

Иск о пособии по уходу

Приведенные ниже формы сформулированы в мужском роде, но предназначены как для женщин, так и для мужчин.

Что я должен сделать?

Прежде чем подавать иск, мы просим вас проверить наличие у вас страхового полиса, обеспечивающего покрытие ухода. Вы можете проверить это у своего страхового агента или войти в зону личной информации на веб-сайте компании «Харэль».

Если у вас есть страховое покрытие ухода, вы должны отправить нам бланк заявления на получение страховки вместе с перечисленными ниже документами одним из следующих способов.

- Отправить онлайн-заявку через зону личной информации на веб-сайте компании «Харэль».
- Отправить по электронной почте tvsuid@harel-ins.co.il
- Отправить по факсу 03-7348597
- Отправить сообщение по телефону 052-3240345
- Отправить по почте на следующий адрес: 5252202 חיךוד גן, בית הראל רמת גן, 10952. ת.ד. 3, אבא הליל 3, מ'ח' תביעות סיעוד, אבא הליל 3, ת.ד. 10952, בית הראל רמת גן, חיךוד 5252202.

Что входит в форму страхового иска на получение пособия по уходу, и какие приложения я должен добавить?

Для того, чтобы мы смогли проверить ваше право на получение страховки, просим вас заполнить исковой бланк, включая приложения к таковому, перечисленные ниже:

1. Исковой бланк, включая личные данные, контактные данные, назначение контактного лица для поддержания связи в отношении данного иска*, вашу медицинскую историю и данные происшествий, в отношении которого подается данный иск.
*Что касается контактных данных: может быть назначено несколько контактных лиц. К вашему сведению, контактному лицу не предоставляется доверенность, и оно не является опекуном с юридической точки зрения, но представляет собой дополнительный адрес, по которому будут осуществляться контакты со застрахованным для получения\передачи информации в связи с данным иском и обработкой такового. Если застрахованный хочет, чтобы контактное лицо являлось также его уполномоченным лицом, он должен передать подписанную доверенность или судебный ордер о назначении опекуна.
Если будет назначен опекун или получена долгосрочная доверенность и/или будет оформлена нотариально заверенная доверенность, нужно будет приложить все соответствующие документы.
2. Анкета оценки, в которой подробно описывается ваше функциональное состояние\когнитивные функции.
3. Бланк отказа от врачебной тайны – для того, чтобы мы могли действовать от вашего имени в целях получения медицинских и иных документов, вы должны подписать бланк отказа от тайны, включая подпись лица, заверяющего вашу подпись, и подтверждающего, что эта подпись является вашей. Данный бланк был составлен и утвержден большинством организаций, так что его частичное заполнение приведет к увеличению сроков обработки такового, а также к тому, что мы повторно попросим вас заполнить бланк соответствующим образом. Нужно заполнять данный бланк в соответствии с указаниями, приведенными в таковом.
4. В дополнение к этому, просим вас приложить ксерокопию отмененного чека, либо справку о ведении счета, открытого на имя застрахованного или его доверенного лица для выполнения банковского перевода страхового вознаграждения, если мы сочтем, что вы имеете право на его получение.
5. Справка о получении услуг по уходу на протяжении большей части суток - если вы застрахованы полисом «Сиуди Мушлам Плюс» для членов больничной кассы «Клалит»; находитесь дома, и если с вами произошел страховой случай начиная с 01.01.2025 и позже - вы должны предоставить письменное подтверждение того, что получаете персональную помощь в получении услуг по уходу в течение большей части суток. Для этого просим вас приложить одну из следующих справок:
 - (а) Разрешение для найма иностранного рабочего и справку, подтверждающую найм такового для работы у вас дома с целью предоставления им услуг по уходу. В данной справке должно быть указано, что данный иностранный рабочий находится в вашем доме на протяжении большей части суток (т. е., более 12-ти часов в сутки), или;
 - (б) Декларация, написанная членом вашей семьи\другим работником по уходу, подтверждающее факт предоставления таковым персонального ухода в течение большей части суток.

