

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

- כתובת דוא"ל: tvioths@harel-ins.co.il
- מספר פקס: 03-7348172
- למשלוח בדואר: אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן, מיקוד 5211802.
- מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870. השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל ובפקס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

מבטוח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה אם תמלא/י את הפרטים בטופס זה בכל פנייה.
אם המבטוח קטין, אחד מהוריו ימלא את הטופס, אך שני ההורים יחתמו.
טופס זה אינו מהווה הכרה בזכאות המבטוח לתשלום כלשהו.

א על מנת לטפל בתביעה, נבקשך להעביר לנו את המסמכים הבאים

1. טופס הגשת תביעה: יש לענות על השאלות כנדרש ולהקפיד כי המבטוח בלבד יחתום על הטופס או בא כוחו.
2. שאלון הערכה תפקודית.
3. טופס ויתור סודיות: חתום ע"י המבטוח ומאמת חתימה (במידה והמבטוח אינו קביל לחתימה יש לצרף צו אפטרופוס), יש לפעול לפי הנחיות בטופס.
4. כדי לייעל את הטיפול בתביעתך וככל שיש ברשותך מסמכים רפואיים, חוות דעת רופא מומחה, מכתבי שחרור מאשפוז או ב"ח, תוצאות בדיקות לרבות חוות דעת רופא אורולוג במקרה וקיימת אבחנה לאי שליטה, אבחונים ואישורים המעידים על מצבך התפקודי או הקוגניטיבי, באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה.
5. צילום המחאה מבוטלת/אישור ניהול חשבון בנק המבטוח.
6. במידה ומונה אפטרופוס או קיים יפוי כח נטריוני, יש לצרפו.

ב פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה
טלפון בבית	טלפון נייד	פקס	כתובת דוא"ל

באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה: ☐ דואר ☐ דוא"ל ☐ פקס

פרטיי האישיים הנוכריים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.
הנני מאשר לעדכן את פרטיי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו.
☐ מאשר/ת ☐ לא מאשר/ת
מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת.
לידיעה - במידה ולא אפשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.

ג מקום מגורים

בית המבטוח			
רחוב	מס'	יישוב	מיקוד
מוסד סיעודי / גריאטרי			
שם המוסד	מחלקה	תאריך כניסה	
רחוב	מס'	יישוב	
בית אבות / דיור מוגן			
שם	תאריך כניסה		
רחוב	מס'	יישוב	

ד אופן תשלום התביעה

כדי שנוכל לשלם את תגמולי הביטוח במידה ותביעתך תאושר, יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון בנק של המבטוח בנק: שם סניף: מס' סניף: מס' החשבון: לחשבון הבנק:

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).
בחתמתנו 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:



שם המבוטח..... מספר ת.ז.....

- כתובת דוא"ל: tvioths@harel-ins.co.il
- מספר פקס: 03-7348172
- למשלוח בדואר: אגף תביעות ביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן, מיקוד 5211802.
- מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870. השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל ובפקס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

ה פרטי האירוע - השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אשפוז

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ו נבקשך לציין את שמות רופאי המשפחה ורופאים מקצועיים/מומחים שטיפלו בך כיום ובעבר:

שם הרופא המטפל	סניף	שם קופת חולים
שם הרופא	סניף קופת חולים	
שם הרופא	סניף קופת חולים	
שם הרופא	סניף קופת חולים	
שם הרופא	סניף קופת חולים	
שם הרופא	סניף קופת חולים	
שם הרופא	סניף קופת חולים	

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ח אנה ציין שמות בתי חולים, מחלקות ומרפאות בתי חולים בהם טופלת

בית חולים	מחלקה/מרפאה
בית חולים	מחלקה/מרפאה
בית חולים	מחלקה/מרפאה
בית חולים	מחלקה/מרפאה

ט 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

כדי ליעיל את הטיפול בתביעתך וככל שיש ברשותך אישורי זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה.



^dt6152

שם המבוטח: מספר ת.ז.:

- כתובת דוא"ל: tvioths@harel-ins.co.il
- מספר פקס: 03-7348172
- למשלוח בדואר: אגף תביעות ביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן, מיקוד 5211802.
- מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870. השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל או בפקס. עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

י' נבקשך להודיענו, האם פנית בעבר לקבלת עזרה בגין מצב סיעודי מהגורמים הבאים

☐ ביטוח לאומי - גמלת סיעוד:	אחוז הגמלה	החל מתאריך
☐ גמלת שירותים מיוחדים:	אחוז הגמלה	החל מתאריך
☐ גמלת ילד נכה:	אחוז הגמלה	החל מתאריך
☐ קצבת ניידות:	אחוז הגמלה	החל מתאריך
☐ משרד הביטחון:	אחוז הגמלה	החל מתאריך
☐ האם הינך מעסיק עובד זר/ברשותך אישורים להעסקת עובד זר ☐ כן / ☐ לא. החל מתאריך באמצעות חברת מקבל סיוע מאחד או יותר מן הגורמים המצוינים לעיל מתבקש לצרף פרוטוקולים מלאים בעניינו.		
הצהרת המבוטח: אני הח"מ מצהיר שכל התשובות דלעיל נכונות ומלאות.		
תאריך	שם + שם משפחה	חתימה

יא הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה 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

יב הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על-פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותיי, 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 לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת 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, באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אגף תביעות בריאות וח"ל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת-גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

יג הצהרת המבוטח ו/או בא כוחו

אני הח"מ מצהיר בזה שכל התשובות דלעיל ולהלן נכונות ומלאות.

