

ماذا يجب أن أفعل؟

قبل تقديم الدعوى، نطلب منك التأكد من وجود بوليصة لديك التي تمنحك تغطية رعاية تمريضية.

يمكن الاستعانة بوكيل التأمين الخاص بك أو من خلال الدخول إلى منطقة المعلومات الشخصية في موقع هارئيل.

في حالة وجود تغطية للرعاية التمريضية بحوزتك، يجب عليك إرسال استمارة تقديم الدعوى إلينا للحصول على بوليصة رعاية تمريضية، وإرفاق المستندات المفصلة فيما يلي بوحدة من الطرق التالية:

- تقديم دعوى عبر الإنترنت في المنطقة الشخصية في موقع هارئيل
- عنوان البريد الإلكتروني: tvsiud@harel-ins.co.il
- فاكس: 03-7348597
- الرقم لإرسال رسالة نصية: 052-3240345
- إرسال بريد: هارئيل شركة تأمين م.ض.، قسم دعاوى الرعاية التمريضية، أبا هيلل 3، ص.ب. 10952، بيت هارئيل رمات غان، الرمز البريدي 5252202

ماذا تشمل استمارة تقديم دعوى رعاية تمريضية وما هي الملحقات التي يجب أن أرفقها؟

حتى تتمكن من فحص استحقاقك، نطلب منك تعبئة استمارة الدعوى بما في ذلك ملحقاتها كما هو مفضل أدناه:

- استمارة الدعوى بما في ذلك تفاصيل شخصية، طرق الاتصال، تعيين جهة التواصل نيابة عنك به فيما يتعلق بالدعوى*، تفصيل حول التاريخ الطبي وتفاصيل الحادث الذي بسببه تم تقديم الدعوى.
- * في تفاصيل جهة التواصل نيابة عنك - يمكن تعيين أكثر من شخص واحد. انتبه أن جهة التواصل نيابة عنك هي ليست وكيلًا أو وصيًا من الناحية القانونية، وتستخدم كعنوان إضافي للتواصل مع الشخص المؤمن، للحصول على / تقديم معلومات تتعلق بالدعوى وبمعالجتها. الشخص المؤمن الذي يرغب أن يتم استخدام جهة التواصل نيابة عنه كوكيل، عليه إرسال توكيل موقع أو أمر تعيين وصي من قبل المحكمة.
- في حالة تعيين وصي أو تفعيل وكيل بشكل مستمر و/أو في حالة وجود توكيل موثق من قبل كاتب عدل يجب إرفاق جميع المستندات ذات الصلة.
- استبيان تقييم يوضح حالتك الوظيفية / الإدراكية.
- استمارة تنازل عن السرية - حتى تتمكن من العمل نيابة عنك للحصول على مستندات طبية ومستندات أخرى، يجب عليك التوقيع على استمارة تنازل عن السرية، التي تشمل مصادقة على التوقيع، التي تؤكد أن التوقيع لك. تم بناء هذه الاستمارة والمصادقة عليها من قبل معظم الجهات في قطاع الاقتصاد، لذلك فإن تعبئتها بشكل جزئي سيؤدي إلى تمديد مدة معاينتها وطلبنا مرة أخرى بإعادة تعبئة الاستمارة بشكل سليم. يجب اتباع التعليمات الموجودة في الاستمارة نفسها.
- كما ونطلب منك إرفاق صورة عن شيك ملغي أو مصادقة على إدارة حساب مصرفي على اسم الشخص المؤمن أو وكيله من أجل إجراء تحويل مصرفي لمستحقات التأمين في حال تبين أنك مستحق لذلك.
- الموافقة على تلقي خدمات رعاية تمريضية خلال معظم ساعات اليوم - في حالة كنت مؤتمناً في إطار بوليصة "رعاية تمريضية موشلام بلوس" لأعضاء خدمات صندوق المرضى كلاليت وأنت تمكث في البيت، وفي حالة حدث حالة التأمين في 01/01/2025 وما بعد، يجب عليك تقديم مصادقة خطية على أنك تستعين بعلاج شخصي من أجل الحصول على خدمات رعاية تمريضية خلال معظم ساعات اليوم. ولهذا الهدف نطلب منك إرفاق واحدة من المستندات التالية:
(1) تصريح لتوظيف عامل أجنبي ومصادقة على موضوع توظيف العامل الأجنبي في منزلك لغرض تقديم خدمات رعاية تمريضية. يجب عليك أن توضح بشكل مفصل في المستند على أن العامل الأجنبي يمكث في بيتك خلال معظم ساعات اليوم (أي أكثر من 12 ساعة في اليوم)، أو؛
(2) تصريح من أحد أفراد العائلة / معالج آخر الذي يؤكد على أنه يمنح الشخص المؤمن علاجًا شخصيًا خلال معظم ساعات اليوم.

نص الموافقة/ التصريح مرفق إلى استمارة الدعوى هذه.

- بالنسبة للشخص المؤمن ضمن رعاية تمريضية الذي يمكث في مؤسسة رعاية تمريضية، وإذا كانت الإقامة في مؤسسة الرعاية التمريضية تؤثر على مبلغ التعويض في البوليصة، يجب تقديم إيصالات جارية شهرًا تلو الآخر فيما يتعلق بالدفع فعليًا للمؤسسة من أجل استيفاء الاستحقاق. حتى موعد تقديم الإيصالات كما هو مذكور أعلاه، سيتم دفع التعويض بحسب إقامة الشخص المؤمن في منزله. في حالة تقديم الإيصالات بأثر رجعي، سيتم إجراء ملامة لمبلغ التعويض عن الفترة التي أقام فيها الشخص المؤمن فعليًا في مؤسسة ومع خصم للمبالغ التي دُفعت، ويكون كل ذلك خاضعًا لشروط البوليصة.

من أجل تحسين وإنجاح معالجة التعامل مع دعوتك، إذا كان في حوزتك مستندات طبية، تقارير أطباء مختصين، تقارير خروج من مكوث في المستشفى أو تقارير من المستشفى، نتائج فحوصات مما في ذلك تقرير من طبيب أخصائي في المسالك البولية/ القولون والمستقيم / الجهاز الهضمي في حالة وجود تشخيص لعدم تحكم في البول (سلس البول)، تشخيصات ومستندات مصادقة التي تشير إلى حالتك الوظيفية و/أو الإدراكية، يمكنك إرسال هذه المستندات إلينا.

ماذا سيحصل فيما بعد؟

- سيتملك بك مندوب شخصي من طرفنا/ بشخص نيابة عنك.
- سيتم إرسال رسالة إليك بخصوص أي تحديث في حالة الدعوى.
- كما ويمكن التأكد من وصول المستندات عبر الرد الآلي على الرقم 1-700-870، تقدم الخدمة 42 ساعة بعد إرسال هذه الاستمارة عبر البريد الإلكتروني أو عبر الفاكس.

إذا كان كل شيء واضحًا وسليماً

عند استلام مستندات الدعوى سنصدر رسالة مفصلة بالمستندات التي وصلت، وسنصدر رقمًا للدعوى من أجل متابعة معالجة الدعوى.



إذا كانت هناك حاجة لأيّ توضيحات أو فحص معين من طرفنا

سنطلب منك في معظم الحالات أن تخضع لفحص طبيب أو ممرضة أو في أخصائي في المجال، من طرفنا. سيتم تنسيق الفحص معك أو مع الشخص المسجل نيابة عنك الذي ذكرت اسمه في استمارة الدعوى مسبقاً وبحسب توافرك. لعلمك، بإمكانك إرفاق شخص إضافي من طرفك ليكون متواجداً معك في الفحص. ونود أن نذكر، أنه بعد تقديم المستندات المذكورة أعلاه، قد تطلب منك الشركة مستندات طبية إضافية أو مستندات أخرى، بحسب الحاجة. سيتم إبلاغك بذلك عن طريق رسالة خطية.

إصدار قرار بخصوص الدعوى

بعد الحصول على نتائج الفحص وجميع المستندات التي طلبت منك من أجل أن تتمكن من إصدار قرار بشأن استحقاقك لتلقي مستحقات التأمين وفقاً لشروط البوليصة، سنبلغك بموقفنا خطياً.

أوقات معالجة الدعوى

إرسال استمارة الدعوى من خلال توجه الشخص المؤمن إلى الشركة المؤمنة/وكيل التأمين	توجه مباشر (هاتف / استقبال جمهور)	1 يوم عمل
تواصل هاتفي من قبل مندوب شخصي	توجه خطي (بريد / فاكس)	5 يوم عمل
فتح الدعوى والتوجه إلى الجهات ذات الصلة للحصول على أي معلومات ضرورية	توجه مباشر (هاتف / استقبال جمهور)	2 أيام عمل من تاريخ الحصول على المستندات
اتخاذ قرار بشأن الدعوى دون فحص	توجه خطي (بريد / فاكس)	5 أيام عمل من تاريخ الحصول على المستندات
قررت الشركة أن المعلومات غير كافية لاتخاذ قرار، ستلجأ إلى إجراء تقييم وظيفي لتحديد الأمر.	اتخاذ قرار استناداً على المستندات فقط	حتى 20 يوم عمل من تاريخ الإشعار بالحصول على المستندات
	التواصل مع الشخص المؤمن لتنسيق فحص	3 أيام عمل من تاريخ اتخاذ القرار بالحاجة إلى إجراء فحص
	إجراء الفحص	3 أيام عمل من تاريخ تنسيق الفحص مع الشخص المؤمن
	تحويل نتائج الفحص إلى الشخص المؤمن وإلى الشركة	3 أيام عمل من تاريخ تنفيذ الفحص
	اتخاذ قرار (موافقة/ رفض) بشأن الدعوى وفقاً للتقييم الوظيفي	15 يوماً من تاريخ استلام التقييم في الشركة
	تصحيح خطأ مطبعي و/أو التحويل للمراجعة لدى خبير مرجح في الموضوع	3 أيام عمل
	رأي خبير مرجح	5 أيام عمل من تاريخ إرسال الطلب الشركة
	طلب الشخص المؤمن نتائج الفحص من الشركة	3 أيام عمل

يمكن العثور على معلومات عن أوقات علاج إضافية في الدعوى في "جدول المواعيد والفترات المحددة في منشور تسوية الدعاوى ومعالجة توجهات الجمهور" كما هي مسجلة في "نظام القواعد لتوضيح وتسوية الدعاوى ومعالجة توجهات الجمهور".

انتبه

- تقديم استمارة الدعوى لا يُعد سبباً إلى تمديد فترة التقادم المحددة في القانون.
- شروط البوليصة التي تحدد موضوع الاستحقاق وحجم مستحقات التأمين تكون وفقاً لشروط البوليصة في موعد حدوث حالة التأمين.
- سياسة الخصوصية لمجموعة هارثيل متوفرة على موقع الشركة على الإنترنت.

باحترام،

قسم دعاوى رعاية تهريرية

هارثيل شركة للتأمين م.ض.

قسم دعاوى لتأمينات الحياة، رعاية تمريضية وحوادث شخصية، شارع أبا هيلل 3، ص.ب. 10952، رمات غان، الرمز البريدي 5252202
رقم الرسالة النصية 052-3240345 (SMS)، رقم الفاكس: 03-7348597، عنوان البريد الإلكتروني: tvsiud@harel-ins.co.il

حضرة المؤمن المحترم،

لمساعدتنا على العناية بطلبك وتلقي خدمة سريعة ومفيدة، سنكون شاكرين لك على تعبئة معظم التفاصيل في استمارات الطلب.

إذا كان المؤمن قاصراً، ينبغي أن يقوم أحد والديه بتعبئة الاستمارة، لكن يجب أن يوقع عليها كلا الوالدين.

هذه الاستمارة لا تُعتبر اعترافاً بحق المؤمن بقبض أي دفعة.

رد آلي على مدى 24 ساعة لفحص استلام المستندات: 1-700-702-870. تتوفر الخدمة بعد مرور 24 ساعة منذ إرسال هذه الاستمارة بالبريد الإلكتروني وبالفاكس.

