

אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1903, רמת גן, מיקוד 5211801
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

שם המבוטח: ישי מל
מספר ת.ז.: 051824096

פרטי האירוע - השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אשפוז באפשרותך לצרף מסמכים נוספים לרבות אישורים מגופים מוסדיים אחרים כגון ביטוח לאומי

המאונץ 13.11.21 קמה לפניו קוץ לעיסוי בטן, נפלה מסתחורה וזכרון פתוח למיין עם לבד
הולך. עברה ניתוח ב-14.11.21 ושמו שלמה הרליס בנל. מהאילסוף מאיכולוב עברה
לאילסוף השקלם למשן חוצל וחצי אלאחר מכן עברה לאילסוף יום. בקושה של השקלם
אילו עם ירצה בסברון (דיוטניה). סובל מניצה קוצנטריה וסיפיה - סיפיה וזכרה
סוף לעזרה ב שמו היום. אלאחר אילסוף מאיכולוב (מלל) עם חלל - חלל וזכרה
המשן הירור ואילסוף.

בדיקת ביטוח לאומי

כלל והמוסד לביטוח לאומי ביצע לך הערכת תלות לצורך קביעת הזכאות בסיעוד אנא סמן ☒ כן

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

שם הרופא המטפל	סינף	שם קופת חולים
ד"ר פנן אזולאי	קדמה בלליה - רמת השמן	בלליה
שם הרופא	תחום התמחות	שם המרפאה
ד"ר חנה שארליה	איוטריה	הנולדים - רמת
שם הרופא	תחום התמחות	שם המרפאה
ד"ר ניל לאור	פסיכיאטריה	מרכז בריאה הנקם - הרצליה

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

בית חולים	מחלקה/מרפאה	תאריכי אשפוז
איוטריה	איוטריה ב'	14.11 - 25.11.21
בית חולים	מחלקה/מרפאה	תאריכי אשפוז
סיו רבקה	איוטריה	25.11.21 - 4.1.22
סיו חוליס מאזיר	פנימיה	16.8.23

רשימת מרפאות זיכרון מוסדות, מרפאות ועבור תביעת קטין: רשימת בתי ספר, סניפי טיפת חלב, בהם המבוטח ביקר

מרפאות קדמה רמת השמן, סיו חוליס מאזיר, סיו חוליס מאזיר.

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

הראל חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות בביטוחי סיעוד, אבא הלל 3, ת.ד. 1903, בית הראל רמת גן, מיקוד 5211801
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

לצורך בדיקה האם המסמכים הגיעו להראל ניתן להתקשר למענה ממוחשב: 1-700-702-870. השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת טופס זה באמצעי אלקטרוני.

א פרטי מבוסח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת. זהות	שם האב
רז	רחל	015181216916	חנה
רחוב	מספר	עיר	מיקוד
חיים 103	103	רמת השרון	47204
052-3436754			

אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכון מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למשרד הרווחה, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחלתה בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.

אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.

בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים) ולהעביר לאיש הקשר, אשר מיניתי לטפל בתביעה מטעמי, את כל המידע וההחלטות בנושא התביעה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

ב פרטים נוספים

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
סניף	קצמה		
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל	

ג שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכונים, מעבדות, בתי ספר, גנים

1. כוללית - קצמה	5.
2. בית חולים איכילוב	6.
3. בית חולים שיקומי איכילוב - בית רפא	7.
4. בית חולים מאכיל	8.

ד חתימת המבוסח

שם פרטי+שם משפחה	חתימת המבוסח
רחל רז	[חתימה]

ה במקרה של חסוי (במקרה של קטין/חסוי, יש לצרף צו מינוי אפטרופוס וצילום ת.ז. של האפטרופוס)

שם ההורה/אפטרופוס*	ת.ז.	חתימה
שם ההורה/אפטרופוס*	ת.ז.	חתימה

בנוסף על האמור לעיל, הננו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה:

* במקרה של קטין/חסוי יצינו את שמם ויחתמו על המסמך כל האפטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפטרופוס - יש לצרף. מ.ר.מ. 17582 מ.ר.מ. 10573

