

פוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים מאוחדת הנחיות להגשת תביעה

מבוטח/ת יקר/ה,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה לקבלת תגמולי סיעוד, עפ"י כיסוי בפוליסת הסיעוד ולפי תנאי פוליסת הביטוח. מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר אולם מיועדת לנשים ולגברים כאחד.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את טופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בנספחים המצ"ב.

תשומת ליבך - באפשרותך לתבוע תגמולי ביטוח בגין תקופה הקודמת למועד הגשת התביעה, בכפוף להוכחת זכאות בהתאם לתנאי הפוליסה ולהתיישנות. אנא צרף כל מסמך רפואי תומך.

לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות המאפשר להגיש תביעה באמצעות האתר בכתובת www.menoramivt.co.il. בנוסף השירות מאפשר קבלת הודעות באמצעות SMS / מייל בכל אחד משלבי התביעה, צפייה בסטטוס הטיפול בה, העלאת מסמכים חסרים ועוד.

על מנת שנוכל לעדכן אותך בכל שלבי הטיפול בתביעה, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני ומספר טלפון נייד שלך או של איש הקשר מטעמך המטפל בתביעה.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח באחת מן הדרכים הבאות:

- במייל לכתובת t-meuhedet@menoramivt.co.il
- בפקס שמספרו: 03-7107788
- בדואר לכתובת: ת.ד. 927, תל-אביב 6100802.
- באמצעות אתר האינטרנט www.menoramivt.co.il

תשומת ליבך, קבלת טופס התביעה אצל המבטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח בקשר לתביעה שהוגשה.

נשמח לעמוד לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון: 03-7108766.

בכבוד רב,

מחלקת תביעות בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

טופס תביעת סיעוד לחברי קופת חולים מאחדת

מבוטח/ת נכבד/ה,

לצורך טיפול בתביעה אנא צרף את המסמכים הבאים:

1. טופס תביעה מלא וחתום על כל חלקיו לרבות טופס ויתור על סודיות רפואית (במידה והמבוטח אינו כשיר לחתימה יש לציין זאת). בטופס ויתור על סודיות רפואית נדרש אימות חתימה ע"י חתימת עד (רופא/עו"ד/אחות/פסיכולוג/עובד סוציאלי), תאריך אימות חתימת העד צריך להיות זהה לתאריך חתימת המבוטח.
2. אישור לקבלת טיפול סיעודי ברוב שעות היממה (כגון - אישור מהמוסד לביטוח לאומי המעיד על זכאות לקבלת קצבה ברוב שעות היממה/תלוש שכר או הסכם התקשרות עם חברת סיעוד/תצהיר מקרוב משפחה המאשר כי הוא מעניק למבוטח טיפול אישי ברוב שעות היממה).
3. לצורך יעול וקיצור בירור התביעה, אנו ממליצים לצרף מסמכים רפואיים. מומלץ לצרף תוצאות בדיקות וכל מסמך רפואי רלוונטי, המעידים על מצבך הרפואי ו/או התפקודי ו/או הקוגניטיבי, כגון: חוות דעת רפואית, סיכום מרופא משפחה או רופא מומחה, אישור הכרה על מצב סיעודי מהמוסד לביטוח לאומי או מכל גורם אחר, העתק ממכתב שחרור, סיכומי מחלה. מבוטח המאובחן כחולה אלצהיימר או דמנציה (תשישות נפש) ניתן לצרף העתק מחו"ד של רופא מומחה גריאטר או פסיכוגריאטר או נירוגריאטר בדבר מועד אבחון המחלה ואישור הצורך בהשגחה, כמו כן, ניתן לצרף כל מסמך רפואי רלוונטי אחר.
4. צילום תעודת זהות.
5. צילום המחאה מבוטלת / אסמכתא מהבנק בנוגע לפרטי חשבון בנק המבוטח.
6. במידה ומונה אפוסטרופוס או קיים יפויי כוח נוטריוני יש לצרפו.
7. במקרה של תביעה עבור מבוטח שנפטר - העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה/ירושה.
8. במקרה של שהייה במוסד סיעודי - תיק רפואי של המוסד.
9. במקרה של שהייה במוסד סיעודי - יש לצרף קבלות וחשבוניות.
10. כל אישור רפואי המעיד על המועד שהחל ממנו חדל המבוטח לתפקד באופן עצמאי.
11. תיק מהמוסד לביטוח לאומי.

מנורה מבטחים פועלת להוצאת מסמכים רפואיים, העברת המידע הנ"ל תזרז את תהליך הברור.

מה יקרה בהמשך:

עם קבלת מסמכי התביעה, חברת הביטוח תבדוק את הכיסוי הביטוחי על פי תנאי הפוליסה. ייתכן ותידרש להיבדק על ידי רופא, אחות או מומחה בתחום מטעמנו. הבדיקה תתואם מראש והיא תיערך במקום מגורי המבוטח או במוסד הסיעודי בו הוא שוהה, ותעשה על חשבון החברה. למען הסר ספק, התנאים הקובעים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה, ואין בטופס זה בכדי להקנות כיסוי שאינו קיים בפוליסה. במקרים בהם יהיה צורך בהבהרות, תפנה אליכם חברת הביטוח בבקשה להמציא חומר נוסף. במקרים מסוימים תזמין חברת הביטוח את התיק הרפואי של המבוטח ישירות מהמוסדות הרפואיים. לאחר קבלת תוצאות הבדיקה וכל המסמכים שנדרשו, נודיעך בכתב את החלטתנו באשר לתביעתך לקבלת תגמולי ביטוח בהתאם להוראות הפוליסה, ניתן להתעדכן גם באתר החברה www.menoramivt.co.il, באמצעות שירות תביעות On-Line. שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

ידיעתך:

הזכאות לקבלת גמלת סיעוד נקבעת בהתאם להוראות הפוליסה ובהתבסס על מכלול פרמטרים ראייתיים שמצביעים על מצבו התפקודי של המבוטח, ובכלל זה: הערכה תפקודית, הערכה קוגניטיבית, מסמכים רפואיים, מסמכי המוסד לביטוח לאומי, התרשמות עובדת סוציאלית וכן ממצאים נוספים. יובהר כי לא בכל המקרים נעשה שימוש בכל הפרמטרים הנזכרים לעיל, וכל מקרה נבחן לגופו.