أ تفاصيل شخصية

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الهوية	تاريخ الميلاد
هاتف البيت	الهاتف النقال	عنوان البريد الإلكتروني، انتبه، للحصول على حثلنة عبر البريد الإلكتروني، يجب عليك تسجيل رقم هاتفك النقال من أجل الحصول على كلمة مرور	
سيتم إرسال جميع الرسائل المتعلقة بدعوتك إليك، وفقاً لتفاصيلك الشخصية كما سجلتها أعلاه، إلى رقم هاتفك النقال و/أو لرقم جهة التواصل نيابة عنك (في حال كنت قد قدمت تفاصيل هذه الجهة). إذا كنت ترغب أن يتم إرسال هذه الرسائل إلى بريدك الإلكتروني و/أو إلى بريد جهة التواصل، يرجى تعبئة تفاصيل البريد الإلكتروني. بدلا من ذلك، إذا كنت ترغب أن تحصل على هذه الرسائل عبر بريد إسرائيل، يُرجى وضع إشارة هنا: <input type="checkbox"/> بريد إسرائيل			

ب تفاصيل شخص الاتصال

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الهوية	صلة القرابة بالمؤمن
هاتف في البيت	هاتف محمول	عنوان البريد الإلكتروني، انتبه، للحصول على حثلنة عبر البريد الإلكتروني، يجب عليك تسجيل رقم هاتفك النقال من أجل الحصول على كلمة مرور	
الشارع	رقم البيت	الحي	البلدة
الرمز البريدي			
سيتم إرسال جميع الرسائل المتعلقة بدعوتك إليك، إلى رقم هاتفك النقال و/أو لرقم جهة التواصل نيابة عنك (في حال كنت قد قدمت تفاصيل هذه الجهة). إذا كنت ترغب أن يتم إرسال هذه الرسائل إلى بريدك الإلكتروني و/أو إلى بريد جهة التواصل، يرجى تعبئة تفاصيل البريد الإلكتروني. بدلا من ذلك، إذا كنت ترغب أن تحصل على هذه الرسائل عبر بريد إسرائيل، يُرجى وضع إشارة هنا: <input type="checkbox"/> بريد إسرائيل			
لعلمك، الشخص المُعين للتواصل ليس وكيلًا أو وصيًا من الناحية القانونية ويُستخدم كعنوان إضافي للتواصل مع الشخص المؤمن، للحصول/تسليم معلومات تتعلق بالدعوى ومعالجتها. الشخص المؤمن المعني أن يتم استخدام الشخص المُعين للتواصل كوكيل عنه، يجب عليه تحويل توكيلا موقعاً أو أمر تعيين وصي من قبل المحكمة أو توكيل دائم ومصادقة بشأن توكيله.			

ج موافقة لاستخدام البريد الإلكتروني من قبل شخص مؤمن و/أو الشخص المُعين للتواصل

أنا موافق أنه في كل مكان بموجب القانون و/أو البوليصات الخاصة بي الموجودة في مجموعة هارثيل، إذا طُلب من شركة هارثيل، أو من ينوب عنها، إرسال معلومات و/أو مستند خطي لي، سيكون للشركة أو لمن ينوب عنها إمكانية إرسال المعلومات و/أو المستند عبر البريد الإلكتروني إلى عنوان البريد الإلكتروني المسجل من قبلي في هذه الاستمارة، بدلا من إرساله في البريد العادي، حتى إذا كان يتضمن "معلومات حساسة" كما هي محددة في قانون حماية الخصوصية. لذلك، إمكانية فتح البريد الإلكتروني ستكون فقط بواسطة كلمة المرور الخاصة بي.

التاريخ _____ الاسم + اسم العائلة _____ رقم بطاقة الهوية _____ التوقيع _____

د تعيين الوكيل لمعالجة الدعوى

أنا أفوض بهذا لوكيل التأمين الخاص بي في البوليصا السيدة/..... التعامل ومعالجة، باسمي وبالنيابة عني، كل ما يتعلق بهذه الدعوى وهذا يشمل التقديم لـ "هارثيل" والحصول من "هارثيل" باسمي ونيابة عني جميع المراسلات و/أو المستندات التي تتعلق بالدعوى، بما في ذلك تفصيل البوليصات التي أنا مؤمن بموجبها في هارثيل، والتي ليست بالضرورة هي بوليصات التي بها وكيل التأمين الذي أوكله هنا بموافقتي هذه، هو نفسه وكيل التأمين الذي يهتم ويعمل نيابة عني في كل ما يتعلق بهذه الدعوى.

التاريخ _____ الاسم واسم العائلة _____ توقيع الشخص المؤمن _____

لعلمك، المراسلات و/أو المستندات المتعلقة بالدعوى، بما في ذلك تفصيل البوليصات التي أنت مؤمن ضمنها (والتي ليست بالضرورة هي بوليصات التي بها وكيل التأمين الذي أنت توكله هنا بموافقتك هذه، هو نفسه وكيل التأمين الذي يهتم بها) سيتم إرسالها بكل الأحوال إلى وكيلك التأمين في البوليصا.

ه مكان السكن

بيت <input type="checkbox"/> سكن محمي/ دار المسنين <input type="checkbox"/> مؤسسة رعاية تمريضية / رعاية للمسنين	الشارع	رقم البيت	البلدة	الرمز البريدي	ص.ب.
الشخص المؤمن الموجود في بيته - يجب إرفاق ملحق مصادقة الحصول على خدمات تمريضية	اسم المؤسسة/ دار المسنين/ السكن المحمي	القسم	تاريخ الانضمام		



دائرة الدعاوى لتأمينات الحياة، الرعاية التمريضية والحوادث الشخصية، شارع أبا هيلل 3، ص.ب. 10952، رمات غان، الرمز البريدي 5252202
رقم الرسائل النصية 052-3240345 (SMS)، رقم الفاكس: 03-7348597، عنوان البريد الإلكتروني: tvsiud@harel-ins.co.il

اسم الشخص المؤمن:

رقم الهوية:

ل في حالة الموافقة على دعوتك، سنطلب منك تسجيل تفاصيل حسابك المصرفي في إسرائيل للتحويل المصرفي

يجب إرفاق صورة عن شيك ملغي أو مصادقة على إدارة حساب مصرفي على اسم الشخص المؤمن
**في حالة عدم وجود حساب بنك في إسرائيل للشخص المؤمن، يجب فتح حساب بنك في إسرائيل. لا يمكن تحويل المبلغ إلى حساب بنك في خارج البلاد

البنك:	اسم الفرع:	رقم الفرع:	رقم الحساب:
<p>الدفع في دعوى قاصر: نحن الموقعون أدناه، والدي القاصر نطلب تحويل مستحقات التأمين مقابل الدعوى رقم إلى حساب البنك المشترك على اسمنا أو بدلا من ذلك لحساب الأم أو الأب الذي رقمه على اسم (يجب إرفاق صورة عن شيك ملغي أو مصادقة على إدارة حساب مصرفي) أو بدلا من ذلك إصدار شيك على اسم الأم أو الأب (يجب إرفاق صورة بطاقة الهوية لكلا الوالدين).</p> <p>بتوقيعنا على هذا المستند، فإننا نؤكد أنه عند استلام مستحقات التأمين كما هو مطلوب أعلاه لن يكون لنا و/أو لمن ينوب عنا أي دعوى و/أو ادعاء من أي نوع تجاه هارثيل شركة للتأمين م.ض. و/أو من ينوب عنها فيما يتعلق بتنفيذ الدفع مقابل هذه الدعوى.</p>			
اسم الوالدة	رقم الهوية	التوقيع	
اسم الوالد	رقم الهوية	التوقيع	

بوليصة تعويض:

في حالة الدفع لمرة واحدة لمزود خدمة معروف وفي حالة وجود دفعات دورية التي تزيد عن 5,000 شيكل - بإمكانك الاتصال بنا وطلب إجراء الدفع مباشرة لمزود الخدمة المذكور أعلاه.

انتبه! يمكن أيضاً تقديم دعوى ضد التأمين المكمل التابع لصندوق المرضى و/أو شركة تأمين أخرى. في هذه الحالة، في هذه الدعوى ستم إعادة الفرق ما بين مبلغ الإرجاع في التأمين المكمل التابع لصندوق المرضى و/أو شركة تأمين أخرى، حتى قيمة المبلغ المغطى بموجب البوليصة. لا يمكن تقديم دعوى مطالبة باسترجاع نفس المبالغ من جهات أخرى (مثل شركات تأمين أخرى أو صناديق مرضى). الحصول على استرداد مزدوج للمبالغ مخالف لأحكام القانون وأحكام بوليصة التأمين. أنا أتعهد بهذا أن أبلغ هارثيل شركة تأمين م.ض. بأي تعويض مالي قد أحصل عليه من أي جهة أخرى مقابل هذا الإيصال، وأنا أصادق لهارثيل شركة تأمين م.ض. إجراء كل فحص فيما يتعلق باستحقاق في الحصول على استرجاع/ تعويض مالي مقابل هذا الإيصال.

في حالة عدم إرفاق إيصالات أصلية مع استمارة الدعوى، يجب الإجابة على الأسئلة التالية:
هل تمّ تقديم الإيصالات الأصلية لجهة أخرى من أجل الحصول على استرجاع مالي؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تحويل مصادقة من الجهة التي تمّ تقديم الإيصالات لها بخصوص قيمة الاسترجاع المالي، التي كانت قد أعطته.
هل تنوي تقديم الإيصالات إلى جهة أخرى بهدف الحصول على استرجاع مالي؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، يجب عليك حثلة هارثيل والجهة الإضافية حتى لا يدفعوا الاسترجاع المالي مرتين.

م الموافقة على استخدام المعلومات والحصول على إعلانات

أنا موافق، أكثر من المعهود بموجب القانون أو الاتفاق، بأن المعلومات المشمولة في هذا المستند، وكل معلومات إضافية عني، الموجودة أو التي ستكون موجودة لدى الشركات في مجموعة هارثيل (هارثيل استثمار بالتأمين وخدمات مالية م.ض. وشركات تابعة لها و/أو شركات مرتبطة بها) سستعمل من قبل الشركات في مجموعة هارثيل و/أو من ينوب عنها، كذلك بالنسبة لكل ما يتعلق ببقية منتجات وخدمات الشركات في مجموعة هارثيل (في مجال التأمين، التوفير للمدى الطويل والتوفير المالي) وبتسويقها، بما في ذلك السماح للشركات المذكورة بتبليغي عن منتجات وخدمات، تقديم عروض تسويقية ملائمة لي شخصيا وإرسال إعلانات (من بين ذلك عن طريق الفاكس، البريد الإلكتروني، نظام اتصال أوتوماتيكي أو رسالة نصية (SMS)) وأيضاً من أجل معالجة الدعاوى، معالجة وتخزين المعلومات، وكذلك لاستعمالات إضافية مرافقة للاستعمالات المذكورة أعلاه وضرورة إكمالها، حتى إن كان ذلك من خلال تحويل المعلومات إلى أطراف ثالثة التي تعمل تحت اسم مجموعة هارثيل أو من قبلها.

التاريخ	توقيع الشخص المؤمن
بإمكانك التبليغ في أي وقت عن رفضك الحصول على عروض تسويقية وإعلانات كما هو مذكور أعلاه، بواسطة تعبئة "استمارة رفض الحصول على إعلانات وعروض تسويقية"، الموجودة تحت خدمتك في موقع الشركة على العنوان www.harel-group.co.il ، أو بواسطة توجه خطي إلى العنوان: بيت هارثيل، قسم دعاوى الصحة وخارج البلاد، أبا هيلل 3، ص.ب. 10952، رمات غان 5252202، أو بواسطة توجه هاتفني إلى الرقم 03-7547777	

نود أن نلفت انتباهك، أنه وفقاً لأحكام البند 31 من قانون عقود التأمين - 1981، في حالة بدء بوليصة الشخص التي بحوزتك بعد تاريخ 25.11.2020، فترة التقادم لتقديم الدعوى هي خمس سنوات منذ حصول الحالة التأمينية.

في حالة بدء بوليصة الشخص التي بحوزتك قبل تاريخ 25.11.2020، فترة التقادم لتقديم الدعوى هي ثلاث سنوات منذ حصول الحالة التأمينية.

في بوليصة "رعاية تمريضية موشلام بلوس" لأعضاء خدمات الصحة كلاليت - فترة التقادم لتقديم الدعوى هي ثلاث سنوات منذ حصول الحالة التأمينية. لعلمك، في دعاوى الرعاية التمريضية، الحالة التأمينية تحدث كل يوم ولذلك فإن حسابان فترة التقادم يبدأ تعداده كل يوم نسبة لنفس اليوم طالما حالة التأمين مستمرة. بشكل عام، تقديم دعوى إلى هيئة مؤسساتية لا يؤدي إلى إيقاف مسار التقادم، لكن فقط تقديم دعوى للمحكمة من شأنه أن يوقف مسار التقادم. إذا كانت هذه الدعوى تخص قاصر، فإن حسابان فترة التقادم لن يشمل الفترة التي لم يبلغ فيها المدعي ثمانية عشر عاماً.

