזרה מלאה
שליטה על הסוגרים	**שתן:**	❑ שליטה מלאה ❑ שליטה חלקית ❑ חוסר שליטה מוחלט – שימוש בחיתולים, בפדים, בספוגיות	
	פעולות מעיים:	❑ שליטה מלאה ❑ חוסר שליטה מוחלט	
התמצאות	❑ מתמצא בזמן ובמקום ❑ לא מתמצא בזמן ובמקום ❑ מבולבל לעיתים רחוקות ❑ מבולבל לעיתים קרובות		
מצב רגשי	מדוכא:	❑ לעיתים רחוקות	❑ לעיתים קרובות ❑ מצב דכאוני קבוע
	תוקפן:	❑ לעיתים רחוקות	❑ לעיתים קרובות ❑ 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

www.clal-health.co.il
חייגו *בריאות *375327
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אוכלוסיות זרות 1-800-35-18-35

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
קופות חולים, בתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח
<u>וכל מאן דבעי</u>

<u>הנדון: טופס ויתור סודיות</u>

אני הח"מ: _____ ת.ז. _____ [1] 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 _____

[1] במקרה של קטין או של אפוטרופוס שמונה עפ"י חוק, יש למלא הפרטים המפורטים בסוף טופס ויתור סודיות זה.

חייגו *בריאות *375327
www.clal-health.co.il
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אוכלוסיות זרות 1-800-35-18-35

נספח ג'

<u>רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה</u>

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 רפואים, כגון מרפאים בעיסוק ועובדים סוציאלים.

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 בדיור מוגן / מוסד סיעודי / בית אבות – תיק רפואי של המוסד.

חייגו *ברירות *375327
www.clal-health.co.il
כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ מוקדי שירות לקוחות 24 שעות | משרד ראשי: דרך מנחם בגין 52, תל אביב 67137 | טל: 03-6388388 פקס: 03-6388918
מוקד ביטוחי בריאות וסיעוד 03-6388400 | מוקד נסיעות לחו"ל 03-9420440, 5454* | מוקד שיניים 1-700-50-15-01 | מוקד אוכלוסיות זרות 1-800-35-18-35