התיישנות

לתביעות בהם תאריך מקרה הביטוח הינו קודם ליום 01.01.2025:
על פי חוק חוזה ביטוח ועל פי הוראות הפוליסה, חלה התיישנות על בקשה לתשלום תגמולי הביטוח, לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה והתובע קטין, שנות ההתיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם.

לתביעות בהם תאריך מקרה הביטוח הינו לאחר ה 01.01.2025:
על פי חוק חוזה ביטוח ועל פי הוראות הפוליסה, חלה התיישנות על בקשה לתשלום תגמולי הביטוח, לאחר 5 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה והתובע קטין, שנות ההתיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם.

לתשומת ליבך, הגשת תביעה לחברה וניהול התכתבות עמה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט.

בכבוד רב,

**מחלקת תביעות בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

תאריך: _____

טופס תביעת סיעוד למבוטחי קופת חולים מאוחדת חלק א'

יש לסמן בעיגול את הגורם הממלא את טופס התביעה: מבוטח / בן או בת זוג של מבוטח / הורה של מבוטח (במקרה של קטין) / עו"ד

א. פרטי המבוטח					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
מקום מגורים: ☐ בית המבוטח: כתובת מלאה (ישוב, מס' בית, מיקוד, ת.ד.)		מס' טלפון נייד			
		מס' טלפון בבית			
☐ מוסד סיעודי / בית אבות: שם המוסד _____ טלפון המוסד _____ כתובת המוסד _____		דוא"ל			
		מס' פקס			
סניף קופת חולים		רופא משפחה מטפל		שם הרופא המקצועי / מכן מטפל	
☐ כללית – מושלם ☐ כללית – פלטינום ☐ מכבי – שלי ☐ מכבי – זהב ☐ מאוחדת – עדיף ☐ מאוחדת – פלוס ☐ לאומית – כסף ☐ לאומית – זהב					
ב. פרטי איש קשר לצורך טיפול בתביעה זו (במקרה בו המבוטח אינו מנהל את תביעתו)					
שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות	
כתובת: רח'		מס' בית		מס' דירה	
		כניסה		עיר	
		מיקוד		ת.ד.	
מס' טלפון בבית		טלפון נייד		כתובת דוא"ל	
חתימת המבוטח המאשר מינוי איש קשר		תאריך			
ג. אופן משלוח הודעות - נודה לבחירתך את אופן ההתקשרות					
☐ דואר אלקטרוני (מאובטח) ו/או מסרון (SMS) ☐ דואר ישראל					
כתובת דוא"ל		מס' טלפון נייד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)			
אני מעוניין כי כתובת דוא"ל זו תשמש גם בתביעות עתידיות ☐ כן ☐ לא					
לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיוור ההודעות ישלחו באמצעות כתובת דואר ישראל כפי שמעודכנת בחברתנו.					
ככל שהינך מיוצג ע"י עורך דין, הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, אנא הקפד על מילוי כתובת הדוא"ל של עורך הדין:					
שם העו"ד _____		☐ כתובת משרד עו"ד ☐ דואר אלקטרוני (מאובטח)			
כתובת דוא"ל		מס' טלפון נייד של עו"ד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)			
כתובת: רח'		מס' בית		מס' דירה	
		כניסה		עיר	
		מיקוד		ת.ד.	

ד. פרטי התביעה

פרטי האירוע:

○ מחלה ○ תאונה תאריך קרות האירוע (מועד תחילת מצב סיעודי): _____
האם יש לך זכות לתביעה בגין התאונה/מחלה מחברת ביטוח אחרת? אם כן, ציין את שם החברה: _____
1. אנה פרט השתלשלות מפורטת בציון תאריכי טיפול/אשפוז: _____

2. האם אושפדת או הנך מאושפד? ○ לא / ○ כן

אם כן, אנה ציין שמות בתי חולים, מחלקות ומרפאות בתי חולים בהם טופלת וכן צרף סיכומי מחלה:

תאריך האשפוז	תאריך שחרור	שם מוסד ומחלקה

אם עברת מקופת חולים אחת לאחרת אנה ציין את כל שמות הרופאים שטיפלו בך בכל קופה:

שם הקופה	שם הרופא	סניף קופת חולים

3. האם טופלת/היית במעקב במרפאת זיכרון? נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם המוסד:

4. האם קיימת אבחנה של תשישות נפש? ○ לא / ○ כן

5. האם הינך מוגבל באחת או יותר הפעולות שברשימה:

○ קימה מהמיטה ושכיבה במיטה ○ הלבשה ○ רחצה ○ אכילה ושתייה ○ שליטה על סוגרים
○ נייודות (יכולת תנועה ממקום למקום באופן עצמאי או בעזרת מקל הליכה/הליכון)
הערות: _____

ה. זכאות מחברת ביטוח נוספת / המוסד לביטוח לאומי / גופים אחרים

האם פנית בעבר לקבלת עזרה בגין המצב הסיעודי מהגורמים הבאים?

ביטוח לאומי גמלת סיעוד	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
גמלת שירותים מיוחדים	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
גמלת ילד נכה	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
קצבת נייודות	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
משרד הביטחון	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
קרן לניצולי שואה	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
האם יש לך ביטוח סיעודי או ביטוח רפואי אחר?	○ כן ○ לא	שם חברה _____ שם התוכנית _____ תחילת הביטוח _____
האם הוגשה תביעה או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	○ כן ○ לא	שם חברה _____ שם התוכנית _____ תחילת הביטוח _____

כללי

הם הינך מעסיק עובד זר?	○ כן ○ לא	החל מתאריך _____ / _____ / _____ אחוז הגמלה % _____ שם חברת הסיעוד _____
האם יש ברשותך אישורים להעסקת עובד זר?	○ כן ○ לא	

ו. פרטי חשבון

תשלום התביעה באמצעות העברה בנקאית בלבד. נא למלא את הפרטים

שם בנק _____ מס' סניף _____

מס' חשבון _____ שם בעל החשבון _____

יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור פרטי החשבון מהבנק.

חתימה X _____

במידה והמבוטח הינו קטין או קיים צו מינוי אפוטרופוס, יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים/אפוטרופוס שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודת זהות של מוטבים.

שם האפוטרופוס _____ סוג אפוטרופוס _____

שם בנק _____ מס' סניף _____

מס' חשבון _____ שם בעל החשבון _____

יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור פרטי החשבון מהבנק.