ملاحظة: في حالة وجود شروط خاصة في شروط بوليصة معينة، ستسود أحكام هذه الشروط بدلا مما ذكر أعلاه وكل ذلك يتعلق بالتغطيات بموجب تلك البوليصة.

تصريح الشخص المؤمن و/أو وكيله

أنا الموقع أدناه أصرح بهذا بأن جميع الإجابات المذكورة أعلاه وأدناه هي إجابات صحيحة وكاملة وأنا أصادق على تسليم أي نوع من المعلومات للشخص المعين للتواصل المذكورة تفاصيله أعلاه.

..... التاريخ الاسم + واسم العائلة التوقيع

التوقيع

الاسم + واسم العائلة

التاريخ

أ تفاصيل الشخص المؤمن			
اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الهوية	اسم الأب
الشارع	الرقم	البلدة	الرمز البريدي
رقم الهاتف	رقم الهاتف	رقم الهاتف	رقم الهاتف
<p>أنا الموقع أدناه (في حالة شخص قاصر، يتم تسجيل تفاصيله)، أعطي بهذا الإذن لكل موظف طبيّ و/ أو مؤسسة طبية (بما في ذلك صندوق مرضى) و/ أو معهد مور و/ أو للمعهد الطبيّ للأمان على الطرق و/ أو للجمعية لصحة الجمهور و/ أو لكل موظف في التأمين الوطني و/ أو لكل موظف في مجال العمل الاجتماعي و/ أو للرعاية التمريضية و/ أو لخدمات السجون و/ أو لسلطات جيش الدفاع و/ أو لوزارة الأمن (بكل فروعها المختلفة، لجان طبيّة و/ أو صندوق تأمين)، و/ أو لمركز الصحة النفسية، و/ أو لمستشفى الصحة النفسية، و/ أو لعيادات الصحة النفسية، و/ أو لجمعية الخدمات لصحة الجمهور - رعاية تمريضية، و/ أو لوزارة التربية والتعليم، و/ أو لوزارة الداخلية، و/ أو لوزارة الرفاه الاجتماعي، و/ أو لدائرة السكان، و/ أو لخدمات التوظيف، و/ أو لخدمة العلاج النفسي و/ أو لوزارة الصحة و/ أو لمعهد وراثي و/ أو لمعهد خصوبة و/ أو لدائرة الضرائب في إسرائيل و/ أو لكل شخص آخر (فيما يلي - "مقدمي الخدمات")، بإعطاء وتسليم هارثيل شركة التأمين م.ض. و/ أو كل من ينوب عنها..... (فيما يلي "طالب المعلومات") جميع المستندات والتفاصيل الموجودة بحوزتهم أو لدى من ينوب عنهم، بدون استثناء، وبالشكل المطلوب من قبل "طالب المعلومات" (خطياً أو شفهيّاً)، والتي تتطرق إلى حالتي الصحية و/ أو الطبية النفسية، و/ أو النفسية، و/ أو الاجتماعية، و/ أو حالتي من الناحية التمريضية، و/ أو التأهيلية، و/ أو بخصوص تحصيلي في التعليم، و/ أو بخصوص كل مرض أصبت به في الماضي أو أعاني منه حالياً، بما في ذلك HIV، و/ أو بطاقة مركز تطور وصحة الطفل، وهذا يشمل علاجات، فحوصات وتشخيصات. كما وأعطي الإذن لكل واحدة من شركات التأمين وكذلك لـ "הפול" - قاعدة بيانات تأمينات السيارة الإلزامي م.ض. - بإعطاء وتسليم مادة و/ أو معلومات التي تتطرق إلى تأمينات ودعاوى من أي نوع و/ أو لحوادث سابقة و/ أو متأخرة مرتت بها وهذا يشمل وضع الدعوى، مبلغ التعويض وموعده، وكذلك أي معلومات بخصوص حالتي الطبية.</p> <p>أنا أعتقكم و/ أو أعتق كل طبيب من أطباتكم و/ أو كل موظف من موظفيكم و/ أو كل مؤسسة من مؤسساتكم وهذا يشمل مستشفيات عامة و/ أو نفسية و/ أو تأهيلية وكل فرع من فروع مؤسساتكم و/ أو كل قسم من وزارة التربية و/ أو خدمة العلاج النفسي و/ أو وزارة الصحة، من الالتزام بالمحافظة على السرية الطبية بكل ما يتعلق في وضعي الصحيّ و/ أو التأهيلي و/ أو الاجتماعي و/ أو التمريضي و/ أو النفسي و/ أو تحصيلي في التعليم، وأسمح لكم بهذا إعطاء أية معلومات من كل ملف فُتح باسمي لدى مقدمي الخدمات المذكورين أعلاه، بما في ذلك مؤسسة التأمين الوطني، وهذا يشمل معلومات أو مستند بخصوص الدفعات التي دفعتها مؤسسة التأمين الوطني وتدفعها لي. أنا أتنازل عن هذه السرية تجاه "طالب المعلومات" و/ أو من ينوب عنهم ولن يكون لي ضدكم و/ أو ضد من ينوب عنكم أي ادعاء أو دعوى من أي نوع فيما يتعلق بتسليم معلومات كما هو مذكور أعلاه.</p> <p>ينطبق هذا التنازل أيضاً على كل قائمة الأطباء الذين قدموا لي العلاج، والموجودة في قاعدة بيانات جميع المؤسسات المذكورة أعلاه.</p> <p>بالإضافة إلى ذلك، أنا أوافق بهذا لهارثيل شركة التأمين م.ض. و/ أو من ينوب عنها، بتحويل معلومات طبية بخصوصي لكل واحدة من شركات التأمين الموجودة وللمستشار التأميني في مجموعة التأمين (إن كان موجوداً) وتحويل جميع المعلومات والقرارات المتعلقة في موضوع الدعوى إلى الشخص المُعين الذي أنا عينته لمعالجة الدعوى والتعامل معها. طلبي هذا صالح أيضاً بموجب قانون حماية الخصوصية -1981، وهو يتطرق لأي معلومات طبية أو معلومات أخرى موجودة في قواعد بيانات جميع المؤسسات، بما في ذلك صناديق المرضى و/ أو أطباتهم و/ أو موظفيهم و/ أو أي شخص بالنيابة عنهم و/ أو مقدمي الخدمات الذين ستظهر تفاصيلهم فيما يلي.</p>			

ب تفاصيل إضافية			
اسم صندوق المرضى	الفرع	رقم العضوية	اسم المؤسسة
اسم صندوق المرضى السابق	الرقم الشخصي في جيش الدفاع الإسرائيلي	الرقم الشخصي في جيش الدفاع الإسرائيلي	الرقم الشخصي في جيش الدفاع الإسرائيلي

ج أسماء مقدمي الخدمات بما في ذلك، أطباء، مراكز، مختبرات، مدارس، حضانات	
1.....	5.....
2.....	6.....
3.....	7.....
4.....	8.....

د توقيع الشخص المؤمن	
.....
.....

ه في حالة شخص خاضع لحماية (في حالة قاصر / شخص خاضع لحماية، يجب إرفاق أمر تعيين وصي) في حالة توكيل مستمر يجب إرفاق نسخة عن التوكيل وموافقة بخصوص تشغيله، يجب على مقدم/ي الطلب إرفاق نسخة عن الهوية بالإضافة للمذكور أعلاه، نحن نصرّح بأنّ جمع المواد قد تمّ لمصلحة الشخص الخاضع للحماية:	
اسم الأهل/ الوصي/ الوكيل المستمر*	رقم الهوية
اسم الأهل/ الوصي/ الوكيل المستمر*	رقم الهوية

*في حالة قاصر / شخص خاضع لحماية يجب أن يقوموا جميع الأوصياء بحسب القانون، بذكر أسمائهم والتوقيع على المستند، وفي حالة وجود أمر تعيين وصي - يجب إرفاقه. هذا لا يسري على وكيل عادي.



بالإضافة للمذكور أعلاه، نحن نصرّح بأنّ جمع المواد قد تمّ لمصلحة الشخص الخاضع للحماية:

اسم شاهد موثوق على التوقيع** + ختم مع رقم الرخصة	رقم هوية الشاهد على التوقيع	اسم الشاهد على التوقيع	تاريخ تعبئة الاستمارة
---	-----------------------------	------------------------	-----------------------

**شاهد موثوق - طبيب / ممرضة / محام / عامل اجتماعي / وكيل تأمين (يجب إرفاق نسخة عن شهادة وكيل التأمين).

أنا الموقع أدناه،، رقم جواز السفر..... ("العامل الأجنبي")، بعد أن تمّ تحذيري بأنه يجب أن أقول الحقيقة وأني سأكون معرضاً للعقوبات المنصوص عليها في القانون إذا لم أفعل ذلك، أنا أصرّح بهذا خطياً ما يلي:

1. أنا أعمل كمُقدم رعاية تـمريضية..... رقم الهوية..... [فيما يلي: "المُتعالج"] وأساعده في العلاج الشخصي والتمريضي خلال معظم ساعات اليوم (أكثر من 21 ساعة) ابتداءً من تاريخ.....
2. أنا أسكن/لا أسكن مع المُتعالج. [يجب إحاطة الصحيح]
3. أعلم أن هذه المُصادقة أعطيت من قبلي بهدف تقديم دعوى رعاية تـمريضية لشركة التأمين وبأن شركة التأمين تعتمد عليها لاتخاذ قرار بشأن الدعوى ودفع مستحقات التأمين، بكل ما ينطوي على ذلك.
4. أصرّح بهذا بأن هذا هو اسمي، وهذا هو توقيعي وبأن محتوى تصريحتي صحيح.

التوقيع

التاريخ

يجب إرفاق تصريح عمل لعامل أجنبي + اتفاقية توظيف مع مكتب مرخص لاستيراد، توظيف ورعاية العمال الأجانب.

أنا الموقع أدناه رقم الهوية، من شارع

(العنوان الكامل)، بعد أن تمّ تحذيري بأنه يجب أن أقول الحقيقة وأنني سأكون معرضًا/معرضة للعقوبات المنصوص عليها في القانون إذا لم أفعل ذلك، أنا أُصرّح بهذا خطيًا ما يلي:

1. ابتداءً من تاريخ أنا أقدم الرعاية لـ [الاسم]

رقم الهوية [فيما يلي: "المُتعالج"] وأساعده في العلاج الشخصي والتمريضي خلال معظم ساعات اليوم (أكثر من 21 ساعة)

قربتي للمُتعالج:

2. أنا أسكن/لا أسكن مع المُتعالج. [يجب إحاطة الصحيح]
*يجب إرفاق صورة عن بطاقة الهوية ومُلحق مقدم الرعاية.

3. أنا أتعهد بإبلاغ هارثيل شركة للتأمين م.ض. خطيًا في حالة حدوث تغيير في الحقائق المُصرّح عنها في هذا التصريح.

4. أعلم أن هذه التصريح أعطي لدعم دعوى الرعاية التمريضية الخاصة بالمتعالج بموجب بوليصة رعاية تمريضية لأعضاء كلاليت موشلام، التي قدمها الشخص المُتعالج في إطار دعوى رعاية تمريضية لهارثيل شركة للتأمين م.ض.، كمشغلة البوليصة؛ وبأنه يحق لهارثيل التحقق من صحة المعلومات في إطار هذا التصريح. كما ومعلوم لي بأن تقديم تصريح كاذب في هذا الموضوع، قد يشكل مساعدة في ارتكاب جريمة احتيال في دعوى للمطالبة بمستحقات التأمين، بكل ما ينطوي على ذلك.

5. أُصرّح بهذا بأن هذا هو اسمي، وهذا هو توقيعِي وبأن محتوى تصريحِي صحيح.

.....
التاريخ

.....
التوقيع

أنا الموقع/ة أدناه المحامي/ة، أُصرّح بهذا أنه في تاريخ حضر إلى مكنتي

السيدة/ة المحترم/ة بعد أن حذرتُه/ا بأن عليه/ا أن يصرّح/تصرّح بالحقيقة وأنه/ا إذا لم يفعل/ تفعل ذلك فإنه سيكون/ستكون معرضًا/ معرضة للعقوبات المنصوص عليها في القانون، وقع/ت على التصريح المذكور أعلاه أمامي.

