

אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 10952, רמת גן, מיקוד 5252202
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	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה
טלפון בבית	טלפון נייד	כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא	
כל ההודעות הקשורות לתביעתך יישלחו אליך, בהתאם לפרטייך האישיים כפי שציין לעיל, 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 לאיש הקשר אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל. לחילופין, אם ברצונך לקבל הודעות אלו בדואר ישראל אנא סמן זאת כאן: ☐ בדואר ישראל			

ב פרטי איש קשר

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	קרבה למבוטח
טלפון בבית	טלפון נייד	כתובת דוא"ל, לתשומת ליבך, כדי לקבל עדכונים בדוא"ל עליך לציין מספר טלפון נייד לצורך קבלת סיסמא	
רחוב	מס' בית	שכונה	יישוב
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 לאיש 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 אפוטרופוס מבחינה משפטית ומשמש כתובת נוספת ליצירת קשר עם המבוטח, לקבלת/מסירת מידע בקשר עם התביעה ולטיפול בה. מבוטח המעוניין שאיש הקשר ישמש כמיפוח כוח, יעביר ייפוי כוח חתום או צו מינוי אפוטרופוס על-ידי בית המשפט או יפוי כח מתמשך ואישור ביחס להפעלתו.			

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

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוון 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 שגרשמה 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 סיסמא אישית שלי.

.....

תאריך שם + שם משפחה מספר ת.ז. חתימה

ד מינוי הסוכן לטיפול בתביעה

הנני 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 ☐ דיור מוגן / בית אבות ☐ מוסד סיעודי / גריאטרי למבוטח השוהה בביתו - יש לצרף נספח אישור קבלת שירותי סיעוד			
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד
שם מוסד/בית אבות/דיור מוגן		מחלקה	תאריך כניסה



^dt30850

אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 10952, רמת גן, מיקוד 5252202
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

שם המבוטח
מספר ת.ז.

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

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

פרטי מטפל (*מיועד למבוטח/ת בפוליסת סיעודי מושלם לחברי שירותי בריאות כללית החל מ-01/01/2025 ואילך)

שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	קרבה למבוטח
טלפון בבית		טלפון נייד	
רחוב	מס' בית	שכונה	יישוב
מיקוד			

בדיקת ביטוח לאומי

ככל 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	סניף	שם קופת חולים
שם הרופא	תחום התמחות	שם המרפאה
שם הרופא	תחום התמחות	שם המרפאה

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

בית חולים	מחלקה/מרפאה	תאריכי אשפוז
בית חולים	מחלקה/מרפאה	תאריכי אשפוז

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

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

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

אגף תביעות לביטוחי חיים, סיעוד ותאונות אישיות, רח' אבא הלל 3, ת"ד 10952, רמת גן, מיקוד 5252202
מספר מסרון 052-3240345 (SMS), מספר פקס: 03-7348597, כתובת דוא"ל: tvsiud@harel-ins.co.il

שם המבוטח:
מספר ת.ז.:

יב במידה ותביעתך תאושר, נבקשך לציין פרטי חשבון בנק בישראל העברה בנקאית

יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור ניהול חשבון בנק של המבוטח

****במקרה ולא קיים למבוטח חשבון בנק בישראל, יש לפתוח חשבון בנק בישראל. לא ניתן להעביר את התשלום לחשבון בנק בחו"ל**

שם סניף:	מס' סניף:	מס' החשבון:
תשלום בתביעת קטין: 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). בחתימתנו 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: 

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 ו/או חברת ביטוח אחרת. במקרה זה, בתביעה זו יוחזר ההפרש שבין סכום ההחזר בביטוח המשלים של קופת החולים ו/או 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.

יג שליחת דבר פרסומת

א. הודעה על קבלת דבר פרסומת של החברה:

הפרטים שמסרת ישמשו לצורך משלוח דברי פרסומת מהחברה באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט. באפשרותך לסרב בכל עת ב: unsubscribe1@harel-ins.co.il; <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; במספר *2735; קוד QR:



ב. הסכמה לקבלת דברי פרסומת נוספים:

☐ בנוסף על פרסומות שהחברה רשאת לשלוח לי בהתאם להודעה שניתנה לי לעיל, אני רוצה לקבל גם פרסומות על שירותים ומוצרים מכלל החברות בקבוצת הראל, שותפיהן העסקיים וצדדים שלישיים באמצעות דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת טקסט.

*קבוצת הראל - הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה.

תשומת ליבך, אי-סימון לא יחשב כסירוב לקבלת דברי פרסומת מהחברה (כמפורט בסעיף א' לעיל) ואינו מבטל הסכמה קודמת. באפשרותך לחזור בך מהסכמתך בכל עת.

יד פסקת התיישנות

הננו 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 "סיעודי 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.

הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדיון, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.

פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

טז הצהרת המבוטח ו/או בא כוחו

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



חתימה

שם + שם משפחה

תאריך