ו חתימת עד מהימן**

תאריך מילוי הטופס	שם עד לחתימה	מס' ת.ז. עד לחתימה	חתימה וחותמת עם מספר רישיון של עד מהימן
18.8.2023	עמנואל רב	015181216916	[חתימה]

** עד מהימן - רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/סוכן ביטוח (יש לצרף צילום תעודת סוכן).



אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1903, רמת גן, מיקוד 5211801
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

שם המבוטח: מר יעקב
מספר ת.ז.: 051824696

**במידה ותביעתך תאושר, נבקשך לציין פרטי חשבון לביצוע העברה בנקאית
יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון בנק של המבוטח**

בנק: <u>חב"א</u>	שם סניף: <u>רח' צהר</u>	מס' סניף: <u>610</u>	מס' החשבון: <u>27449</u>
תשלום בתביעת קטין: אנו החתומים מטה, הורי הקטין מבקשים להעביר את תגמולי הביטוח בגין תביעה מספר <u> </u> לחשבון הבנק המשותף שעל שמו <u> </u> או לחילופין לחשבון האם או האב שמספרו <u> </u> ע"ש <u> </u> (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). בחתימתנו על גבי מסמך זה הרינו לאשר כי עם קבלת תגמולי הביטוח כמבוקש לעיל לא תהיה לנו ואו למי מטעמנו כל תביעה ואו טענה מכל סוג שהוא כלפי הראל חברה לביטוח בע"מ ואו מי מטעמה בנוגע לביצוע התשלום בגין תביעה זו.			
שם ההורה	מספר ת.ז.	חתימה: <u> </u>	
שם ההורה	מספר ת.ז.	חתימה: <u> </u>	
פוליסות שיפוי: במקרה של תשלום חד פעמי לספק שירות מוכר ובמקרה של תשלומים עיתיים בסך העולה על 5,000 ₪ - יש באפשרותך לפנות אלינו ולבקש שהתשלום יבוצע ישירות לספק השירות כאמור. לתשומת ליבך! ניתן לתבוע גם את הביטוח המשלים של קופת החולים ואו חברת ביטוח אחרת. במקרה זה, בתביעה זו יוחזר ההפרש שבין סכום ההחזר בביטוח המשלים של קופת החולים ואו חברת ביטוח אחרת, עד לגובה הסכום המכוסה על פי הפוליסה. לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים). קבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין ולהוראות פוליסת הביטוח. הנני מתחייב כי אדווח להראל חברה לביטוח בע"מ על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין קבלה זו והריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להחזר/פיצוי בגין קבלה זו. ככל שלא מצורפות קבלות מקוריות לטופס התביעה, יש להשיב על השאלות הבאות: האם הקבלות המקוריות הוגשו לגורם אחר לצורך קבלת החזר? ☐ כן ☐ לא אם כן, אנה העבר אישור של הגורם אליו הוגשו הקבלות בדבר גובה החזר, אשר ניתן על ידו. האם בכוונתך להגיש את הקבלות לגורם אחר לצורך קבלת החזר? ☐ כן ☐ לא אם כן, עליך לעדכן את הראל ואת הגורם הנוסף על מנת שלא ישולמו החזרים כפולים.			

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 ואו חברות קשורות שלה) יישמש את החברות בקבוצת הראל ואו 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 לידיעת 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, עיבוד ואחסון 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: 12.8.23
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.

פסקת התיישנות

הנני להביא לתשומת לבך, כי בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, ככל שתחילתה של פוליסת הפרט שברשותך לאחר יום 25.11.2020, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה חמש שנים מקרות מקרה הביטוח.

ככל שתחילתה של פוליסת הפרט שברשותך לפני יום 25.11.2020, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה שלוש שנים מקרות מקרה הביטוח.

בפוליסת "סיעוד מושלם פלוס" לחברי שירותי בריאות כללית - תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה שלוש שנים מקרות מקרה הביטוח.