.....
المحامي

وفقاً للحد الأدنى المنصوص عليه في منشور "إعداد خطة لتأمين الرعاية التمريضية" (2013-1-5)، وفق أحكام منشور "التحقيق وتسوية الدعاوى والتعامل مع شكاوى الجمهور" (9-9-2016) وأيضاً وفق تعليمات الإشراف على خدمات مالية (تأمين) (تأمين رعاية تهرّضية جماعية لأعضاء صندوق المرضى) (تصحيح) - 2015، ويكون أيضاً خاضعاً لجميع أحكام القانون التي تحل محلها و/أو تضاف إليها، سيتم تعريف الحالة التأمينية كوقوع أحد الحدثين التاليين على الأقل:

- أ. **محدودية (إعاقة) وظيفية** - حالة الشخص المؤمن الصحية وأداءه الوظيفي منخفضين نتيجة مرض، حادث أو خلل صحي، الذي بسببه هو غير قادر على القيام بجزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) بقواه الذاتية، على الأقل عدد معين المحدد في البوليصا من الفعاليات التالية:
 1. **القيام والاستلقاء** - القدرة المستقلة لدى الشخص المؤمن بالانتقال من وضعية استلقاء إلى وضعية جلوس و/أو القيام من كرسي، بما في ذلك فعل ذلك من كرسي متحرك و/أو من سرير.
 2. **ارتداء وخلع الملابس** - القدرة المستقلة لدى الشخص المؤمن بارتداء قطع لباس من كل نوع و/أو خلعهما، بما في ذلك ربط أو وضع حزام طبي أو طرف اصطناعي.
 3. **القيام بالمشي** - القدرة المستقلة لدى الشخص المؤمن بالمشي مع ملامسة و/أو بواسطة مساعدة بأداة معينة للقيام بذلك - لن تحتسب كحالة مستحقة للتأمين.
 4. **الأكل والشرب** - القدرة المستقلة لدى الشخص المؤمن بإطعام جسده بكل طريقة أو وسيلة (بما في ذلك الشرب وليس الأكل بواسطة قش)، بعد أن تمّ تحضير الطعام وتقديمه له.
 5. **التحكم بالعضلة العاصرة** - القدرة المستقلة لدى الشخص المؤمن بالتحكم على فعالية ونشاط الأمعاء و/أو فعالية التبول. عدم التحكم في واحدة من هذه الفعاليات الذي معناه على سبيل المثال استعمال دائم بالفغرة (stoma) أو قسطرة للمثانة أو استعمال دائم بالحفاضات أو أي وسائل ممتصة أخرى، تعتبر كعدم مقدرة على التحكم بالعضلة العاصرة.
 6. **التنقل** - القدرة المستقلة لدى الشخص المؤمن بالتنقل من مكان إلى آخر. القيام بذلك بشكل مستقل بدون مساعدة شخص آخر مع الاستعانة بعكازات و/أو عصا و/أو جهاز تنقل (rollator) و/أو أي وسيلة أخرى، بما في ذلك وسائل ميكانيكية، حركية أو إلكترونية، لن تعتبر كإصابة في مقدرة المؤمن المستقلة على التحرك. ولكن البقاء في السرير أو في الكرسي المتحرك، دون القدرة على تحريكه من قبل الشخص المؤمن، يعتبر كعدم مقدرة الشخص المؤمن على التنقل. ينبغي التنويه إلى أنه في بوليصة الرعاية التمريضية موشلام لأعضاء صندوق المرضى كلاليت، عدم مقدرة الشخص المؤمن على التحرك دون كرسي متحرك سيعتبر كعدم مقدرة على التحرك بشكل مستقل؛ ولكن إذا كان المؤمن بدون مقدرة على التحرك دون كرسي متحرك ولكن مع مقدرة على التحرك بشكل مستقل مع كرسي متحرك من مكان إلى آخر خلال فترة التأمين التي انتهت قبل تاريخ 1 تموز 2017، وخلال فترة التأمين الحالية تغيرت مقدرة المستقلة بحيث لم يعد قادراً على التحرك بصورة مستقلة مع كرسي متحرك، سيُعتبر على أنه شخص مؤمن غير قادر على التنقل بصورة مستقلة ابتداء من التاريخ الذي تغيرت فيه مقدرة المستقلة كما ذكر أعلاه.
- ب. **إعياء نفسي (خرف)** - حالة الشخص المؤمن الصحية وأداءه الوظيفي منخفضين نتيجة "إعياء نفسي" الذي تم تحديده من قبل طبيب مختص في هذا المجال. لهذا الغرض، "إعياء نفسي" - إصابة في الفعالية الإدراكية المعرفية لدى الشخص المؤمن وانخفاض في قدرته الذهنية، التي تشمل خلل في الفطنة والقدرة على الحكم، تراجع في الذاكرة للمدى الطويل و/أو القصير وانعدام القدرة على التواجد في المكان والزمان الأمر الذي يتطلب مراقبة غالبية ساعات النهار بحسب ما يحدده طبيب أخصائي في هذا المجال، والسبب لذلك هو حالة صحية مثل: الزهايمر، أو أشكال مختلفة من الخرف.

كيف يتم تحديد الاستحقاق للحصول على مُخصّصات رعاية تهرّضية؟

يتم النظر في استحقاق الحصول على معاش تهرّضي بناء على مُجمّل المعلومات الطبية المتعلقة بالمؤمن، ومن جملتها مستندات وتقارير طبية ومعلومات عن أمراض قائمة وعلاجات دوائية يتلقاها أو تلقاها المؤمن سابقاً، ومعلومات عن دخوله المستشفى وما إلى ذلك. وبالإضافة لذلك وفي قسم كبير من الحالات يتم إجراء تقييم وظيفي للمؤمن (فحوصات بدنية/ عقلية) بواسطة شخص مهني من طرف هربيل، بحيث يكون من جملة اختصاصاته العمل في مجال التقييمات الوظيفية و/أو العقلية. يتم هذا الفحص الذي يُجره الخبير بالتنسيق مع أفراد أسرة المؤمن أو بالتنسيق مع الأشخاص الذين يعملون حلقة وصل للمؤمن. وفي نطاق هذا التقييم يتم فحص القدرة الوظيفية و/أو العقلية للمريض في البيت أو في إطار شبيه (مثلاً: مؤسسة يمكث فيها المؤمن) وليس خارج البيت. وخلال التقييم الوظيفي يفحص الخبير معايير مثل المعايير المشمولة في الاستمارة المرفقة. الجدير ذكره أن هذه المعايير ترد هنا كامثلة فقط وقد تتغير من حين لآخر.

القواعد والاختبارات لتحديد الاستحقاق للحصول على مُخصّصات رعاية تهرّضية

1. **محدودية (إعاقة) وظيفية**

في إطار الفحص فيما إذا كانت حالة الشخص المؤمن تمنحه الاستحقاق، وفقاً لشروط وأحكام البوليصا، بالحصول على مُخصّصات رعاية تهرّضية، بسبب إعاقة وظيفية، يتم فحص مستوى أداء الشخص المؤمن فيما يتعلق بكل من الإجراءات المحددة في البند "أ" أعلاه، مع التقسيم إلى عدة مستويات من الأداء التي سيتم تفصيلها وشرحها فيما يلي:

 - 1.1. **استقلالية** - يشمل هذا التعريف الحالات التي لا تتطلب فيها مساعدة أي شخص آخر لغرض تنفيذ الفعالية، وبالتالي لا يتم تعريف الفعالية على أنها فعالية حيث المؤمن غير قادر على أداء جزء أساسي منها. يندرج تحت هذا التعريف، نوعان من الحالات الفرعية:
 - 1.1.1. **استقلالية كاملة (بدون مساعدة)** - من أجل تنفيذ الفعالية، لا يحتاج الشخص المؤمن أية مساعدة ويقوم بأدائها بصورة آمنة وخلال وقت معقول دون وسائل مساعدة.
 - 1.1.2. **استقلالية مساعدة جهاز** - يقوم الشخص المؤمن بتنفيذ الفعالية بدون مساعدة شخص آخر، لكن بمساعدة جهاز.
 - 1.2. **تعلق واعتماد** - من أجل تنفيذ الفعالية من قبل الشخص المؤمن، يتطلب الأمر شخصاً آخر للمراقبة أو للمساعدة الجسدية، والتي في عدم وجودها لن يتم تنفيذ الفعالية إطلاقاً. في بعض الحالات التي تنتمي إلى هذه المجموعة، سيتم تعريف الشخص المؤمن على أنه شخص غير قادر على تنفيذ جزء كبير من العمل بقواه الذاتية، كما هو مفضل فيما يلي:
 - 1.2.1. **تعلق معتدل** - الشخص المؤمن قادر على أداء أكثر من 50% من الفعالية، وبالتالي لا يتم تعريفه على أنه شخص غير قادر على القيام بجزء كبير من الفعالية. تتضمن هذه الحالة الوظيفية الحالات التالية:
 - 1.1.2.1. **إشراف أو ترتيب** - من أجل أداء الفعالية مطلوب إشراف، حث أو إقناع، ولكن لا يتطلب الأمر مساعدة أو اتصال جسدي، أو على العكس، مطلوب مساعدة في ترتيب أو تنظيم وسائل المساعدة.
 - 2.1.2.1. **اتصال جسدي بحد أدنى** - من أجل تنفيذ الفعالية يتطلب الأمر مساعدة عصا خفيفة فقط.

- 1.3. **مساعدة معتدلة / متوسطة** - من أجل تنفيذ الفعالية هناك حاجة إلى مساعدة أكبر من الاتصال الجسدي، ولكن الشخص المؤمن ينفذ أكثر من 50% من الفعالية، وبالتالي لا يُعرّف بأنه غير قادر على أداء جزء كبير من الفعالية.
- 1.4. **تعلق كبير** - الشخص المؤمن قادر على تنفيذ أقل من 50% من الفعالية، وبالتالي مطلوب مساعدة كبيرة أو كاملة، والتي بعدم وجودها لن يتم تنفيذ الفعالية. في هذه الحالة يكون الشخص المؤمن معرّفًا كشخص غير قادر على تنفيذ جزء كبير من الفعالية بقواه الذاتية.
- بناءً على هذه الفحوصات، يتم إجراء فحص تفصيلي لمقدرة المؤمن عليه في تنفيذ جزء كبير من كل عملية من العمليات الست بقواه الذاتية، من بين أمور أخرى، على النحو التالي: التحكم بالعضلة العاصرة - عدم التحكم بإحدى العضلات سيُعتبر بمثابة عدم مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من فعالية التحكم على العضلات العاصرة بقواه الذاتية. شخص مؤمن، وبسبب استجابة (رد فعل) منخفضة للمثانة، التي تنعكس على سبيل المثال، من خلال الإلحاح أو تواتر التبول، وبسبب صعوبة في التنقل، فهو غير قادر على التحكم بالعضلة العاصرة، يُعتبر بمثابة غير قادر بقواه الذاتية على تنفيذ جزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) من فعالية التحكم على العضلات العاصرة" كما هي معرّفة في منشور الرعاية التمريضية.
- لهذا الغرض، "صعوبة في التنقل" - صعوبة في التنقل التي لا تتجاوز عدم مقدرة الشخص المؤمن بقواه الذاتية على تنفيذ جزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) من عملية "التنقل" كما هي معرّفة في منشور الرعاية التمريضية.
- القيام والاستلقاء - يتم فحص مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من فعالية "القيام والاستلقاء".
- التنقل - الشخص المؤمن معرّف بأنه غير قادر على تنفيذ جزء كبير من الفعالية حين لا يستطيع التحرك بشكل مستقل بطريقة ما دون مساعدة شخص. الشخص المؤمن الذي يعاني من عدم توازن أو يعاني من عدم استقرار الذي يسبب إلى حالات سقوط متكررة، التي تؤدي مقدرة المستقلة على التحرك من مكان إلى آخر، يُعتبر بمثابة غير قادر بقواه الذاتية على تنفيذ جزء كبير (على الأقل 05% من الفعالية) من فعالية "التنقل" كما هي معرّفة في منشور الرعاية التمريضية.
- تناول الطعام - تقطيع، تحضير وتقديم الطعام لا تعتبر هذه كعدم مقدرة على تنفيذ جزء كبير من فعالية تناول الطعام. الحاجة إلى إطعام الشخص المؤمن بصورة فعلية تُعتبر بمثابة عدم مقدرة على تنفيذ الفعالية.
- الاستحمام - تأخذ الشركة بعين الاعتبار من أجل فحص مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من الفعالية بقواه الذاتية، بما في ذلك الحاجة للمساعدة في الدخول والخروج من حوض الاستحمام / الدش. في هذه الحالة تقوم الشركة بحساب المساعدة المطلوبة في عملية الاستحمام الفعلية، مع قدرة الشخص المؤمن على الدخول والخروج من حوض الاستحمام / الدش.
- * في بوليصه "رعاية تمريضية موشلام" لأعضاء خدمات الصحة كلاليت وعندما تكون الحالة التأمينية قد حدثت من 01/01/2025 وما بعد، لن يتم فحص الحاجة لمساعدة في فعالية الدخول إلى حوض الاستحمام / الدش والخروج منهما.
- ارتداء الملابس - تأخذ الشركة بعين الاعتبار من أجل فحص قدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من الفعالية بقواه الذاتية، كذلك القدرة على ارتداء مجموعة متنوعة من الملابس. في حالة الحاجة إلى تركيب طرف اصطناعي، يتم حساب المساعدة المطلوبة في عملية ارتداء الملابس مع المساعدة المطلوبة في تركيب الطرف الاصطناعي.
- * في بوليصه "رعاية تمريضية موشلام" لأعضاء خدمات الصحة كلاليت وعندما تكون الحالة التأمينية قد حدثت من 01/01/2025 وما بعد، القدرة على ارتداء ملابس ملاءمة لحالة الشخص المؤمن أو بواسطة مساعدة بأداة معينة للقيام بذلك لن تُعتبر كعدم مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ الفعالية؛

2. إعفاء نفسي

كما هو مذكور أعلاه، إعفاء نفسي، هو حالة إضافية التي تمنح الاستحقاق في الحصول على مُخصصات رعاية تمريضية. (في كل حالة، يكون الشخص المؤمن مستحقًا لمُخصصات بسبب حالة استحقاق واحدة فقط). تحديد موضوع الإعفاء النفسي يتم فقط من قِبل طبيب أخصائي في هذا المجال، أي أخصائي في طب الشيخوخة، أخصائي نفسي، وأخصائي نفسي للمسنين و / أو أخصائي أعصاب.