חתימה X _____

ז. הצהרת המבוטח או התובע בשמו

ידוע לי כי החברה תפנה אל הבנק שלי, ותאמת מולו את פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה.

אני מאשר בזאת לבנק למסור לחברה את המידע הדרוש לצורך אימות פרטי חשבון הבנק שלי, ומוותר על חובת הסודיות שהבנק חייב כלפיי לפי כל דין ו/או הסכם לצורך האימות האמור.

האימות יבוצע באמצעות בדיקת הפרטים האישיים שבטופס (שם פרטי, שם משפחה, מס' זיהוי ומס' חשבון) מול הבנק – ויתקבל חיזוי אם הפרטים הנ"ל תואמים את הפרטים הרשומים בבנק או לא. ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמה זו, כל עוד טרם בוצע אימות פרטי חשבון הבנק שלי.

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי תשובותי וכל הפרטים אשר מסרתי לעיל ואמסור להלן הינם מלאים ונכונים. ידוע לי כי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.

תאריך _____ שם החותם _____ מס' תעודת זהות _____ חתימה X _____

יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם איננו מבוטח): _____

ח. הצהרה ויתור על סודיות

אני הח"מ, מאשרת לכל עובד רפואי ולא סוציאלי ולא סיעודי ולא מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ולא המוסד לביטוח לאומי ולא לחברות הביטוח ולא לכל אדם אחר כלשהו, למסור למנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ ולא מי מטעמה, את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ולא הרפואי ולא אבחנות ולא טיפולים שעברתי ולא לתביעות מכל סוג שהוגשו בשמי (כולל מצב תביעה, סכום הסילוק ומועדו). אני מוותרת על סודיות זו כלפי מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ ולא מי מטעמה, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בנוסף, אני מאשרת למנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ ולא מי מטעמה, להעביר מידע רפואי ולא אחר בענייני, לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות או למוסדות רפואיים ולא ליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים). בקשתי זו תקפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל נותני השירותים שפורטו לעיל ולא מי מטעמם.

חתימה: X _____

תאריך _____

חלק ב' – למילוי על ידי הרופא המטפל

(רופא משפחה, רופא מומחה בתחום ממנו נובע המצב הסיעודי, רופא גריאטר או פסיכוגריאטר)
חלק זה הינו רשות, מומלץ למלאו

א. פרטי המבוטח				
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	☐ זכר ☐ נקבה
ב. מקום ביצוע ההערכה התפקודית				
תאריך ביצוע הערכה תפקודית	☐ בית המבוטח ☐ מוסד סיעודי / או גריאטרי	שם בית האבות בו שוהה המבוטח	שם המוסד	
שם הרופא		חתימת הרופא:		
ג. אבחנות רפואיות ותאריכים				
תאריך	אבחנות רפואיות			
ד. טיפול תרופתי שמקבל המבוטח				
ה. מצב תפקודי				
ניידות	שיתוק	לקום ולשכב	אכילה ושתייה	להתלבש ולהתפשט
☐ עצמאי ☐ מרותק לכסא גלגלים ☐ רתוק למיטה ☐ הולך בעזרת מכשיר ☐ שיתוק גפ ימין / שמאל ☐ שיתוק 2 גפיים ☐ תחתונות ☐ שיתוק 4 גפיים	☐ אין שיתוק ☐ שיתוק גפ ימין / שמאל ☐ שיתוק 2 גפיים ☐ תחתונות ☐ שיתוק 4 גפיים	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה בהאכלה ☐ זקוק לעזרה מלאה	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה
להתרחץ	לשלוט על הסוגרים	התמצאות	מצב רגשי	מטופל ע"י
☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	שותן: ☐ שליטה מלאה ☐ שליטה חלקית ☐ חוסר שליטה מוחלט שימוש: ☐ חיתולים ☐ פדים ☐ ספוגיות פעולות מעיים: ☐ שליטה מלאה ☐ חוסר שליטה מוחלט	☐ מתמצא בזמן ובמקום ☐ לא מתמצא בזמן ובמקום ☐ מבולבל לעיתים ☐ רחוקות ☐ מבולבל לעיתים ☐ קרובות	מדוכא: ☐ לעיתים רחוקות ☐ לעיתים קרובות ☐ מצב דכאוני קבוע תוקפן: ☐ לעיתים רחוקות ☐ לעיתים קרובות ☐ תוקפני כל הזמן	☐ עובד זר ☐ מטפל מטעם ביטוח לאומי ☐ בן משפחה ☐ מטפל שאינו בן משפחה

עד מתי המבוטח תיפקד באופן עצמאי _____
 מה גרם לשינוי _____
 המלצות להמשך טיפול _____
 המלצות לשירותי עזר / סיעוד _____
 המלצה לסידור מוסדי _____

חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

יש לחתום על הטופס המצ"ב בהתאם להנחיות ולרבות חתימה וחתימת עד.
אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת:	רח'	ישוב
	ת.ד.	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 ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח וקרנות הפנסיה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, וכן מכונים פרטיים (הדמיה, גנטיקה, פתולוגיה ו/או כל מכן אחר) ובתי חולים פרטיים וכן חברות ביטוח וכל גורם אחר אליו אפנה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי 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" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן. כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

הריני מאשר למנורה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי מטעמי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).

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 רפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

וויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את ירשתי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

תאריך	שם החותם	תעודת זהות	חתימה
-------	----------	------------	-------

שם קופ"ח קודמת

שם קופ"ח

פרטי העד לחתימה (רופא, עו"ד, אחות, פסיכולוג, עובד סוציאלי)

לתשומת ליבך, יש מוסדות שאינם מאפשרים קבלת תיקים רפואיים ללא חתימת עד רופא / עו"ד, ולכן על מנת לחסוך זמן מומלץ להחתים רופא או עו"ד כעד על טופס זה.