לידיעתך, בתביעות סיעוד מקרה הביטוח מתרחש מידי יום ביומו ולכן תקופת ההתיישנות, מתחילה להימנות מדי יום ביומו ביחס לאותו היום כל עוד מתקיים מקרה הביטוח.

ככלל, הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשרה שנים.

הערה: ככל שקיים הסדר ייחודי בתנאי פוליסה מסוימת, יגברו הוראות ההסדר הייחודי על האמור לעיל והכל בקשר לכיסויים מכח אותה פוליסה.

הצהרת המבוטח ואו בא כוחו

אני הח"מ מצהיר בזה שכל התשובות דלעיל ולהלן נכונות ומלאות ואני מאשר/ת מסירת מידע מכל סוג לאיש הקשר המפורט לעיל.

תאריך: 12.8.23
שם + שם משפחה: מר יעקב
חתימה:

אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 1903, רמת גן, מיקוד 5211801
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה למלוי מירב בפרטים בטפסי התביעה.
אם המבוטח קטין, אחד מהוריו ימלא את הטופס, אך שני ההורים יחתמו.

טופס זה אינו מהווה הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים: 1-700-702-870. השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת טופס זה בדוא"ל ובפקס.

א פרטים אישיים

שם משפחה ישי	שם פרטי רחל	מספר ת.ז. 0151118124161916	תאריך לידה 01/01/53
טלפון בבית 03-5403685	טלפון נייד 052-5856954 052-3436754	כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא Madarishay@gmail.com	
כל ההודעות הקשורות לתביעתך יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך ו/או של איש הקשר (ככל ומסרת פרטי איש קשר). אם ברצונך שהודעות אלו ישלחו לדוא"ל שלך ו/או של איש הקשר אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל. לחילופין, אם ברצונך לקבל הודעות אלו בדואר ישראל אנא סמן זאת כאן: ☐ בדואר ישראל פרטיי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הגני 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 אצרך העתק ת.ז., תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת "האיזור האישי" שלך שבאתר החברה.			

ב פרטי איש קשר

שם משפחה ישי	שם פרטי רחל	מספר ת.ז. 21015171010151013	קרבה למבוטח ח
טלפון בבית	טלפון נייד 052-5856754	כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא Madarishay@gmail.com	
רחוב אוס ישי קין	מס' בית 103	שכונה רמת השני	מיקוד
כל ההודעות הקשורות לתביעתך יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך ו/או של איש הקשר (ככל ומסרת פרטי איש קשר). אם ברצונך שהודעות אלו ישלחו לדוא"ל שלך ו/או של איש הקשר אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל. לחילופין, אם ברצונך לקבל הודעות אלו בדואר ישראל אנא סמן זאת כאן: ☐ בדואר ישראל לידיעתך, איש הקשר אינו משום מיפה כוח או אפטרופוס מבחינה משפטית ומשמש כתובת נוספת ליצירת קשר עם המבוטח, לקבלת/מסירת מידע בקשר עם התביעה ולטיפול בה. מבוטח המעוניין שאיש הקשר ישמש כמופה כוח, יעביר ייפוי כוח חתום או צו מינוי אפטרופוס על-ידי בית המשפט.			

ג הסכמה לשימוש בדוא"ל ע"י מבוטח ו/או איש הקשר

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת קבוצת הראל, או מי מטעמה, להעביר אלי מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת דוא"ל 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: 12/8/23 שם + שם משפחה: ישי רחל מספר ת.ז.: 051824696 חתימה:

ד מינוי הסוכן לטיפול בתביעה

הגני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

תאריך: _____ שם+שם משפחה: _____ חתימת המבוטח:

לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה לרבות פירוט הפוליסות שבהן הינך מבוטח (שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שלך, שהינך מייפה את כוחו בהסכמתך זו, הינו הסוכן המטפל בהן), יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

ה מקום מגורים

☒ בית ☐ דיר מוגן / בית אבות ☐ מוסד סיעודי / גריאטרי			
רחוב אוס ישי קין	מספר בית 103	יישוב רמת השני	מיקוד 47204
שם מוסד/בית אבות/דיר מוגן		מחלקה	תאריך כניסה