من أجل اتخاذ هذا القرار، يقوم الطبيب الأخصائي، من بين أمور أخرى، بفحص تاريخ المرض، وانطباع عام، ومتابعة طبيّة، وعلاج بالأدوية.

دعوى عن فترة تمت الموافقة عليها لفترة تزيد عن 3 أشهر

الموافقة على دعوى دورية لفترات محددة إضافية تتجاوز الفترة التي تمت الموافقة عليها، تحتاج في نهاية الفترة التي صودقت للدفع، إلى إعادة فحص من جديد لحالة الشخص المؤمن من الناحية الطبيّة والوظيفية.

عند إعادة الفحص من جديد للمسؤولية القانونية وطريقة تنفيذها، ستؤخذ بالحسبان، من بين أمور أخرى، الحالة الطبيّة للشخص المؤمن، جيله، المعلومات التي أعطاها الشخص المؤمن للشركة وشروط البوليصه.

يمكن إجراء فحص الاستحقاق من جديد، من بين أمور أخرى، وفقاً لحالة الشخص المؤمن وجيله، من خلال فحص مستندات طبيّة محتلنة حول الحالة الطبيّة أو الوظيفية للشخص المؤمن، أو عن طريق فحص الشخص المؤمن من قبل جهات مهنية مناسبة من قِبل هارثيل.

قريباً من نهاية فترة الاستحقاق، ستتوجه إليك هارثيل لغرض إجراء فحص الاستحقاق من جديد. كجزء من هذا الطلب، قد يُطلب منك تحويل مستندات طبيّة محتلنة لهارثيل أو تنسيق فحص لتقييم حالتك الوظيفية والطبيّة الحالية، في إطار التواريخ التي ستكون محددة في الطلب.

عدم تحويل المستندات في الوقت الذي سيطلب منك لتحويلها و/ أو عدم التعاون فيما يتعلق بإجراء فحص للشخص المؤمن من قبل جهة مهنية مناسبة كانت قد حُدّدت لهذا الغرض من قبل هارثيل في ذلك التاريخ، قد يؤدي إلى إيقاف دفع مُخصصات التأمين أو تأخير دفعها.

تحتفظ هارثيل بالحق في إجراء فحص جديد للاستحقاق عند الضرورة، حتى في الحالات التي تمت فيها الموافقة على استحقاق الشخص المؤمن لفترة محددة مسبقاً وخلال هذه الفترة حصلت هارثيل على معلومات تختلف عن تلك التي قدمها الشخص المؤمن و/أو كان معروفاً في هارثيل، واتضح منه أنه لم يعد الشخص المؤمن مستحقاً للحصول على مُخصصات تأمين.

دعوى تمت الموافقة عليها لفترة 3 أشهر أو أقل

إذا تمت الموافقة على دعوى دورية لفترة 3 أشهر أو أقل، وكان الشخص المؤمن يعتقد أن حالته الطبيّة والوظيفية تشكل مبرراً للموافقة على الدعوى لفترات إضافية، يقوم الشخص المؤمن قريباً من نهاية الفترة الموافق عليها للدفع، بتحويل معلومات طبيّة ومفصلة عن حالته المحتلنة لهارثيل.

تقوم هارثيل بفحص مسؤوليتها وفقاً للمعلومات الطبيّة التي قدمها الشخص المؤمن، وإذا لزم الأمر، عن طريق فحص الشخص المؤمن من قبل جهة مهنية من قبل الشركة.

تعليمات عامة

تندرج التعليمات المذكورة أعلاه ضمن المبادئ العامة لتسوية دعوى رعاية تمريضية، التي يتم عرضها من أجل المثال والتوضيح فقط، ونشرها لا يلزم الشركة بالتصرف بهذه الطريقة تماماً، في حالة خاصة ومحددة. تحتفظ الشركة بحقها في تغييرها من وقت لآخر، وملاءمتها حسب الضرورة لكل حالة وحالة خاصة على حدة، بما في ذلك تغيير وملاءمة استمارة التقييم الوظيفي المرفق إلى مستند المبادئ هذا.

تجدر الإشارة إلى أنه في جميع الأحوال، فإن الشروط الملزمة في كل أمر هي الشروط المحددة في بوليصة التأمين الخاصة بالشخص المؤمن، وأن الاستحقاق للحصول على مُخصصات تأمين والحصول عليها فعلياً، يخضع لكافة الأحكام والشروط المحددة في هذه البوليصه، بما في ذلك، لكن ليس حصراً، استثناءات طبيّة، فترات انتظار وبقية تعليمات البوليصه.

إلى حضرة،
قسم دعاوى رعاية تهريرية | قسم دعاوى لتأمينات الحياة، رعاية تهريرية وحوادث شخصية
شعبة ديكلا | هارثيل شركة للتأمين م.ض.

الموضوع: تقييم وظيفي / إداري / مدموج

(يجب اختيار الفحص الملائم)

يُرجى الانتباه، البنود 9-11 تتم تعبئتها من قبل طبيب/ة فقط
*بهدف التسهيل فقط، ورد النص في الاستمارة بصيغة المذكر، لكنها معدة لكلا الجنسين.

ملاحظة: في البوليصا الجماعية لأعضاء كلاليت (رعاية تهريرية موشلام) تم إدخال تغيرات في شروط البوليصا للاستحقاق بالنسبة للحالة التأمينية ابتداءً من 1/25 وما بعد (يجب التطرق إلى التغيرات ذات الصلة تحت فعاليات ADL في موضوع ارتداء الملابس والاستحمام). يجب على من يجري التقييم أن يتطرق بشكل منفصل في إطار هذا المستند إلى الشروط المختلفة للاستحقاق بموجب البوليصات المختلفة، وكأن الشخص المؤمن يملك كلاهما (رعاية تهريرية موشلام وبالإضافة إلى ذلك بوليصا تهريرية أخرى).

1 التفاصيل الشخصية للشخص المؤمن:

اسم الشخص المؤمن:		رقم الهوية:		تاريخ الميلاد:	
مكان إجراء الفحص: <input type="checkbox"/> بيت الشخص المؤمن <input type="checkbox"/> سكن محمي <input type="checkbox"/> مؤسسة رعاية تهريرية <input type="checkbox"/> مستشفى (يجب اختيار المكان الملائم)					
عنوان مكان الفحص: الشارع		الرقم:	البلدة:	الرمز البريدي:	
هل تواجد شخص من قبل الشخص المؤمن أثناء الفحص؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسمه وقرابته من الشخص المؤمن؟		
هل وافق الشخص المؤمن على تواجد الشخص الإضافي؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
هل تم إجراء الفحص بلغة الشخص المؤمن؟		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	بأي لغة؟		
في حالة لم يتم ذلك، هل تمت ترجمة الفحص للشخص المؤمن بلغته من قبل شخص من قبله؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا					
كيف تم تشخيص الشخص المؤمن؟ <input type="checkbox"/> هوية/ جواز سفر، <input type="checkbox"/> رخصة قيادة، <input type="checkbox"/> مستند آخر (يجب ذكر اسم المستند وإذا كان يشمل صورة)					

انتبهوا، يتم إجراء تقييم إداري فقط بحضور أحد أفراد عائلة الشخص المؤمن!

2 مستندات طبية التي كانت متاحة لك وفي خدمتك (إذا تم تقديم مستندات أثناء الزيارة، يسرنا أن يتم إرفاق صورة عنها للفحص):

تفصيل:
.....
.....
.....

3 تشخيصات طبية / أمراض خلفية (مرض + تاريخ اكتشافه) / مكوث في المستشفى في الأشهر الأخيرة (تاريخ وسبب المكوث):

تفصيل:
.....
.....
.....

4 تاريخ الحالة المرضية وأمراض سابقة:

تفصيل:
.....
.....
.....

5 أدوية دائمة:

تفصيل:
.....
.....
.....

6 قائمة أداء وظيفي (يجب تفصيل قدر الإمكان بالكلمات في عمود "نتائج الفعالية" والذكر بصورة واضحة إذا تمّ توضيح وتمثيل الفعالية):

اسم الفعالية	نتائج الفعالية	مستقل / غير مستقل						
أ. القيام من وضعية استلقاء في السرير إلى جلوس، والقيام من وضعية جلوس على كرسي إلى وقوف	تفصيل.....							
هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية من وضعية استلقاء إلى وضعية جلوس في السرير (هذا يشمل الاستعانة بوسائل مساعدة)؟ هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية عن كرسي أو من سرير من وضعية جلوس إلى وقوف (هذا يشمل الاستعانة بوسائل مساعدة)؟								
ب. ارتداء الملابس	تفصيل.....							
هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بارتداء وأيضاً خلع ملابسه عن الجزء العلوي من جسمه؟ هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بارتداء وأيضاً خلع ملابسه عن الجزء السفلي من جسمه؟								
هل الشخص المؤمن مستقل في ارتداء ملابس ملاءمة أو بمساعدة أداة؟ [رعاية ترفيهية موشلام من 1/25]								
ج. الاستحمام	تفصيل.....							
هل يستطيع الشخص المؤمن الاستحمام بقواه الذاتية في حوض الاستحمام أو الدش، ووقفاً أو جلوساً على كرسي مخصص للاستحمام؟	<table border="1"> <tr> <td>القسم العلوي من الجسم</td> <td>لا يستطيع <input type="checkbox"/></td> <td>يستطيع <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>القسم السفلي من الجسم</td> <td>لا يستطيع <input type="checkbox"/></td> <td>يستطيع <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	القسم العلوي من الجسم	لا يستطيع <input type="checkbox"/>	يستطيع <input type="checkbox"/>	القسم السفلي من الجسم	لا يستطيع <input type="checkbox"/>	يستطيع <input type="checkbox"/>	
القسم العلوي من الجسم	لا يستطيع <input type="checkbox"/>	يستطيع <input type="checkbox"/>						
القسم السفلي من الجسم	لا يستطيع <input type="checkbox"/>	يستطيع <input type="checkbox"/>						
هل هو مستقل بمساعدة أداة؟ [رعاية ترفيهية موشلام من 1/25]	تفصيل.....							
هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بالدخول والخروج من حوض الاستحمام أو من الدش؟ لا ينطبق على رعاية ترفيهية موشلام من 1/25	تفصيل.....							
د. تناول الطعام والشرب	تفصيل.....							
هل يستطيع الشخص المؤمن تناول الطعام والشرب بقواه الذاتية، وهذا يشمل الشرب وعدم تناول الطعام بواسطة قشة، بعد أن تمّ إعداد الطعام وتقديمه للشخص المؤمن؟								
هـ. التحكم بالعضلة العاصرة	تفصيل.....							
هل توجد مشكلة مشخصة لعدم التحكم بإحدى العضلات العاصرة؟ أو هل يوجد تشخيص لاستجابة المثانة بصورة منخفضة، وصعوبة في التنقل؟ في حالة تحقق البندين التاليين معاً: هل يوجد تشخيص من قبل أخصائي لاستجابة المثانة بصورة منخفضة، والتي تنعكس على سبيل المثال، في الإلحاح أو تكرار التبول؟ هل توجد صعوبة في التنقل التي هي صعوبة لا تتعدى عدم قدرته على تنفيذ جزء أساسي وبقواه الذاتية، من عملية التنقل، فهو بالتالي غير قادر على التحكم بالعضلة العاصرة؟ [يجب تفصيل تواريخ التشخيص، اسم وتخصص الطبيب الذي قام بالتشخيص، وأي مستندات وفحوصات كانت تحت تصرفك]	<p>يُرجى وضع إشارة فيما إذا كان الشخص المؤمن يتحكم أو لا يتحكم بكل فعالية:</p> <table border="1"> <tr> <td>البول</td> <td>فعالية الأمعاء</td> </tr> <tr> <td>تحكم تام <input type="checkbox"/></td> <td>تحكم تام <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>عدم تحكم <input type="checkbox"/></td> <td>عدم تحكم <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	البول	فعالية الأمعاء	تحكم تام <input type="checkbox"/>	تحكم تام <input type="checkbox"/>	عدم تحكم <input type="checkbox"/>	عدم تحكم <input type="checkbox"/>	
البول	فعالية الأمعاء							
تحكم تام <input type="checkbox"/>	تحكم تام <input type="checkbox"/>							
عدم تحكم <input type="checkbox"/>	عدم تحكم <input type="checkbox"/>							
و. التنقل	تفصيل.....							
هل يستطيع الشخص المؤمن التنقل بقواه الذاتية؟ هل يعاني الشخص المؤمن من عدم التوازن أو يعاني من عدم ثبات الذي يتسبب في حالات وقوع متكررة تضعف قدرته المستقلة على الانتقال من مكان إلى آخر؟ إذا كانت الإجابة نعم، هل يوجد توثيق طبي أو آخر عن حالات الوقوع، وما هو السبب الطبي لذلك، هل يمكن تفسير حالات الوقوع هذه بتشخيص طبي؟ يُرجى التطرق لوتيرة الأمر، قدر الإمكان. إذا كان بحوزة الشخص المؤمن أداة دعم (مثل عصا للمشي أو جهاز تنقل (كوليك)) هل كانت الأداة ستحل مشكلة انعدام الثبات / عدم التوازن؟								