Текст данной справки \ заявления прилагается к этому исковому бланку.

6. Для застрахованного, нуждающегося в уходе, находящегося в учреждении, занимающемся предоставлением услуг по уходу: если пребывание в таком учреждении влияет на размер компенсации в соответствии с данным полисом, нужно ежемесячно передавать квитанции о фактическом перечислении оплаты данному учреждению для того, чтобы реализовать свои права. До передачи квитанций, как указано выше, будет оплачиваться пребывание застрахованного у него дома. Если эти квитанции будут передаваться задним числом, будет выполняться корректирование суммы возмещения за период, в течение которого застрахованный будет фактически находиться в данном заведении, и это за вычетом тех сумм, которые уже будут уплачены, и все это будет происходить в соответствии с условиями данного полиса

Для того, чтобы работа с вашим страховым иском была более эффективной, и если у вас имеются медицинские справки, заключения врачей-специалистов, выписки из стационара или больницы, результаты анализов, включая заключение уролога/проктолога/гастроэнтеролога в случае диагностирования недержания мочи или кала, и диагнозы и справки, подтверждающие ваш функциональный и/или когнитивный статус, вам следует отправить нам эти документы.

Что произойдет дальше?

Персональный представитель, действующий от нашего имени, свяжется с вами\кем-либо, действующим от вашего имени, по телефону.

Когда с вашим иском будут выполняться какие-либо действия, вы будете получать об этом уведомление.

Также можно будет проверить, получили ли мы отправленные вами документы, позвонив на компьютеризованный автоответчик по номеру: 1-700-702-870; данная услуга предоставляется круглосуточно, после того, как данный бланк будет отправлен посредством электронной почты или факса.

Если все ясно и правильно

После получения исковых документов мы отправим вам письмо с перечислением полученных нами документов; вам будет передан номер иска, необходимый для продолжения обработки такового.

Если нам понадобится, чтобы вы предоставили какие-то разъяснения или прошли нашу проверку

В большинстве случаев, мы попросим вас пройти проверку у медсестры, врача или врача, являющегося специалистом в данной области, действующим от нашего имени. Эта проверка будет согласована с вами или с контактным лицом, которое будет указано вами в искомом бланке заранее, и назначена на то время, которое будет вам удобно. К вашему сведению, во время выполнения проверки также может присутствовать дополнительный человек, которого вы приведете с собой.

Хотим отметить, что после подачи вышеупомянутых документов компания может потребовать предоставления дополнительных медицинских или иных документов, по мере надобности. Уведомление об этом будет отправлено вам в письменном виде.



Принятие решения по страховому иску

После получения результатов проведенной проверки, а также всех документов, которые будут затребованы для того, чтобы мы могли принять решение относительно наличия у вас права на получение страхового вознаграждения в соответствии с условиями данного полиса, мы сообщим вам о нашей позиции в письменном виде.

Время работы с иском

Отправка искового бланка посредством обращения застрахованного к страховщику/ агенту	Обращение напрямую (телефон/ прием посетителей)	Один рабочий день
	Письменное обращение (по почте/ факсу)	5 рабочих дней
Телефонный звонок к личному представителю	Прямое обращение (по телефону/ в отделе приема клиентов)	2 рабочих дня с момента получения документов
	Письменное обращение (по почте/ факсу)	5 рабочих дней с момента получения документов
Прием иска и обращение к соответствующим организациям для получения всей необходимой информации	2 рабочих дня с даты получения документов	
Принятие решения в отношении иска без необходимости в выполнении проверки	Принятие решения исключительно на основании документов	До 20-ти рабочих дней с даты получения документов
Если компанией будет принято решение о том, что информации недостаточно для того, чтобы принять решение, вас направят на решающую проверку функционирования	Обращение к застрахованному в целях назначения времени проведения проверки	3 рабочих дня с даты принятия решения о необходимости выполнения проверки
	Выполнение проверки	3 рабочих дня с момента согласования времени выполнения проверки со застрахованным
	Передача результатов проверки застрахованному и страховщику	3 рабочих дня с даты выполнения проверки
	Принятие решения (утверждение/ отказ) по иску в соответствии с результатами выполненной проверки функционирования	15 рабочих дней с даты получения оценки компанией
	Исправление описки и/или передача на рассмотрение решающему поставщику	3 рабочих дня
	Заключение решающего поставщика	5 рабочих дней с даты получения передачи обращения компании
	Если застрахованный пожелает получить от компании результаты выполненной проверки	3 рабочих дня