תאריך	שם מלא של העד ותפקידו	תעודת זהות	מס' רישיון	חתימה וחתימת
-------	-----------------------	------------	------------	--------------

במקרה של קטין/חוסה – חתימת אפוטרופוס (במקרה של חוסה, יש לצרף כתב מינוי אפוטרופוס)

שם האב	מס' זהות	תאריך	חתימה
שם האם	מס' זהות	תאריך	חתימה

במקרה שמונה אפוטרופוס - יש להחתים את האפוטרופוס שמונה על פי החוק יש לצרף כתב מינוי אפוטרופוס

שם מלא	מס' זהות	תאריך	חתימה
--------	----------	-------	-------

כללים ומבחנים לקבלת גמלת סיעוד

כללים ומבחנים לקבלת גמלת סיעוד

בהתאם לתנאי פוליסת הסיעוד הקבוצתית של קופת חולים מאחדת, גמלת סיעוד ניתנת למבוטח אשר נמצא במצב סיעודי כהגדרתו בפוליסה. מצב סיעודי מזכה נמדד בהתאם להגדרות להלן:

1. תשישות נפש שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום; לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילות 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.

למקרה ביטוח שאירע לפני 01.01.2025:

2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בשלו הוא לא מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (50% לפחות מהפעולה), של 3 פעולות לפחות מתוך פעולות שלהלן:
 - 2.1 **לקום ולשכב** - יכולת עצמאית של מבוטח לעבור ממצב שכיבה לשיבה ולקום מכיסא לרבות מכיסא גלגלים או מיטה;
 - 2.2 **להתלבש ולהתפשט** - יכולת עצמאית של מבוטח ללבוש פריטי לבוש מכל סוג ופשיטתם לרבות חיבור או הרכבת חגורה רפואית או גפה מלאכותית;
 - 2.3 **רחצה** - יכולת עצמאית של מבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת אחרת, לרבות כניסה לאמבטיה או למקלחת ויציאה מהן;
 - 2.4 **אכילה ושתייה** - יכולת עצמאית של מבוטח להזין את עצמו בכל דרך או אמצעי למעט אכילה באמצעות קשית, ולרבות שתיה באמצעות קשית, לאחר שהמזון הוכן בשבילו והוגש לו;
 - 2.5 **שליטה בסוגרים** - יכולת עצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן; אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה, למשל שימוש קבוע בסטומה, בקטטר בשלפוחית השתן, בחיתולים או בסופגנים למיניהם, תחשב כאי שליטה על סוגרים;
 - 2.6 **ניידות** - יכולת עצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום, ללא עזרת הזולת; היעזרות בקביים, במקל, בהליכון או בכל אביזר אחר לרבות אביזר מכני, מוטורי או אלקטרוני, שמאפשר למבוטח לנוע באופן עצמאי לא תיחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. יודגש כי אי יכולתו של מבוטח לנוע ללא כיסא גלגלים תחשב כאי יכולתו לנוע באופן עצמאי; על אף האמור, היה מבוטח ללא יכולת לנוע ללא כיסא גלגלים, אולם, בעל יכולת עצמאית לנוע עם כיסא הגלגלים ממקום למקום בתקופת הביטוח שהסתיימה לפני 1 ביולי 2017, ובמהלך תקופת הביטוח הנוכחית השתנתה יכולתו העצמאית כך שאינו יכול לנוע באופן עצמאי עם כיסא הגלגלים, יראו בו כמבוטח שאינו יכול לנוע באופן עצמאי החל ממועד שבו השתנתה יכולתו העצמאית כאמור.

למקרה ביטוח שאירע לאחר 01.01.2025:

- להלן תיקון ההגדרה בהתאם להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(ביטוח סיעודי קבוצתי לחברים קופות חולים)(תיקון) התשפ"ה 12.2024:
2. מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בשלו הוא לא מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (50% לפחות מהפעולה), של 4 פעולות לפחות או 3 פעולות לפחות כשאחת מהן היא שליטה בסוגרים מתוך פעולות שלהלן:
 - 2.1 **לקום ולשכב** - יכולת עצמאית של מבוטח לעבור ממצב שכיבה לשיבה ולקום מכיסא לרבות מכיסא גלגלים או מיטה;
 - 2.2 **להתלבש ולהתפשט** - יכולת עצמאית של מבוטח ללבוש פריטי לבוש מכל סוג ופשיטתם לרבות חיבור או הרכבת חגורה רפואית או גפה מלאכותית. יכולת ללבוש בגדים מותאמים למצבו של המבוטח או היעזרות באופן עצמאי באבזר לצורך ביצוע הפעולה לא ייחשבו כאי יכולתו של מבוטח לבצע את הפעולה;
 - 2.3 **רחצה** - יכולת עצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת אחרת, היעזרות באופן עצמאי באבזר שמאפשר למבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת אחרת, לא תיחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של מבוטח לבצע את הפעולות האמורות;
 - 2.4 **אכילה ושתייה** - יכולת עצמאית של מבוטח להזין את עצמו בכל דרך או אמצעי למעט אכילה באמצעות קשית, ולרבות שתיה באמצעות קשית, לאחר שהמזון הוכן בשבילו והוגש לו;
 - 2.5 **שליטה בסוגרים** - יכולת עצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן; אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה, למשל שימוש קבוע בסטומה, בקטטר בשלפוחית השתן, בחיתולים או בסופגנים למיניהם, תחשב כאי שליטה על סוגרים;
 - 2.6 **ניידות** - יכולת עצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום, ללא עזרת הזולת; היעזרות בקביים, במקל, בהליכון או בכל אביזר אחר לרבות אביזר מכני, מוטורי או אלקטרוני, שמאפשר למבוטח לנוע באופן עצמאי לא תיחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. יודגש כי אי יכולתו של מבוטח לנוע ללא כיסא גלגלים תחשב כאי יכולתו לנוע באופן עצמאי; על אף האמור, היה מבוטח ללא יכולת לנוע ללא כיסא גלגלים, אולם, בעל יכולת עצמאית לנוע עם כיסא הגלגלים ממקום למקום בתקופת הביטוח שהסתיימה לפני 1 ביולי 2017, ובמהלך תקופת הביטוח הנוכחית השתנתה יכולתו העצמאית כך שאינו יכול לנוע באופן עצמאי עם כיסא הגלגלים, יראו בו כמבוטח שאינו יכול לנוע באופן עצמאי החל ממועד שבו השתנתה יכולתו העצמאית כאמור.

