

הנדון: הנחיות להגשת תביעה לגמלת סיעוד

על מנת להגיש תביעת סיעוד יש לשלוח אלינו את המסמכים הבאים:

1. שאלון מידע רפואי-סיעודי/טופס תפקוד עדכני ומקורי, ממולא ע"י רופא/אחות (את הטופס ניתן להשיג בקופת החולים אצל האחיות).
2. סיכומי מחלה מאשפוזים מ-3 שנים אחרונות.
3. מצ"ב 2 טפסי "ויתור על סודיות רפואית", על המבוטח/ת בלבד לחתום עליהם (במידה והמבוטח/ת אינו/ה קבילה לחתימה, יש לצרף צו אפוסטרופסות). טופס חתום אחד יש להחזיר ל"דקלה" בצירוף החומר הרפואי הנדרש, את הטופס החתום השני יש להעביר לרופא המשפחה.
4. סיכום מידע רפואי הכולל פרוט לגבי ההיסטוריה הרפואית והגורם אשר הוביל למצב הסיעודי תוך התייחסות לתאריך התהוותם.
5. במידה והנך מקבלת/ת עזרה מחוק סיעוד, אנא העברי/י אלינו "אישור זכאות ראשונה" מטעם המוסד לביטוח לאומי.
6. במידה והמבוטח/ת השתחרר/ה מאשפוז ו/או משיקום, נא לצרף העתק ממכתב השחרור המלא וכן דו"ח ריפוי בעיסוק ופיזיותרפיה אשר מולאו בסמוך למועד השחרור.
7. מבוטח/ת המאובחן/ת כחולה/ת דמנציה / תשוש/ת נפש, נא לצרף העתק מחוות דעת של רופא מומחה לגריאטריה/ נירולוגיה / פסיכיאטריה/ פסיכוגריאטריה, המציין בבירור את מידת ההשגחה הנדרשת.
8. במידה והמבוטח/ת שוהה במחלקת סיעודי מורכב בתשלום, נבקש להעביר למשרדנו העתק מהקבלה הראשונה בגין תשלום זה וכן אישור מהמחלקה אשר מתייחס לתאריך תחילת התשלום (יום חודש ושנה).
9. במידה והמצב הסיעודי נובע ממחלת הסרטן, נבקש להעביר למשרדנו חוות דעת אונקולוגית אשר מתייחסת לתאריך גילוי המחלה וכן צפי המשך הטיפול.

הערה: על מנת שנוכל לטפל בתביעה בצורה יעילה ומהירה, נבקש להעביר למשרדנו את כל המסמכים הנדרשים במלואם.

את כל המסמכים האלו יש לשלוח אל:

חברת דקלה

מח' תביעות סיעוד

מגדלי בסר 2, בן גוריון 1, ת.ד. 888, בני ברק 51108

טלפון לבירורים: 03-6145626

תביעה לגמלת סיעוד

נא ציין באיזה פוליסה הינך מבוטח : (סמן ✓ בהתאמה)

"כללית מושלם" "כללית משלים" "משלים לגימלאי"

פוליסה קולקטיבית דרך מקום העבודה : _____

פרטי המבוטח :

שם מלא : _____

מס' ת.ז. : ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____ (כולל סיפרת ביקורת)

תאריך לידה : ____/____/____

כתובת : _____

פרטים :

- תאריך קרות האירוע / המחלה : _____
- מהי המחלה אשר בעטיה הינך סיעודי : _____
- האם יש לך זכות לתביעה בגין האירוע/המחלה מחברת ביטוח נוספת ? כן / לא (הקף בעיגול בהתאמה)
- במידה וכן, ציין פרטי חברת הביטוח הנוספת : _____
- האם הינך שוהה בבית / במוסד / בית אבות ? (הקף בעיגול בהתאמה)
- במידה והינך שוהה במוסד נא ציין שם המוסד, כתובת, טלפון : _____

פרטי איש הקשר :

שם : _____ ת.ז. : _____ יחס הקרבה למבוטח : _____

כתובת : _____

טלפון : _____ נייד : _____

**מידע יימסר לאיש הקשר בלבד

הצהרה

אני הח"מ, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים ואני מאשר מסירת מידע מכל סוג לאיש הקשר המפורט לעיל.

_____ תאריך

_____ חתימת התובע



מס' תביעה: _____

תאריך: _____

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ (יש למלא את פרטי המבוטח),

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' ת.ז: _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ולקופת חולים, בתי חולים כלליים ו/ו פסיכיאטריים ו/או טיפת חלב, שרות בתי הסוהר ו/או משרד החינוך ו/או קצין תגמולים ו/או קרן כלשהי ו/או כל רופא המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום וכן משרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הביטחון ו/או לוועדה רפואית ולכל רשות רפואית אחרת ו/או לכל חברות הביטוח ו/או אדם אחר כלשהו למסור ל"דקלה חברה לביטוח בע"מ" ו/או כל עובדיה ו/או כל שלוחיה ו/או כל סוכניה ו/או כל מי הבא מטעמה ו/או בשמה את כל המידע ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש הנ"ל וכן כל מידע על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הנפשי ובכלל זה, כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה. אני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/ו הסוציאלי ו/או הנפשי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתי ו/או מחלות ומוותר על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיה לי אליכם כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הנני מייפה את כוחם של הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמכם להגיש בשמי בקשת עיון ולעיין במידע המצוי במאגר המידע שבעלותכם ו/או בחזקתכם. מבלי לפגוע לעיל, הריני מתיר בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ו/או משלם לי ולא תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו אליכם בקשר למסירת מידע מסוג כלשהו כמפורט לעיל.

* כתב ויתור זה מחייב את עזבוני, ילדיי וכל מי שיבוא במקומי.

חתימה: _____

לחתימת המבוטח/ת בלבד

מס' תביעה: _____

תאריך: _____

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ (יש למלא את פרטי המבוטח),

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' ת.ז.: _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הסיעודי ולקופת חולים, בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או טיפת חלב, שרות בתי הסוהר ו/או משרד החינוך ו/או קצין תגמולים ו/או קרן כלשהי ו/או כל רופא המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום וכן משרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הביטחון ו/או לוועדה רפואית ולכל רשות רפואית אחרת ו/או לכל חברות הביטוח ו/או אדם אחר כלשהו למסור ל"דקלה חברה לביטוח בע"מ" ו/או כל עובדיה ו/או כל שלוחיה ו/או כל סוכניה ו/או כל מי הבא מטעמה ו/או בשמה את כל המידע ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש הנ"ל וכן כל מידע על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הנפשי ובכלל זה, כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחליתי בה. אני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי ו/או כל עובד מעובדכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הנפשי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתי ו/או מחלות ומוותר על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיה לי אליכם כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הנני מייפה את כוחם של הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמכם להגיש בשמי בקשת עיון ולעיין במידע המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם. מבלי לפגוע לעיל, הריני מתיר בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שמי במוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ו/או משלם לי ולא תהיינה לי כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו אליכם בקשר למסירת מידע מסוג כלשהו כמפורט לעיל.

* כתב ויתור זה מחייב את עזבוני, ילדיי וכל מי שיבוא במקומי.

חתימה: _____
לחתימת המבוטח/ת בלבד