Информацию о дополнительных сроках рассмотрения иска можно найти в «Таблице сроков и периодов», установленных в циркуляре «Удовлетворение исков и обработка обращений» в том виде, в котором он приведен в «Своде правил для рассмотрения исков и принятия решений по таковым, а также для обработки обращений».

К вашему сведению,

- Подача искового бланка не означает продления периода срока давности, предусмотренного законом.
- Условия данного полиса определяют, что условия правообладания и размер страховых вознаграждений соответствуют условиям данного полиса на тот момент, когда имел место данный страховой случай.
- Вы можете ознакомиться с политикой конфиденциальности группы «Харэль» на веб-сайте компании.

С уважением,

Отдел исков страховки по уходу
Страховая компания «Харэль Лтд.»

Форма для подачи иска в отношении предоставления пособия по уходу

Данная форма предназначена как для женщин, так и для мужчин.
Просьба заполнять данную форму точно и подробно.

Отдел страхования жизни, услуг по уходу и несчастных случаев,
ул. Абба Гилель 3, п/я 10952, Рамат-Ган, индекс: 5252202
Номер телефона для отправки сообщений SMS: 052-3240345, Факс: 03-7348597,
Эл. почта: tvsiud@harel-ins.co.il

Уважаемый застрахованный!

Чтобы помочь вам в рассмотрении вашего иска и обеспечить эффективное и быстрое обслуживание, просим как можно подробнее заполнять формы для подачи иска.

Если застрахованный несовершеннолетний, форму заполняет один из его родителей, и оба родителя ее подписывают.

Эта форма не является признанием права застрахованного на какие-либо выплаты.

Телефон автоответчика (круглосуточный) для проверки получения документов: 1-700-702-870. Услуга предоставляется через 24 после отправки формы по электронной почте и по факсу.

А Личные данные

Фамилия	Имя	№ у. л.	Дата рождения
Домашний телефон	Сотовый телефон	Эл. почта. К вашему сведению! Чтобы получать обновления по эл. почте, вы должны указать номер сотового телефона для получения пароля	
<p>Все уведомления, связанные с вашим иском, будут отправляться вам, в соответствии с вашими личными данными, которые были указаны вами выше; на номер вашего сотового телефона и/или через контактное лицо (если вами будут переданы данные контактного лица). Если вы хотите, чтобы эти уведомления отправлялись на вашу электронную почту, и/или вашего контактного лица, пожалуйста, укажите адрес электронной почты, и наоборот: если вы хотите получать эти уведомления посредством почты Израиля, пожалуйста, укажите это здесь:</p> <input type="checkbox"/> Почта Израиля			