קביעת הזכאות לקבלת גמלת סיעוד

הערכה האם המבוטח נמצא במצב סיעודי מזכה בהתאם לתנאי הפוליסה שברשותו מתבצעת על יסוד מסמכים וחוו"ד רפואית, מידע אודות מחלות רקע וטיפוליים תרופתיים שהמבוטח קיבל/ מקבל, מידע אודות אשפוזים שעבר וכיוצא"ב. הערכה זו הינה על בסיס בחלק ניכר מן המקרים מבוצעת למבוטח הערכה תפקודית (בדיקה פיזית / קוגניטיבית) על ידי איש מקצוע. הערכה זו הינה על חשבון חברת הביטוח ונעשית בתאום עם המבוטח או איש הקשר מטעמו. במסגרת הערכה זו נבחנת יכולתו התפקודית ו/או הקוגניטיבית של המבוטח במסגרת הבית או במסגרת דומה לכך כגון מוסד בו שוהה המבוטח.

לתשומת ליבך מדובר בהסבר כללי, בכל מקרה תנאי הפוליסה המלאים, הוראותיה וסייגיה הם המחייבים לכל דבר ועניין. הזכאות לקבלת גמלת סיעוד תבחן בכל מקרה לגופו.

מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 (להלן: "החוזר") ולהוראות החוזר המאוחד בעניין יישוב תביעות ביטוח בסיעוד (חוזר מס' 12-1-2018), מפורטת להלן מערכת הכללים לבירור וליישוב תביעות במנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: "מנורה"). האמור בכללים אלו הינו בנוסף וכהשלמה לאמור בהוראות החוזרים.

אם ברצונך לקבל העתק ממערכת כללים זו, יש באפשרותך לפנות לשם כך אל מרכז הדיווח של מנורה בטלפון שמספרו 03-7107107 או להדפיס אותה ישירות מאתר האינטרנט של החברה בכתובת www.menoramivt.co.il (להלן: "אתר האינטרנט").

מנורה תפעל בכל הקשור לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור על פי האמור במערכת כללים זו, כמפורט להלן:

א. הגדרות

במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלהלן:

- יום עסקים** - כל יום למעט יום שבת, יום שישי, ימי שבתון, ערב ראש השנה, שני ימי ראש השנה, ערב יום הכיפורים, יום הכיפורים, ערב חג ראשון של סוכות, חג ראשון של סוכות, ערב שמיני עצרת, שמיני עצרת, פורים, ערב ראשון של פסח, ראשון של פסח, ערב שביעי של פסח, שביעי של פסח, יום העצמאות, ערב חג השבועות, חג השבועות, ותשעה באב.
- לקוח** - מבוטח, מוטב, תובע או מי מטעמם.
- מומחה** - בין אם הוא עובד של מנורה ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי ולמעט ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.
- תביעה** - דרישה ממנורה למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח או לפי הוראות הדין הרלבנטיות למימוש זכויות כאמור.
- תובע** - מי שהציג תביעה למנורה, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי מנורה להיפרע את הטבת הנזק כאמור.

ב. תחולה

מערכת כללים זו חלה על ענפי הביטוח הבאים:

- ביטוח חיים** - לגבי סיכוני אבדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד;
- ביטוח מפני תאונות אישיות**;
- ביטוח מפני מחלות ואשפוז**, למעט ביטוח שיניים ולמעט ביטוח בריאות לעובדים זרים וביטוח בריאות המיועד למתן כיסוי ביטוחי לשהים זרים בישראל וזאת לענין קבלת שירותים במישרין מספק השירות הרפואי ובלא מעורבות של המבטח;
- ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי** [נוסח חדש], התש"ל-1970 (להלן "הפקודה") למעט סעיף ט"ז ובסעיף ט 2 במקום "תשעים ימים" יבוא "שישה חודשים", וביטוח רכב מנועי - רכוש (עצמי וצד שלישי);
- ביטוח מקיף לדירות**;
- ביטוח מטען, תאונות, מחלות ואשפוז בנסיעות לחוץ לארץ.**

*** מערכת כללים זו לא תחול על: תביעות לתשלום בגין נזק עצמי בביטוח רכב מנועי - רכוש או בביטוח מקיף דירות, של תובע שבבעלותו לפחות 40 כלי רכב או דירות ואשר בעת כריתת חוזה הביטוח ויתר על תחולת החוזר באופן מפורש; או על שירותים שמעניק ספק שירות, במישרין, למבטח בהתאם לכתב שירות, אם מנורה אינה מעורבת ביישוב התביעה.

ג. מועד תחילה

מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר מועד פרסומה.

ד. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- עם קבלת פנייה הקשורה להגשת תביעה אל מנורה או למי מטעמה, תמסור מנורה לפונה בהקדם האפשרי ממועד הפניה למנורה או למי מטעמה את המסמכים המפורטים להלן הרלוונטיים לסוג התביעה:
 - העתק ממערכת כללים זו.
 - מסמך המפרט את הליך בירור התביעה ויישובה.
 - הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע, הנחיות אלו יכללו, בין היתר, מידע לגבי זכותו של תובע לקבל שיפוי על הוצאות שהיו לו ומנורה חייבת לשפותו בגין (כגון שיפוי בשל צעדים שנקטו על ידו לשם הקטנת הנזק, שיפוי בשל תשלום למומחה עבור חוות דעת וכדומה).
 - פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור וליישוב תביעה. במידת הצורך, מנורה תפנה לתובע בבקשה להשלמת מידע בעת הליך בירור תביעה ויישובה.
 - טופס הגשת תביעה, ככל שקיים - והנחיות לגבי מילוי.
 - הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה.

נוסף על האמור, עם קבלת פניה כאמור, הקשורה בהגשת תביעת ביטוח בביטוח סיעודי, תשלח מנורה לפונה טפסי תביעה, לרבות טופס ויתור סודיות, מכתב הדרכה למילוי הטפסים (אשר יכלול בין היתר, את לוחות הזמנים המחייבים להליך יישוב התביעה) וכללים לקבלת גמלת סיעוד, וזאת לא יאוחר מיום עסקים אחד ממועד הפנייה אלא אם הפנייה נעשתה בפקס או בדואר ובמקרה זה ישלחו הטפסים האמורים בתוך 5 ימי עסקים.

■ ניתן לעיין במסמכים המפורטים לעיל באתר האינטרנט.

2. מנורה תמסור לתובע בהקדם האפשרי מהמועד שבו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה אצלה או מי מטעמה, הודעה בכתב, המפרטת מהם המסמכים שהתקבלו אצלה לצד מועד קבלתם, וכמו כן מהם המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע.