.....

תאריך שם + שם משפחה חתימה

שם המבוטח מספר ת.ז.

- כתובת דוא"ל: tvioths@harel-ins.co.il
- מספר פקס: 03-7348172
- למשלוח בדואר: אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1951, רמת גן, מיקוד 5211802.
- מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 870-700-1500. השירות ניתן 3 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל ובפקס.
- עדכון לאחר שעה 15:00 יתבצע למחרת.

בסעיף זה יש למלא את מצבו התפקודי של המבוטח בהתאם להגדרת הפעולות הקיימות בפוליסה

במידה ופעולה מורכבת מתתי פעולות, אי יכולתו של המבוטח לבצע באופן עצמאי אחת מתתי הפעולות, תסומן הפעולה כאי יכולתו לבצע את כל הפעולה

א. לקום משיכבה במיטה לישיבה ולקום משיכבה בכיסא לעמידה ■ האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום ממצב שכיבה למצב ישיבה במיטה (כולל היעזרות באמצעי עזר)? ■ האם המבוטח יכול בכוחות עצמו לקום מכיסא למצב עמידה (כולל היעזרות באמצעי עזר)?	☐ יכול לבצע בכוחות עצמו ☐ לא יכול לבצע בכוחות עצמו
ב. הלבשה ■ האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשית את פלג גופו העליון? (חולצה) ■ האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להלביש וגם להפשית את פלג גופו התחתון? (מכנסיים או חצאית)	☐ יכול לבצע בכוחות עצמו ☐ לא יכול לבצע בכוחות עצמו
ג. רחצה ■ האם המבוטח יכול בכוחות עצמו להיכנס ולצאת מהאמבטיה או המקלחת? ■ האם המבוטח יכול להתרחץ בכוחות עצמו באמבטיה או במקלחת בעמידה או בישיבה על כיסא רחצה?	☐ יכול לבצע בכוחות עצמו ☐ לא יכול לבצע בכוחות עצמו
ד. אכילה ■ האם המבוטח יכול לאכול ולשתות בכוחות עצמו כולל שתיה ולא אכילה בעזרת קשית לאחר שהמזון הוכן עבור המבוטח והוגש לו	☐ יכול לבצע בכוחות עצמו ☐ לא יכול לבצע בכוחות עצמו
ה. שליטה על הסוגרים ■ האם ישנה אבחנת אורולוג או בדיקות שנערכו לך? במידה וכן, באפשרותך לצרף מסמכים אלה ■ האם ישנה אבחנה להיענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן ובשל קושי בניידות, קושי שאינו עולה כדי אי יכולתו לבצע עצמאית חלק מהותי מפעולת ניידות, אינו מסוגל לשלוט על סוגריו? במידה וכן, באפשרותך לצרף מסמכים אלה	שתן: ☐ שולט ☐ חוסר שליטה פעולות מעיים: ☐ שולט ☐ חוסר שליטה
ו. ניידות ■ האם המבוטח יכול לנוע בכוחות עצמו כולל באמצעות אביזר כגון מקל הליכה, הליכון. ■ האם המבוטח סובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום? במידה וכן, באם קיים תיעוד רפואי או אחר לנפילות באפשרותך לצרף מסמכים אלה ■ בהתייחס לנפילות, באם היה ברשות המבוטח אביזר כגון מקל הליכה, הליכון האם היה נייד באופן עצמאי?	☐ יכול לבצע בכוחות עצמו ☐ לא יכול לבצע בכוחות עצמו
ז. תשישות נפש ■ האם המבוטח נזקק להשגחה במרבית שעות היממה בשל פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית, כגון אלצהיימר או צורות דמנטיות שונות ■ האם המבוטח עונה למצב 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 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. במידה וכן באפשרותך לצרף מסמכים אלה.	☐ עונה לתשישות נפש ☐ אינו עונה לתשישות נפש

ברצוננו להזכיר, כדי ליעיל את הטיפול בתביעה, ככל שיש ברשותך מסמכים רפואיים, חוות דעת רופא מומחה לרבות אורולוג, מכתבי שחרור מאשפוז או ב"ח, תוצאות בדיקות, אבחונים ואישורים המעידים על מצבך התפקודי או קוגניטיבי באפשרותך להעביר לנו מסמכים אלה