7 في حالة مرض السرطان، يُرجى التفصيل:

هل يحصل / تحصل المؤمن/ة على علاجات: نعم لا

إذا كنت الإجابة نعم، يجب ذكر نوع العلاج:

وتيرة العلاج:

تاريخ بدء العلاج:

تاريخ انتهاء سلسلة العلاج المتوقع:

8 من يسكن مع المؤمن/ة في البيت:

فصل:

هل معترف به كشخص يحتاج لرعاية تمريضية (١٦١٥) من قبل جهة معروفة (مثل التأمين الوطني، شركة تأمين)؟ نعم لا

هل توجد مساعدة / مساعدة أجنبية أو مساعدة من قبل مؤسسة التأمين الوطني؟ نعم لا

كم عدد الساعات الأسبوعية:

12 تلخيص الفاحص، بما في ذلك تطرق فيما إذا كان يوجد توقع لإعادة تأهيل (طبيب/ة أو ممرض/ة):

تفصيل:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13 قائمة ملخص الأداء الوظيفي تتم تعبئتها من قبل (طبيب/ة أو ممرض/ة):

الفعالية	هل الشخص المؤمن مستقل في ADL
الاستحمام	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
الاستحمام [بوليصة "رعاية تمريضية موشلام" من 1/25] لن يتم فحص قدرة الشخص المؤمن على الدخول/ الخروج من حوض الاستحمام / الدش. وكذلك، الاستعانة بأداة لتنفيذ الفعالية - لن تُعتبر كحالة تمنح الاستحقاق.	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ارتداء الملابس	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ارتداء الملابس [بوليصة "رعاية تمريضية موشلام" من 1/25] قدرة الشخص المؤمن على ارتداء الملابس باستقلالية مع ملابس ملاءمة و/ أو بواسطة أداة لتنفيذ الفعالية - لن تُعتبر كحالة تمنح الاستحقاق.	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
القيام من وضعية استلقاء في السرير إلى جلوس، والقيام من وضعية جلوس على كرسي إلى وقوف	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تناول الطعام والشرب	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
التحكم بالعضلة العاصرة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
التنقل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
إعفاء نفسي - فحص مدموج	<input type="checkbox"/> ينطبق عليه تعريف مُصاب بالإعفاء النفسي <input type="checkbox"/> لا ينطبق عليه تعريف مُصاب بالإعفاء النفسي

تفاصيل الفاحص تتم تعبئتها من قبل (طبيب/ة أو ممرض/ة):

اسم الفاحص

رقم الرخصة

تاريخ الفحص

ساعة بدء الفحص

ساعة انتهاء الفحص

توقيع وختم الفاحص

وفقاً لأحكام منشور الهيئات المؤسسية 5-9-1102، مفصلة فيما يلي مجموعة القواعد لتوضيح وتسوية الدعاوى في هارثيل شركة للتأمين م.ض. (فيما يلي "هارثيل"). إذا كنت ترغب في الحصول على نسخة من مجموعة القواعد هذه، كما تتم حثلتها من حين إلى آخر، يمكنك التوجه لهذا الغرض إلى قسم الخدمة في هارثيل على الرقم 11-22-800-55-1 أو طباعتها مباشرة من موقع الشركة على الإنترنت (فيما يلي: "موقع الإنترنت").

سوف تعمل هارثيل في جميع الأمور المتعلقة بتوضيح وتسوية الدعاوى والتعامل مع توجهاً الجمهور وفقاً للمذكور أعلاه في مجموعة القواعد هذه، على النحو المفصل أدناه: ستعمل هارثيل في كل ما يتعلق باستيضاح وتسوية الطلبات والعناية بمراجعات الجمهور وفقاً لما يرد في منظومة القواعد هذه بحسب التفاصيل التالية:

أ. تعاريف

في مجموعة القواعد هذه ستكون للمصطلحات التالية تعريفات، كما يلي:

1. **يوم / أيام** - أيام العمل التي لا تشمل أيام الجمعة، أيام السبت، أيام العطلات والأعياد.
2. **دعوى** - الطلب من هارثيل تطبيق الحقوق بموجب شروط بوليصة التأمين أو وفقاً لدستور صندوق التقاعد أو وفقاً لأحكام القانون ذات الصلة لتطبيق الحقوق كما هو مذكور أعلاه.
3. **المدعي** - الشخص الذي قدم دعوى لهارثيل، باستثناء هيئة مؤسسية وباستثناء شخص صحح في إطار عمله، ضرراً لحق بجهة أخرى وتقدم بدعوى ضد هارثيل، لاسترجاع ما كان قد صحح من الأضرار المذكورة أعلاه.
4. **أخصائي** - سواء كان موظفاً في هارثيل أم لا، أو إذا كان يجتمع مع المدعي أم لا، مثل مخمّن أو أخصائي طبي، ولكن باستثناء مستشار قانوني وباستثناء لجنة طبية في صندوق تقاعد التي تعمل بموجب الدستور.
5. **مواطن مسن** - من بلغ 67 عاماً.
6. **زبون** - شخص مؤمن، شريك، مستفيد، صاحب الدعوى أو من ينوب عنه.

ب. سريان المفعول

تنطبق مجموعة القوانين هذه على مجالات التأمين التالية:

1. **تأمين للتقاعد** - بالنسبة لمخاطر العجز والوفاة فقط؛
2. **تأمين حياة** - بالنسبة لمخاطر فقدان القدرة على العمل وخطر الوفاة فقط؛
3. **تأمين ضد حوادث شخصية**؛
4. **تأمين ضد أمراض وحالات مكوث في المستشفى**، باستثناء تأمين أسنان وباستثناء تأمين صحي للعمال الأجانب وتأمين صحي المعدّ لمنح تغطية تأمينية للمقيمين الأجانب في إسرائيل - وذلك بغرض تلقي خدمات مباشرة من مقدم الخدمة الطبية وبدون تدخل شركة التأمين المؤمنة؛
5. **تأمين بحسب متطلبات قانون التأمين على مركبة ذات محرك (صيغة جديدة) - 1970 (فيما يلي "القانون")** تأمين مركبة ذات محرك - ممتلكات (ذاتي وطرف ثالث)؛
6. **تأمين شامل للشقق**؛
7. **تأمين حمولة، حوادث، أمراض ومكوث في المستشفى خلال السفر خارج البلاد.**

**لتنطبق مجموعة القواعد هذه على دعاوى للدفع مقابل ضرر ذاتي في تأمين مركبة ذات محرك - ممتلكات أو تأمين شامل للشقق، لمُدعي يملك على الأقل 40 مركبة أو شقق، والذي عند إبرام عقد التأمين، تنازل عن تطبيقها بصورة واضحة.

ج. تاريخ البدء

بدء مجموعة القواعد هذه هو من تاريخ 1/6/2011.

تنطبق مجموعة القواعد هذه على دعوى تمّ تقديمها بعد التواريخ المحددة أعلاه.

لا تنطبق مجموعة القواعد على الخدمات التي يمنحها مزود الخدمة بصورة مباشرة للشخص المؤمن وفقاً لوثيقة الخدمة، إذا لم يكن الشخص المؤمن مشاركاً في تسوية الدعوى.

ط. مستندات ومعلومات في فحص الدعوى

1. عند تلقي توجه يتعلق بتقديم دعوى إلى هارثيل أو لمن يعمل نيابة عنها، سيتم تسليم مقدم الطلب المستندات التالية، في أقرب وقت ممكن:
 - (1) نسخة عن مجموعة القواعد هذه؛
 - (2) مستند يفصل عملية فحص الدعوى وتسويتها؛
 - (3) تعليمات بخصوص طريقة العمل المطلوبة من المدعي، وهذا يشمل معلومات تتعلق بحق المدعي في الحصول على تعويض عن النفقات التي تكبدها والتي يجب على هارثيل تعويضه مقابلها (مثل التعويض مقابل الخطوات التي اتخذها لتقليص الضرر، تعويض بسبب الدفع لأخصائي للحصول على رأي، وما شابه ذلك).
 - (4) تفصيل المعلومات والمستندات المطلوبة من مدعي لفحص وتسوية دعوى؛
 - (5) استمارة تقديم دعوى، إذا كانت موجودة - وتعليمات بخصوص تعبئتها؛
 - (6) بلاغ عن فترة تقادم الدعوى.
- بإمكانك التمتع بالمستندات المفصلة أعلاه في موقع الإنترنت.
2. سُرسل هارثيل في أقرب وقت ممكن، بلاغاً خطياً للمدعي يوضح بالتفصيل المستندات التي وصلت إلى جانب تاريخ استلامها، بالإضافة إلى المعلومات والمستندات المطلوبة التي طلبت ولم يتم تقديمها بعد من قبل المدعي.
3. إذا احتاجت هارثيل إلى معلومات ومستندات إضافية من المدعي لفحص الدعوى، سَتطلب هذه المستندات خلال (14) يوم عمل من اليوم الذي تبين حاجتها.
 - لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.



سُرِّسَل هارثيل للمدعي، خلال ثلاثين يومًا من اليوم الذي حصلت فيه على كافة المعلومات والمستندات التي طُلبت من المدعي من أجل فحص الدعوى و/ أو من اليوم الذي حصلت فيه على استمارة الدعوى الكاملة كما طُلبت (بحسب الأخير بينهما)، حتلنة بخصوص وضع معالجة الدعوى. الحتلنة، كما هو مذكور أعلاه، قد تكون بشأن دفع الدعوى بصورة كاملة أو جزئية، عرض تسوية في الدعوى، الاستمرار في إجراءات الدعوى أو إيقاف إجراءات الدعوى، أو رفض الدعوى. ■ لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.