נתקבלה במנורה תביעה בגין ביטוח סיעודי, יחולו הכללים המפורטים להלן:

- א. מנורה תמנה נציג שירות אשר יהיה איש קשר מטעמה מול המבוטח וילווה את המבוטח לאורך כל הליך הטיפול בתביעה (להלן - נציג אישי); פרטי ההתקשרות הישירים עם הנציג האישי (מספר טלפון וכתובת דוא"ל) יימסרו למבוטח יחד עם הודעת קבלת המסמכים.
- ב. הנציג האישי יעדכן את המבוטח בשיחה טלפונית בתוך שני ימי עסקים ממועד קבלת הטפסים, או חמישה ימי עסקים במקרה בו המבוטח פנה בדואר או בפקס ויודיע אם התקבלו במלואם, על אף האמור, התקבלו הטפסים במלואם, רשאית מנורה לעדכן את המבוטח באמצעות הודעה למכשיר הטלפון הנייד;
3. ככל ומנורה תמצא כי דרוש לה מהתובע מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור התביעה, יידרשו מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר (14) ימי עסקים מהיום שיתברר הצורך בהם. (למעט בתביעת סיעוד שם יחולו המועדים המפורטים בסעיף 2 לעיל).
4. מנורה תאפשר לכל תובע לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, האם ברצונו לקבלם באמצעות הדואר, דואר אלקטרוני או בכל אמצעי תקשורת מאובטח אחר המקובל באותו מועד בענף.

ה. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה

מנורה תמסור לתובע, בתוך שלושים (30) ימים מהמועד בו נתקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה ו/או מהמועד שבו נתקבל אצלה טופס תביעה מלא כנדרש על ידה (לפי המאוחר מבין השניים) ו/או עם תשלום התביעה, עדכון בדבר מצב הטיפול בתביעה. עדכון כאמור יכול שיהיה בדבר תשלום התביעה באופן מלא או חלקי, הצעת פשרה בתביעה, המשך טיפול או הפסקת טיפול בתביעה, או דחיית התביעה.

במקרה של תביעה בגין ביטוח סיעודי ביטוח סיעודי, יחולו הכללים המפורטים להלן:

- א. החליטה מנורה כי המידע שנמצא ברשותה מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של התובע, תכריע לגבי התביעה, על בסיס המידע שקיבלה מהתובע ושהשיגה באמצעות טופס ויתור סודיות, לא יאוחר מ-20 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים;
 - ב. חלפו 20 ימי עסקים ומנורה החליטה כי המידע שנמצא ברשותה אינו מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של התובע, תפנה מנורה את התובע לביצוע הערכת תפקוד קובעת ותשלח על כך הודעה לתובע.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

ו. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

1. אם נתקבלה החלטה על תשלום תביעה, תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן "הודעת תשלום") שתכלול התייחסות לנושאים הבאים, ככל שהם רלוונטיים, או שתכלול הפנייה למסמכים המתייחסים למסמכים בעניינים כאמור, שיצורפו להודעה (כגון דוח שמאי או חוות דעת מומחה). במסגרת הודעה זו יצוין שם המבוטח, סוג הכיסוי הביטוחי שמכוחו מיושבת התביעה, שם הפוליסה ומספרה.
 - א. לגבי תשלום חד פעמי - עילת התשלום; פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב; גובה הנזק; סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה; פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא ממנורה בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה או הדין קוזזו מהתשלום; סכום ההשתתפות העצמית; פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים למנורה מאת התובע; פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שניים במחלוקת אם שולמו כאלה; סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה; הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה; הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום שבפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור; המועד שבו היו בידי מנורה כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.
 - ב. לגבי תשלום עיתי (לרבות קצבה) יפורט, במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בפסקה (א) - סכום התשלום הראשון; מנגנון עדכון התשלומים; המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום; משך התקופה המרבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה או הדין; משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.
2. אם נתקבלה החלטה על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן: "הודעת תשלום חלקי") הכוללת שני חלקים כמפורט להלן:
 - החלק הראשון, שיפרט את מרכיביו של התשלום שאושר בהתאם למפורט בסעיף 1 לעיל; החלק השני, שיפרט את הנימוקים העומדים בבסיס החלטת מנורה לדחות חלק מהתביעה, יחולו לגבי ההוראות כמפורט בהמשך.
3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח המכסים תשלומים חד פעמיים לספק מוכר העובד עם מנורה או לחילופין תשלומים עיתיים העולים על 5,000 ₪, תאפשר מנורה למבוטח לבחור האם ברצונו שהתשלום לספק השירות יעשה על ידי מנורה בין אם באופן ישיר ובין אם באמצעות המחאה לפקודת ספק השירות.
 - בכל מקרה בו מדובר על תביעה המתבררת בבית המשפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.
 - בכל מקרה בו הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תהיה מנורה פטורה ממתן הודעה לפי סעיף זה החל מאותו מועד.

ז. הודעת פשרה

1. מנורה לא תציע לתובע הצעת פשרה בלתי סבירה למועד ההצעה.

2. אם הוסכם על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תימסר לתובע הצעת פשרה בכתב (להלן: "הודעת פשרה") וינתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.
 3. בהודעת הפשרה הכתובה יפורטו מקרה הביטוח, הנימוקים שביסוד הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שנויים במחלוקת ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כזה.
 4. כל עוד לא אישר התובע את הודעת הפשרה, היא לא תחייב את הצדדים.
 5. הודעת הפשרה תכלול גם את שם המבוטח, סוג הכיסוי הביטוחי שמכוחו מיושבת התביעה, שם הפוליסה ומספרה.
- הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו התובע מיוצג על ידי עורך דין וכן במקרה שבו נדונה התביעה בבית משפט.

