



שם המבוטח \_\_\_\_\_  
מספר זהות \_\_\_\_\_  
מספר פוליסה \_\_\_\_\_

## טופס הגשת תביעה בגין פוליסת סיעוד

נבקשך להעביר אלינו טופס זה באמצעות סוכן הביטוח שלך או ישירות לחברתנו לכתובת:  
הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף תביעות/מחלקת סיעוד, "בית הראל" – ת.ד. 1954, רמת גן 52118.

### על מנת לטפל בתביעה, נא העבר את המסמכים הבאים:

1. טופס הגשת תביעה - יש למלא אחר כל השאלות כנדרש ולהקפיד כי המבוטח בלבד יחתום על הטופס.
2. דף מידע רפואי.
3. טופס ויתור סודיות - חתום ע"י המבוטח בלבד (במידה והמבוטח אינו קביל לחתימה יש לצרף צו אפוסטרופוסות ועל האפוסטרופוס לחתום על טופס ויתור סודיות רפואית-מיופה כח הממולא בפרטי המבוטח).
4. שאלון הערכה תפקודית - ימולא ע"י רופא מטפל בלבד.
5. דף פרטי איש הקשר.
6. יפוי כח שנחתם בנוכחות עו"ד (במידה וקיים).
7. צילום מסמכים רפואיים:
  - במידה והמבוטח השתחרר מאישפוז או משיקום - נא לצרף העתק מטופס השחרור.
  - מבוטח המאובחן כחולה דמנציה/תשוש נפש – נא לצרף העתק מחוות דעת של רופא מומחה פסיכוגריאטרי/ניורוגריאטרי בדבר מועד אבחון המחלה ואישור הצורך בהשגחה מתמדת.
8. תולדות המחלה ע"י רופא מטפל.
9. צילום המחאה מבוטלת/אסמכתא מהבנק בנוגע לפרטי חשבון בנק המבוטח.

**בברכה,**

**אגף תביעות  
הראל חברה לביטוח בע"מ**



## טופס הגשת תביעה

פוליסה לביטוח סיעודי מס' \_\_\_\_\_

### פרטים אישיים :

שם משפחה		שם פרטי	
תאריך לידה		ת. זיהוי	
שם הרופא המטפל	סניף	שם קופ"ח	

### מקום מגורים :

בית המבוטח

רחוב	מס'	יישוב	מיקוד
טלפון בבית	טלפון נוסף		

מוסד סיעודי/גריאטרי

שם המוסד	תאריך כניסה		
רחוב	מס'	יישוב	

בית אבות

שם	תאריך כניסה		
רחוב	מס'	יישוב	

פרטי האירוע – השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול/אשפוז.

---


---

---

---

---

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

\_\_\_\_\_ תאריך  
שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ חתימה 

## דף מידע רפואי

ציין את שמות רופאי המשפחה ורופאים מקצועיים/מומחים שטיפלו בדך כיום ובעבר:

באם עברת מקופ"ח כללית לקופ"ח מכבי/מאוחדת/לאומית, נא ציין את כל שמות הרופאים שטפלו בדך

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	_____

מוסדות עזר ונותני שירות להם פנית בעבר (מט"ב, ביטוח לאומי, רווחה, מרכז יום, אדם פרטי):

שם	סוג העזרה (טיפול אישי, עזרה בבית וכו')	ימים לשבוע	שעות לשבוע	מועד זכאות ראשונה

**במידה וקיימת ו/או הייתה קיימת בעבר זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, יש לצרף אישורי הזכאות הרלוונטיים.**

## טופס ויתור על סודיות רפואית וכללית

**חלק א'**

אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין או חסוי יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
			טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור להראל חברה לביטוח (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981, והיא חלה 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. נותני השירותים שיפורטו להלן.

תאריך	חתימת המבוטח (במקרה של חסוי חתימת האפוטרופוס)	עד לחתימה מס' ת"ז (רופא/עו"ד)	חתימה עד לחתימה
-------	---	----------------------------------	-----------------

**במקרה של קטין או חסוי יש לתת את פרטי ההורים + חתימה:**

שם האם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**יפוי כח (ע"י המבוטח או בא כוחו)**

הריני מייפה את כוחו של נציג הראל חברה לביטוח לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימת המבוטח
-------	-------------------	--------------

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

תאריך ביצוע ההערכה התיפקודית \_\_\_\_\_

### פרטים:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
שנת לידה \_\_\_\_\_ מין \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

### מקום ביצוע ההערכה התפקודית:

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

### פרט טיפול תרופתי שמקבל המבוטח

---

---

---

---

---

---

---

---

### אבחנות רפואיות ותאריכים

---

---

---

---

---

---

---

---

### מצב תפקודי:

<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> מרותק לכסא גלגלים <input type="radio"/> רתוק למיטה	הליכה
<input type="radio"/> אין שיתוק <input type="radio"/> שיתוק שתי גפיים תחתונות <input type="radio"/> שיתוק גף ימין/שמאל, עליון תחתון <input type="radio"/> שיתוק שתי ארבע גפיים	שיתוק
<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="radio"/> זקוק לעזרה מלאה	קימה מהמיטה וכניסה אליה

פעולת אכילה	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="radio"/> מאכילים אותו
לבוש	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> זקוק לעזרה חלקית <input type="radio"/> מלבישים אותו
רחיצה	<input type="radio"/> עצמאי <input type="radio"/> נזקק לעזרה בחלק מהפעולות <input type="radio"/> רוחצים אותו
שליטה על הסוגרים	<p><u>שתן</u>: <input type="radio"/> שליטה מלאה</p> <p><input type="radio"/> חוסר שליטה מוחלט – שימוש בחיתולים, בפדים, בספוגיות</p> <p><u>פעולות מעיים</u>: <input type="radio"/> שליטה מלאה    <input type="radio"/> חוסר שליטה מוחלט</p>
התמצאות	<p><input type="radio"/> מתמצא בזמן ובמקום    <input type="radio"/> לא מתמצא בזמן ובמקום</p> <p><input type="radio"/> מבולבל לעיתים רחוקות    <input type="radio"/> מבולבל לעיתים קרובות</p>
מצב רגשי	<p><u>מדוכא</u>: <input type="radio"/> לעיתים רחוקות    <input type="radio"/> לעיתים קרובות    <input type="radio"/> מצב דכאוני קבוע</p> <p><u>תוקפן</u>: <input type="radio"/> לעיתים רחוקות    <input type="radio"/> לעיתים קרובות    <input type="radio"/> תוקפני כל הזמן</p>

מטופל על ידי:  עובד זר     מטפל מטעם ביטוח לאומי     בן משפחה

נא לפרט המלצות להמשך טיפול:

---



---

נא לפרט המלצות לשירותי עזר/סעד:

---



---

נא לפרט המלצה לסידור מוסדי:

---



---

תאריך \_\_\_\_\_ שם המעריך \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת המעריך \_\_\_\_\_



## פרטי איש הקשר

שם פרטי:

---

שם משפחה:

---

טלפון:

---

טלפון נייד:

---

כתובת מלאה:

---

רחוב מס' בית שכונה

---

יישוב מיקוד

הקרבה למבוטח:

---

חתימת המבוטח המאשר מינוי איש הקשר:

\_\_\_\_\_ 