٥. بلاغ بخصوص الدفع أو دفع جزئي

١. إذا تم اتخاذ قرار بدفع مقابل الدعوى، فسيتم إرسال بلاغ خطي للمدعي في وقت الدفع، والذي يتضمن تطرق إلى القضايا التالية أو توجيه إلى المستندات المتعلقة بهذه القضايا والمرفقة بالبلاغ (مثل تقرير المُخَمَّن أو رأي أخصائي):

(أ) **بخصوص دفع لمرة واحدة** - سبب الدفع؛ تفصيل وشرح معقول وواضح بخصوص طريقة الحساب؛ مدى الضرر؛ مبلغ الضريبة المقتطعة أصلاً؛ الطريقة التي تم بها حساب الضريبة والإشارة إلى الأحكام القانونية التي تم بموجبها احتسابها وخصمها؛ الإشارة إلى قسيمة راتب أو تحويل إلى موافقة سلطات الضريبة الذي سيتم إرفاقها إلى البلاغ؛ تفصيل بخصوص خصم دفعات أخرى يستحقها المدعي والتي هي ليست من هارثيل نظرًا لظروف تتعلق بنفس سبب الدعوى والتي بموجب البوليصا، الدستور أو القانون تم خصمها من مبلغ الدفع؛ مبلغ الاشتراك الذاتي؛ تفصيل بخصوص خصم مبالغ أخرى التي تستحقها هارثيل من المدعي؛ تفصيل بخصوص خصم الدفعات المقدمة (سلف) أو المبالغ غير المتنازع عليها إذا تم دفع كهذه؛ نوع الربط بغلاء المعيشة وطريقة الربط؛ الفائدة التي تنطبق عليه والإشارة إلى الأحكام السارية عليها؛ المبلغ المضاف للدفع مقابل فوارق الربط لجدول غلاء المعيشة والفوائد؛ مبلغ الدفع المتأخر والإشارة إلى الأحكام التي تنطبق على الفائدة المفروضة بسبب التأخر؛ التاريخ الذي حصلت فيه هارثيل على جميع المعلومات والمستندات المطلوبة لفحص أمر الدعوى.

(ب) **بخصوص دفع على فترة طويلة** (وهذا يشمل راتب) يُفصّل، في موعد الدفعة الأولى، بالإضافة لما ذكر في الفقرة (أ) - مبلغ الدفعة الأولى؛ آلية تحديث الدفعات؛ الموعد الأول الذي بسببه يكون المدعي مستحقًا للدفع؛ المدة القصوى التي بسببها يكون المدعي مستحقًا للحصول على دفعات بموجب أحكام البوليصا، الدستور أو القانون؛ مدة الفترة حتى إعادة النظر والفحص في الاستحقاق؛ قواعد إعادة فحص الاستحقاق خلال فترة الاستحقاق للدفعات؛ آلية تمديد فترة الاستحقاق للدفعات.

٢. إذا تم التوصل إلى قرار بشأن دفع جزئي من الدعوى، بينما رفض جزء من الدعوى فيما يتعلق بالمبالغ التي طلبت أو بعض الأسباب التي طلبت - يتم تسليم بلاغ خطي إلى المدعي في تاريخ الدفع، الذي يتضمن جزئين كما هو مفضل فيما يلي:

الجزء الأول، الذي سيشرح بالتفصيل مكونات مبلغ الدفع الذي تمت الموافقة عليه على النحو المحدد أعلاه؛

الجزء الثاني، الذي سيشرح بالتفصيل أسباب رفض جزء من الدعوى، كما هو مفضل فيما يلي.

■ في كل حالة تم فيها اتخاذ قرار بالدفع مقابل الدعوى، لن تكون هناك حاجة لإرسال المستندات المفصلة في القسم "د" أعلاه، باستثناء نسخة من مجموعة القواعد هذه.

■ في كل حالة يدور فيها الحديث عن دعوى تجري في المحكمة، تنطبق أحكام هذا البند، بالتغييرات الملزمة وفقاً لظروف الأمر.

■ في كل حالة وافق فيها الطرفان على الدفع في إطار اتفاقية تسوية، تكون هارثيل معفية من تقديم بلاغ بموجب هذا البند ابتداء من نفس التاريخ.

٥. بلاغ بخصوص تسوية

١. ستقدم هارثيل للمدعي اقتراح تسوية معقول اعتباراً لتاريخ العرض.

٢. إذا تم الاتفاق على الدفع في إطار تسوية، يُقدم للمدعي اقتراح تسوية خطي ويُمنح وقتاً معقولاً لمعاينة شروطها.

٣. اقتراح التسوية المقدم خطياً يشمل حالة التأمين، والأسباب الكامنة وراء التسوية، مكونات الدفع غير المتنازع عليها إن وجدت، المبلغ الذي حُدد في التسوية، المبلغ للدفع والفرق بين المبلغ الذي حُدد في التسوية والمبلغ المستحق للدفع، إن وُجد فرق كهذا.

٤. طالما لم يوافق المدعي على بلاغ التسوية، فلن تكون ملزمة للطرفين.

■ لا تنطبق تعليمات هذا البند في حال كان المدعي ممثلاً بواسطة محام، وكذلك إذا كان يتم مناقشة الدعوى في المحكمة.

٥. بلاغ بالاستمرار في فحص الدعوى أو التوقف عن الفحص

١. إذا احتاجت هارثيل وقتاً إضافياً لفحص الدعوى، فسيتم إرسال بلاغ خطي للمدعي توضح وتفصّل فيه الأسباب التي بسببها تحتاج إلى وقت إضافي كما هو مذكور أعلاه، وكذلك المعلومات أو المستندات الإضافية المطلوبة من المدعي من أجل فحص الدعوى.

٢. يتم تسليم بلاغ للمدعي بالاستمرار فحص الدعوى، كما هو مذكور أعلاه، كل 09 يوماً على الأقل (باستثناء الحالات التي يتم إصدارها بموجب أمر، حيث يتم تقديم بلاغ، كما هو مذكور أعلاه، كل ستة أشهر على الأقل) إلى أن يتم إرسال بلاغ بالدفع، بلاغ بالدفع الجزئي، بلاغ بالرفض أو بلاغ بالتسوية، حسب الحالة، باستثناء الحالات التالية:

■ إذا تم في بلاغ الاستمرار في فحص الدعوى تحديد موعد مستقبلي لتقييم الضرر، فلا داعي لإرسال بلاغ بخصوص استمرار فحص الدعوى حتى التاريخ المذكور أعلاه، بشرط أن يتم إرسال بلاغ بالاستمرار فحص الدعوى بعد عام واحد على الأقل؛

■ إذا توجه المدعي للأجهزة القضائية؛

■ إذا لم يستجب المدعي بعد إرسال بلاغين متتاليين بخصوص استمرار فحص الدعوى، التي تشمل طلب للحصول على معلومات أو مستند لغرض فحص الدعوى، و فقط إذا دُكر في البلاغ الأخير بأنه لن يتم إرسال بلاغات إضافية في حالة عدم استلام المستندات المطلوبة أو حتى استلام رد آخر منه.

■ لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.

إذا تمّ التوصل إلى قرار بشأن رفض كامل أو جزئيّ للدعوى، فسيتم إرسال بلاغ خطيّ للمدعي بذلك. ستشمل أسباب الرفض أيضًا شروط البوليصة أو الدستور، الشرط أو الاستثناءات التي تم تحديدها أثناء الانضمام أو أثناء تجديد التغطية التأمينية أو التعليمات بموجب القانون التي يستند عليها الرفض والتي بسببها تم رفض الدعوى.

ي. بلاغ بخصوص تقادم الدعوى

1. كل بلاغ بالدفع، بلاغ بالدفع الجزئي، بلاغ بالرفض، وبلاغ باستمرار الفحص الأولي للدعوى، يشمل فقرة التي تُبيّن بشكل بارز فترة تقادم الدعوى بموجب أحكام القانون ذات الصلة، ويُذكر أيضًا بأن تقديم الدعوى إلى هارثيل لا يوقف عملية التقادم وأن فقط تقديم دعوى في المحكمة هو الذي يوقف عملية التقادم.
 2. بالإضافة إلى ذلك، فإن أي بلاغ آخر يرسل إلى المدعي بخصوص الدعوى خلال السنة السابقة للتاريخ المتوقع لتقادم الدعوى، يجب أن يتضمن فقرة كما هو مذكور أعلاه، بخصوص التقادم وأيضًا تاريخ حدوث حالة التأمين، ويذكر فيه أن عملية التقادم بدأت في تاريخ حدوث حالة التأمين.
 3. إذا لم يتم شمل فقرة بخصوص التقادم في بلاغ الدفع، بلاغ الدفع الجزئي، بلاغ الرفض، أو بلاغ الاستمرار في الفحص الأولي للدعوى الذي تم إرساله إلى المدعي ليس خلال السنة السابقة للتاريخ المتوقع لتقادم الدعوى، ستعتبر هارثيل كأنها وافقت على ذلك، بأن الفترة الزمنية بين التاريخ الأول الذي كان مطلوبًا منها فيه تسليم البلاغ الذي يشمل فقرة التقادم، وبين التاريخ الذي تم فيه فعليًا تقديم البلاغ الذي يشمل فقرة التقادم - لن يتم حساب فترة التقادم (كل هذا - فقط بالنسبة للمرة الأولى التي لم يتم فيها إرسال بلاغ كما هو مطلوب).
 4. إذا لم يتم شمل فقرة بخصوص التقادم في بلاغ الدفع، بلاغ الدفع الجزئي، بلاغ الرفض، أو بلاغ الاستمرار في الفحص الأولي للدعوى الذي تم إرساله إلى المدعي خلال السنة السابقة للتاريخ المتوقع لتقادم الدعوى، ستعتبر هارثيل كأنها وافقت على ذلك، بأن الفترة الزمنية بين تاريخ إرسال البلاغ الأول في السنة المذكورة، وبين تاريخ إرسال بلاغ يشمل فقرة تقادم وتاريخ تقادم - لن يتم حساب فترة التقادم (وهذا أيضًا - فقط بالنسبة للمرة الأولى التي لم يتم فيها إرسال بلاغ كما هو مطلوب خلال السنة السابقة للتاريخ المتوقع لتقادم الدعوى).
- لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.

ي.أ. بلاغ بخصوص الحق في الاعتراض على القرار

- كل بلاغ دفع، بلاغ بالدفع الجزئي أو بلاغ رفض يشمل فقرة تبين بشكل بارز حقوق المدعي التالية:
1. الاعتراض على القرار وكذلك ما هي طريقة تقديم الاعتراض، على النحو المنصوص عليه في البوليصة أو الدستور، بما في ذلك حق المدعي في تقديم رأي أخصائي من جهته.
 2. تقديم اعتراضه أمام المسؤول عن توجهات الجمهور في هارثيل، وكذلك تفاصيل المسؤول والطريقة التي يمكن بها التوجه إليه.
 3. تقديم اعتراضه لجهات أخرى، بما في ذلك أمام هيئة قضائية أو أمام المسؤول عن السوق المالي، التأمين والتوفير في وزارة المالية.
- لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.

ي.ب. إعادة فحص الاستحقاق من جديد

1. عندما تعمل هارثيل كشركة إدارية، والتي تطلب في إعادة فحص استحقاق المدعي من جديد لتلقي دفعات على فترة طويلة، فإنها ستعمل وفقًا للقواعد المنصوص عليها بخصوص ذلك في الدستور.
2. عندما تعمل هارثيل كشركة تأمين، والتي تطلب في إعادة فحص استحقاق المدعي من جديد لتلقي دفعات على فترة طويلة، فإنها ستعمل وفقًا للقواعد معقولة كانت قد حددتها في هذا الشأن.
3. قواعد إعادة الفحص في استحقاق المدعي لتلقي دفعات على فترة طويلة من جديد، سيتم تسليمها مع بلاغ الدفع أو بلاغ الدفع الجزئي، وسيتم أيضًا تفصيلها على موقع الإنترنت.
4. إذا احتاج إعادة الفحص تكاليف معينة على النحو المذكور أعلاه، فإنها لن تكون على حساب المدعي.
5. إذا تبين نتيجة إعادة الفحص من جديد كما هو مذكور أعلاه، بأنه يجب خفض أو إيقاف الدفعات لفترة طويلة المدفوعة للمدعي، سيتم إجراء التغيير وفقًا للقواعد المنصوص عليها في البوليصة أو في الدستور، وفي حالة عدم وجود شروط محددة، يتم إرسال بلاغ للمدعي بخصوص التغيير قبل 30 يومًا على الأقل من تاريخ خفض أو إيقاف الدفعات، ولكن ليس أكثر من 60 يومًا قبل التاريخ المذكور، وبكل حالة ليس قبل أن تبين نتائج الفحص أنه ينبغي خفض الدفعات أو إيقافها.
6. يجب أن يشمل بلاغ التغيير جميع الأسباب الكامنة وراء قرار خفض أو إيقاف دفع الدفعات لفترات طويلة، وتنطبق عليه الأحكام بشأن بلاغ رفض ورأي أخصائي، في التغييرات المُلزِمة.
7. بكل حالة، سيتم إجراء التغيير فقط بعد إرسال بلاغ للمدعي بالقرار لخفض الدفعات أو إيقافها؛
8. لتجنب الشك، فإن ما ورد أعلاه لا ينتقص من حق هارثيل في المطالبة بإعادة واسترداد المبالغ مقابل دفعات كان قد تم دفعها قبل موعد تنفيذ التغيير المذكور.