ח. הודעת דחייה

1. אם נתקבלה החלטה על דחיית התביעה, תימסר לתובע הודעה בכתב (להלן: "הודעת דחייה").
2. נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי הפוליסה או התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין אשר בשלם נדחת התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.
3. הודעת הדחייה תכלול התייחסות לחוות דעת מומחה שהוגשה מטעם התובע, ככל שהוגשה וככל שהיא רלוונטית לנימוקי הדחייה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.
4. נימוקי הדחייה יכללו פירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה על דחיית התביעה; ככל שההחלטה על דחיית התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, תכלול הודעת הדחייה, הפניה למסמכים אלו ויתאפשר לתובע לקבלם לפי דרישה.
5. מנורה תהיה רשאית שלא למסור מסמכים שהם חסויים על פי דין, ובלבד שתיידע את התובע על כך שיש בידה מסמכים שהיא נמנעה מלצרפם בשל החיסיון ותצרף להודעה הסבר מדוע היא סבורה שהמסמכים חסויים.
5. במקרה של תביעת סיעוד, ככל ומנורה תחליט על דחיית התביעה בטענה שלא קרה מקרה ביטוח, תנמק מנורה את החלטתה ותציין בהודעת הדחייה, אילו מהפעולות ה-ADL המנויות בחוזר סיעוד נמצא כי התובע לא מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מהן (לפחות 50% מהפעולה).

ט. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

1. אם יידרש למנורה זמן נוסף לשם בירור התביעה, תימסר על כך לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגין נדרש זמן נוסף כאמור (להלן: "הודעת המשך בירור") בהודעה זו יצוין שם המבוטח, סוג הכיסוי הביטוחי שמכוחו מיושבת התביעה, שם הפוליסה ומספרה.
 2. בהודעת המשך בירור יצוינו כל המידע או המסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע לשם בירור התביעה. הודעת המשך בירור כאמור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים (למעט בתביעות לפי הפקודה, בהן תימסר הודעה כאמור לפחות כל ששה חודשים) ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת פשרה, לפי העניין, למעט במקרים הבאים:
 - א. אם פורט בהודעת המשך הבירור הקודמת ועל פני תנאי הפוליסה מועד עתידי להערכת הנזק, ואז אין צורך במשלוח הודעה בדבר המשך בירור עד למועד האמור, ובלבד שתישלח הודעת המשך בירור לפחות לאחר שנה;
 - ב. אם פנה התובע לערכאות משפטיות;
 - ג. אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע צוין כי לא תישלחנה הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

י. הודעה בדבר התיישנות תביעה

1. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תיכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה למנורה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (להלן: "פסקת ההתיישנות").
 2. כל הודעה הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקה כאמור בדבר התיישנות וכן את מועד קרות מקרה הביטוח, ויצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.
 3. אם לא נכללה פסקת ההתיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את מנורה כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה למסור הודעה הכוללת את פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות - לא תובא במניין תקופת ההתיישנות (כל זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב).
 4. אם לא נכללה פסקת ההתיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את מנורה כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין מועד שליחת הודעה הכוללת פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות - לא תובא במניין תקופת ההתיישנות (גם זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות).
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

יא. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

כל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:

1. להשיג על ההחלטה וכן מהי הדרך להגשת השגה, ככל שנקבע בפוליסה או בתקנון, לרבות זכותו של התובע להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.
 2. להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור במנורה וכן את פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
 3. להביא את השגתו בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

יב. בדיקה מחודשת של זכאות

1. מנורה תבחן מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, על פי כללים סבירים שקבעה בעניין זה.
2. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי, וכן יפורטו באתר האינטרנט.
3. אם תידרשנה עלויות לצורך בדיקה מחדש כאמור לעיל, התובע לא יישא בהן.
4. לגבי תביעות המוגשות מכח פוליסות שתחילת תקופת הביטוח הקבועה בהן היא ביום 1.6.2011 ואילך – אם כתוצאה מבדיקה מחודשת כאמור לעיל, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים עיתיים המשולמים לתובע, ייעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בפוליסה.
5. ולאחר שהודיע לתובע כי בכוונתו להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן: "הודעת שינוי"), לא נקבעו כללים כאמור, תמסור מנורה לתובע הודעה על השינוי לפחות שלושים ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר משישים ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של מנורה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.
6. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד ההחלטה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים.

יג. בירור תביעה בעזרת מומחה

1. אם יהיה צורך להיעזר לשם בירור תביעה במומחה הפוגש בתובע או במומחה שבדק את הרכוש נושא התביעה על מנת להעריך נזק שנגרם לאותו רכוש, בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תימסר על כך הודעה מראש לתובע, כמו כן יובהר לתובע תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, ויימסר לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה (כל זאת – אלא אם מדובר בחוקר במסגרת חקירה סמויה).
2. מומחה כאמור לעיל לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה ולא יציע פשרה אלא בעניין היקף הנזק, אלא אם מדובר בעובד מנורה, שעיקר עיסוקו יישוב תביעות.
3. במקרה של תביעת סיעוד בחינת יכולתו התפקודית של מבטח בביטוח סיעודי באמצעות מומחה (להלן ולעיל – "הערכת התפקוד") תבוצע כדלהלן –
 - א. מנורה, או מי מטעמה, תיצור קשר עם התובע, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים מהמועד שבו החליטה כי המידע שנמצא ברשותה אינו מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של המבטח, לתיאום מועד לביצוע הערכת תפקוד; הערכת התפקוד תבוצע לא יאוחר מ-3 ימי עסקים מהמועד שבו יצרה מנורה, או מי מטעמה, קשר עם המבטח, אלא אם ביקש המבטח שההערכה תבוצע במועד מאוחר יותר.
 - ב. הערכת תפקוד תיעשה תוך שמירה על כבודו של התובע;
 - ג. הערכת התפקוד תכלול, לכל הפחות, בדיקה מקיפה של המבטח ותיעוד מפורט של מהלך ההערכה, ביחס לכל אחת מהפעולות הנבחנות, וכן התייחסות לבדיקות ולמבחנים שבוצעו לתובע במסגרת הערכת התפקוד;
 - ד. הערכת התפקוד תכלול תיאור מילולי שרשם הספק המעריך ביחס לכל פעולה שנבדקה; הערכה תכלול, לכל הפחות, את הבאים: מידע שנמסר מאת התובע או מי מטעמו; תיאור של המעריך בדבר אופן ביצוע הפעולה על ידי התובע; והתרשמות המעריך בדבר יכולתו של התובע לבצע את הפעולה בנכחות עצמו, בהתבסס על הערכת התפקוד ועל מידע רפואי נוסף שהעבירה מנורה לספק לצורך ביצוע הערכת התפקוד; הערכת התפקוד לא תכלול הערכה מספרית ביחס ליכולתו של מבטח לבצע פעולות ADL הנבחנות במסגרת הערכת התפקוד;
 - ה. הערכת התפקוד תבוצע בנוכחות נציג מטעם התובע, אלא אם כן התובע ויתר על נוכחות נציג מטעמו, למעט עבור תובע שנבדק לגבי האם הוא תשוש נפש;
 - ו. הערכת התפקוד תבוצע בשפה אותה דובר התובע או באמצעות נציג מטעם התובע המתרגם לתובע את תוכן השיחה בעת הליך ביצוע ההערכה.
 - ז. במהלך הערכת התפקוד לא ייעזר התובע באדם, למעט בספק הערכות התפקוד, ככל שנדרש; הערכת התפקוד תפרט את היקף הסיוע שניתן, והסיבות למתן הסיוע.
 - ח. מנורה לא תסתמך על הערכה קוגניטיבית לצורך בחינת השאלה האם התובע "תשוש נפש", אם לא נערכה ההערכה על ידי רופא מומחה לעניין זה, כגון פסיכיאטר או רופא מומחה בתחום הגריאטריה.
 - ט. ביקש תובע ממנורה לקבל העתק מממצאי הערכת התפקוד, תשלח לו מנורה את הממצאים בתוך 3 ימי עסקים.

יד. חוות דעת מומחה

1. כל חוות דעת של מומחה שעליה תסתמך מנורה לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.
2. חוות דעת של מומחה כאמור לעיל לא תתייחס במישרין לזכות המבטח לקבלת תגמולי ביטוח.

3. ככל שתסתמך מנורה על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תימסר חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה הרלוונטית בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו או בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע למנורה או למומחה מטעמה לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. (ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו).
4. אם מדובר בחוות דעת מומחה שהיא חסויה על פי דין, תימסר לתובע הודעה בכתב הכוללת הסבר מדוע מדובר בחוות דעת חסויה.

טו. תחלוף זכויות כלפי צד שלישי

1. בטרם תוגש תביעה כנגד צד שלישי מכוח זכות התחלוף, תימסר על כך הודעה למבוטח בכתב זמן סביר מראש.
2. אם ניתן במסגרת תביעת תחלוף פסק דין, פסק בוררות או נחתם הסכם פשרה, יועבר למבוטח העתק מהפסק או מההסכם בתוך ארבעה עשר ימי עסקים מיום קבלת הפסק במנורה או מיום חתימת ההסכם.
3. אם התברר במסגרת בירור התביעה כי עשויה לעמוד למבוטח זכות כנגד הצד השלישי, שאותו עשויה מנורה לתבוע מכוח זכות התחלוף, יצוין הדבר בפני המבוטח בכל הודעה בדבר מהלך בירור תביעה ותוצאותיו או הודעה בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות.
4. אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את מנורה לייצג את המבוטח או להטיל עליה חובת ייעוץ.

טז. תביעת צד שלישי

1. בכל מקרה שבו נתקבלה במנורה פנייתו של תובע (שהוא צד שלישי) לקבלת מידע בדבר עצם קיומה של פוליסה לביטוח אחריות של אדם מסוים בעקבות מקרה מסוים, יימסר המידע בעניין זה לתובע בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד דרישתו של התובע.
2. בכל מקרה שבו נדרשו על ידי התובע תגמולי הביטוח, תימסר הודעה למבוטח בכתב בתוך שבעה ימי עסקים מיום הדרישה על התביעה כאמור וכי אם לא יודיע לה על התנגדותו לתשלום הפיצוי בתוך שלושים ימים, ישולמו לצד השלישי תגמולי הביטוח שמנורה חייבת למבוטח, ככל שהיא חייבת בתשלומם.
3. מנורה תפעל לבירור חבותה כלפי המבוטח בהתאם לתקופות ולמועדים הקבועים במערכת הכללים.
4. אם מצאה מנורה כי קיימת חבות כלפי המבוטח, והמבוטח לא התנגד לתשלום האמור לעיל במהלך שלושים הימים האמורים, בין אם הודיע על אי התנגדותו או על הסכמתו ובין אם לא השיב כלל למנורה, ישולמו לתובע תגמולי הביטוח שמנורה חבה למבוטח.

■ הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעות המוגשות לפי הפקודה.

יז. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

מנורה תשיב בכתב לכל פניה בכתב של לקוח, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר במנורה, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים (30) ממועד קבלת הפניה.

יח. מתן העתקים

1. מנורה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה, בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
2. למרות האמור לעיל, ניתן להפנות תובע שהינו צד שלישי בביטוח אחריות לנוסח הפוליסה שנמצא באתר האינטרנט של החברה.
3. מנורה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר נמסר לה על ידי התובע, או מכל מסמך אשר התקבל אצלה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

נספח – טבלת המועדים והתקופות הקבועות בחוזר

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
8(א)(6)	דרישת מידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים
8(יב)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים
8(יג)(1)	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה	14 ימי עסקים
8(יג)(2)	הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח צד שלישי	7 ימי עסקים
8(יד)	מענה בכתב לפניות הציבור	30 ימים
8(טו)(1)	מסירת העתקים מפוליסה או תקנון	14 ימי עסקים
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים

טבלת ריכוז מועדים מיוחדים בתביעות סיעוד בהתאם להוראות חוזר ביטוח סיעודי 2018-1-12 (להלן: חוזר סיעוד)

סעיף בחוזר סיעוד	הפעולה	המועד או התקופה*
5.1.6 (ב) (1)	משלוח טופס תביעה למבוטח (לרבות הדרכה למילוי הטופס וכללים לקבלת גמלת סיעוד)	תוך יום אחד ממועד הפניה (אם הפניה נעשתה בפקס/ בדואר- 5 ימים)
5.1.6 (ב) (3)	הודעת קבלת המסמכים ומינוי נציג אישי	תוך יומיים ממועד קבלת המסמכים או 5 ימים אם המסמכים התקבלו בדואר/ פקס
5.1.6 (ב) (4)	הכרעת תביעה על בסיס מידע קיים ללא צורך בהערכה תפקודית/ מידע נוסף	תוך 20 ימים ממועד קבלת המסמכים
5.1.6 (ד) (1)	דחיית תביעה בהסתמך על הערכת תפקוד	תוך 15 ימים ממועד קבלת הערכת התפקוד

* יום = יום עסקים

01.25 "אפי"