ي.ج. فحص دعوى بواسطة أخصائي

1. إذا كانت هناك ضرورة من أجل فحص الدعوى، الاستعانة بأخصائي ليلتقي بالمدعي أو أخصائي ليفحص الممتلكات، التي هي موضوع الدعوى، من أجل تقييم الأضرار التي لحقت تلك الممتلكات، بوجود أو عدم وجود المدعي، سيتم إبلاغ المدعي مسبقًا، وسيتم توضيح دور الأخصائي بالنسبة لفحص الدعوى، وسيوضح له عن حقه بوجود ممثل نيابة عنه أو التشاور مع أخصائي من جهته خلال عملية فحص الدعوى عن طريق أخصائي (كل هذا - إلا إذا كان الأمر يدور عن محقق في إطار تحقيق سري).
2. لن يقوم خبير كما ذكر أعلاه، برفض أي دعوى بأكملها أو جزئيًا، ولن يقترح تسوية، إلا في موضوع حجم الضرر، إلا إذا كان الحديث عن موظف هارثيل، الذي عمله الأساسي هو تسوية دعاوى.

ي.د. رأي أخصائي

1. أي رأي أخصائي تستند عليه هارثيل في تسوية الدعوى، سيتم بطريقة مهنية، سيكون واضحًا، وسيشمل اسمه، شهادته، دراسته المهنية ودوره كأخصائي، وقائمة بجميع المستندات التي استند عليها الأخصائي في إعداد رأيه المهني.
2. رأي الأخصائي كما هو مذكور أعلاه لن تتطرق بشكل مباشر إلى حق الشخص المؤمن في الحصول على مخصصات تأمينية.
3. طالما تعتمد هارثيل على رأي أخصائي في إطار تسوية الدعوى، سيتم إعطاء رأي الأخصائي للمدعي في موعد تقديم البلاغ ذي الصلة بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها أو بخصوص إعادة فحص الاستحقاق من جديد. سيتم إرفاق قائمة لرأي الأخصائي بكافة البلاغات والمستندات التي سلمها المدعي لهارثيل أو لأخصائي من جهتها لغرض كتابة رأي الأخصائي المهني، وكذلك أي مستند إضافي يستند عليه رأي الأخصائي. (البلاغات والمستندات المذكورة أعلاه، سترسل إلى المدعي بحسب طلبه).
4. إذا كان رأي الأخصائي سري بحسب القانون، فسيتم منح المدعي بلاغًا خطيًا يوضح سبب كون هذا الرأي سري.

1. قبل تقديم دعوى ضد طرف ثالث بموجب حق الإحلال، سيتم إرسال بلاغ خطي بهذا الشأن إلى الشخص المؤمن، خلال وقت معقول مسبقاً.
2. في حالة إصدار حكم في إطار دعوى إحلال، قرار تحكيم أو إذا تمّ التوقيع على اتفاق تسوية، سيتم تزويد الشخص المؤمن بنسخة من القرار أو الاتفاقية خلال 14 يوم عمل من تاريخ استلام القرار في هارثيل أو من تاريخ توقيع الاتفاقية.
3. إذا تبين في إطار فحص الدعوى بأنه قد يكون للشخص المؤمن حق ضد طرف ثالث، الذي يمكن أن تقاضيه هارثيل بحكم الحق في الإحلال، فيجب ذكر هذا الأمر للشخص المؤمن في كل بلاغ بشأن عملية فحص الدعوى ونتائجها أو بلاغ بشأن إعادة فحص الاستحقاق من جديد.
4. لا يُشكل ما ذكر في هذا البند إلزاماً تجاه هارثيل بتمثيل الشخص المؤمن أو فرض واجب تقديم المشورة له.

ط.ز. دعوى ضد طرف ثالث

1. في أي حالة تلقت هارثيل طلباً من المدعي (الذي هو طرف ثالث) للحصول على معلومات تتعلق بوجود بوليصة لتأمين مسؤولية شخص معين في أعقاب حالة معينة، تُقدم المعلومات في هذا الشأن إلى المدعي في غضون أربعة عشر يوم عمل من تاريخ طلب المدعي.
 2. في أية حالة يطلب فيها المدعي دفع مخصصات التأمين، يتم إبلاغ الشخص المؤمن خطياً خلال سبعة أيام عمل من تاريخ الطلب، بأنه إذا لم يبلغها باعتراضه على دفع المخصصات خلال 03 يوماً، سيتم الدفع للطرف الثالث مخصصات التأمين التي تدين بها هارثيل للشخص المؤمن، طالما هي مُلزمة بدفعها.
 3. ستعمل هارثيل على توضيح مسؤوليتها تجاه الشخص المؤمن وفقاً للفترات والتواريخ المحددة في أنظمة القواعد والقوانين.
 4. إذا وجدت أن هناك مسؤولية تجاه الشخص المؤمن، ولم يعارض الشخص المؤمن دفع ما سبق ذكره خلال الـ 30 يوماً المذكورة أعلاه، سواء أعلن عدم اعتراضه أو موافقته أو إذا لم تجب هارثيل إطلافاً، فسوف يتم دفع مخصصات التأمين التي تدين بها هارثيل للشخص المؤمن.
- لن تنطبق تعليمات هذا البند على دعاوى مُقدمة بحسب أمر قانوني.

ي.ز. تقديم إجابات ومعالجة توجهات الجمهور

ستقوم هارثيل بالرد خطياً لكل توجه مكتوب من زبون، سواء تمّ إرساله إلى المسؤول عن توجهات الجمهور أو إلى أي طرف آخر في هارثيل، في غضون فترة زمنية معقولة بحسب ظروف الموضوع، وعلى أية حالة في موعد لا يتجاوز 30 يوماً من تاريخ استلام التوجه. وبخصوص مواطن مسن - في موعد لا يتجاوز 12 يوماً من تاريخ استلام التوجه.

ي.ح. تقديم نسخ

5. ستقدم هارثيل للمدعي، بحسب طلبه، نسخة عن البوليصة أو عن الدستور، خلال 14 يوم عمل من تاريخ استلام الطلب.
6. بالرغم مما ذكر أعلاه، يمكن توجيه مدعي الذي هو طرف ثالث في تأمين مسؤولية لصيغة البوليصة الموجودة على موقع الإنترنت.
7. ستقدم هارثيل للمدعي، بحسب طلبه، نسخ من كل مستند كان المدعي قد وقع عليه، ومن كل مستند كان المدعي قد أرسله لها، أو من كل مستند وصل إليه بموافقة المدعي، خلال 12 يوم عمل من تاريخ استلام الطلب.

قائمة المواعيد والفترات المحددة في منشور "تسوية دعاوى والتعامل مع توجهات الجمهور"

البند في المنشور	العملية	الموعد أو الفترة المحددة في المنشور
8(أ)6	طلب لمعلومات ومستندات إضافية	14 يوم عمل من اليوم الذي تبين أنه هناك حاجة لهم.
8(ب)	إرسال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	30 يوماً من اليوم الذي وصلت جميع المعلومات والمستندات التي طُلبت من المدعي.
8(و)3	إرسال بلاغ استمرار فحص الدعوى	كل 90 يوماً من يوم إرسال بلاغ بحسب البند 8(ب).
8(ط)6	إرسال بلاغ تغيير بخصوص خفض الدفعات لفترة طويلة أو إيقافها.	30-60 يوماً قبل موعد خفض أو إيقاف الدفع.
8(ي.ب)2	تحويل نسخة من قرار قضائي أو اتفاقية	14 يوم عمل من يوم استلام القرار في الشركة أو من يوم توقيع الاتفاقية.
8(ي.ج)1	إرسال معلومات بخصوص وجود بوليصة	14 يوم عمل من موعد طلب المعلومات.
8(ي.ج)2	بلاغ للشخص المؤمن حول طلب مخصصات تأمين طرف ثالث	7 أيام عمل من يوم تقديم الطلب.
8(ي.د)	رد خطي لتوجهات الجمهور	30 يوم من موعد استلام توجه خطي. بخصوص مواطن مسن - في موعد لا يتجاوز 21 يوماً من تاريخ استلام التوجه.
8(ط.و)1	إرسال نسخ عن البوليصة أو عن الدستور	14 يوم عمل من موعد استلام الطلب.
8(ط.و)3	إرسال نسخ عن كل مستند وقع عليه المدعي	21 يوم عمل من موعد استلام الطلب.

قواعد لفحص للاستحقاق من جديد

1. دعوى عن فترة تمت الموافقة عليها لفترة تزيد عن 3 أشهر
 - أ. الموافقة على دعوى دورية لفترات محددة إضافية تتجاوز الفترة التي تمت الموافقة عليها، تحتاج في نهاية الفترة التي صودقت للدفع، إلى إعادة فحص من جديد لحالة الشخص المؤمن من الناحية الطبية والوظيفية.
 - ب. عند إعادة الفحص من جديد للمسؤولية القانونية وطريقة تنفيذها، ستؤخذ بالحسبان، من بين أمور أخرى، الحالة الطبية للشخص المؤمن، جيله، المعلومات التي أعطاها الشخص المؤمن للشركة وشروط البوليصة.
 - ج. يمكن إجراء فحص الاستحقاق من جديد، من بين أمور أخرى، وفقاً لحالة الشخص المؤمن وجيله، من خلال فحص مستندات طبية محتلنة حول الحالة الطبية أو الوظيفية للشخص المؤمن، أو عن طريق فحص الشخص المؤمن من قبل جهات مهنية مناسبة من قبل هارثيل.
 - د. قريباً من نهاية فترة الاستحقاق، ستتوجه إليك هارثيل لغرض إجراء فحص الاستحقاق من جديد. كجزء من هذا الطلب، قد يُطلب منك تحويل مستندات طبية محتلنة لهارثيل أو تنسيق فحص لتقييم حالتك الوظيفية والطبية الحالية، في إطار التواريخ التي ستكون محددة في الطلب.
 - هـ. عدم تحويل المستندات في الوقت الذي سيطلب منك لتحويلها و/ أو عدم التعاون فيما يتعلق بإجراء فحص للشخص المؤمن من قبل جهة مهنية مناسبة كانت قد حددت لهذا الغرض من قبل هارثيل في ذلك التاريخ، قد يؤدي إلى إيقاف دفع مخصصات التأمين أو تأخير دفعها.
 - و. تحتفظ هارثيل بالحق في إجراء فحص جديد للاستحقاق عند الضرورة، حتى في الحالات التي تمت فيها الموافقة على استحقاق الشخص المؤمن لفترة محددة مسبقاً وخلال هذه الفترة حصلت هارثيل على معلومات تختلف عن تلك التي قدمها الشخص المؤمن و/أو كان معروفاً في هارثيل، واتضح منه أنه لم يعد الشخص المؤمن مستحقاً للحصول على مخصصات تأمين.

2. دعوى تمت الموافقة عليها لفترة 3 أشهر أو أقل

- أ. الموافقة على دعوى دورية لفترات محددة إضافية تتجاوز الفترة التي تمت الموافقة عليها، تحتاج في نهاية الفترة التي صودقت للدفع، إلى إعادة فحص من جديد لحالة الشخص المؤمن من الناحية الطبية والوظيفية.
- ب. عند إعادة الفحص من جديد للمسؤولية القانونية وطريقة تنفيذها، ستؤخذ بالحسبان، من بين أمور أخرى، الحالة الطبية للشخص المؤمن، جيله، المعلومات التي أعطاها الشخص المؤمن للشركة وشروط البوليصة.
- ج. يمكن إجراء فحص الاستحقاق من جديد، من بين أمور أخرى، وفقاً لحالة الشخص المؤمن وجيله، من خلال فحص مستندات طبية محتلنة حول الحالة الطبية أو الوظيفية للشخص المؤمن، أو عن طريق فحص الشخص المؤمن من قبل جهات مهنية مناسبة من قبل هارثيل.
- د. إذا كنت تعتقد قريباً من انتهاء الفترة التي تمت المصادقة فيها على دعوتك، أنه نظراً إلى حالتك الطبية والوظيفية، ووفقاً لشروط البوليصة الموجودة في حوزتك، هناك إمكانية للمصادقة على الدعوى لفترات إضافية، سيكون عليك أن تقدم لهارثيل قريباً من انتهاء الفترة التي تمت المصادقة فيها على دعوتك، معلومات طبية محتلنة ومفصلة بخصوص حالتك في ذلك الوقت.
- هـ. ستقوم شركة هارثيل بفحص مسؤوليتها وفقاً للمعلومات الطبية التي ستقدمها أنت لها، وبحسب الحاجة، عن طريق فحصك من قبل جهة مهنية نيابة عن الشركة.