Б Данные контактного лица

Фамилия	Имя	Уд.личности	Степень родства по отношению к застрахованному
Домашний тел,	Сотовый тел,	Эл. почта. К вашему сведению, чтобы получать обновления по эл. почте, вы должны указать номер сотового телефона для получения пароля	
Ул,	Дом №	Район	Населенный пункт
<p>Индекс</p> <p>Все уведомления, связанные с вашим иском, будут отправляться на номер вашего сотового телефона и/или через контактное лицо (если вами будут переданы данные контактного лица). Если вы хотите, чтобы эти уведомления отправлялись на вашу электронную почту, и/или вашего контактного лица, пожалуйста, укажите адрес электронной почты, и наоборот: если вы хотите получать эти уведомления посредством почты Израиля, пожалуйста, укажите это здесь:</p> <input type="checkbox"/> Почта Израиля			
<p>К вашему сведению, контактное лицо не является доверенным лицом, а также не является опекуном с юридической точки зрения, но используется, как дополнительный адрес, посредством которого будут осуществляться контакты со застрахованным для получения\передачи информации в связи с данным иском и с обработкой такового. Если застрахованный хочет, чтобы контактное лицо являлось также его уполномоченным лицом, он должен передать подписанную доверенность или судебный ордер о назначении опекуна, либо долгосрочную доверенность и подтверждение того, что она является действительной.</p>			

В Согласие на использование электронной почты застрахованным и/или его контактным лицом

Я согласен с тем, что в любом месте, в котором в силу закона и/или полисов, существующих у меня в группе «Харэль», таковая, или кто-либо, действующий от имени таковой, должен передавать мне информацию и/или документы. У компании и/или у кого-либо, действующего от имени таковой, будет возможность передавать мне информацию и/или документы посредством электронной почты на адрес таковой, указанный мной на этом бланке, а не по почте, даже если в них содержится «конфиденциальная информация», в соответствии с определением таковой, предоставленным в Законе о защите частной жизни. Поэтому, возможность открывать электронную почту будет только у меня, и это будет выполняться с использованием моего личного пароля.

..... Дата Имя и фамилия № у. л. Подпись



^dt30850

Форма для подачи иска в отношении предоставления пособия по уходу

Данная форма предназначена как для женщин, так и для мужчин.
Просьба заполнять данную форму точно и подробно.

Отдел страхования жизни, услуг по уходу и несчастных случаев, ул. Абба Гилель 3, п/я 10952, Рамат-Ган, индекс: 5252202
Номер для отправки СМС: 052-3240345, номер факса: 03-7348597, эл. почта: tvsiud@harel-ins.co.il

Имя застрахованного № у. л.

М Если ваш иск будет одобрен, мы попросим указать данные банковского счета в Израиле для выполнения банковского перевода

Нужно приложить ксерокопию отмененного чека или справку о ведении банковского счета застрахованного
**В случае, если у застрахованного нет банковского счета в Израиле, нужно его открыть. Плату нельзя перевести на иностранный банковский счет.

Банк: Отделение: № отделения: № счета:

Плата в случае, если иск подан несовершеннолетним:

мы, нижеподписавшиеся, родители данного несовершеннолетнего, просим перевести страховое вознаграждение, касающееся иска № на общий банковский счет, открытый на наше имя или, наоборот, на счет матери или отца, номер которого: на имя (нужно приложить ксерокопию чека или справку о ведении банковского счета), или, наоборот, выписать чек на имя матери или отца (нужно приложить ксерокопию паспортов обоих родителей). Своей подписью под данным документом мы подтверждаем, что после получения страхового вознаграждения, как указано выше, мы оба и/или один из нас не станем подавать какие-либо иски, и у нас обоих\ одного из нас не будет каких бы то ни было претензий в отношении страховой компании «Харэль Лтд.» и/или кого-либо, действующего от имени таковой, в отношении перечисления платежа по данному иску. компании «Харэль Лтд.» и/или кого-либо, действующего от имени таковой, в отношении перечисления платежа по данному иску.

Имя родителя	№ у. л.	
Имя родителя	№ у. л.	

Полисы, в которых идет речь о выплате возмещения:

В случае, если будет перечислен единовременный платеж признанному поставщику услуг, и в случае, если будут перечисляться периодические платежи, сумма которых будет превышать 5000 шекелей, вы можете обратиться к нам и попросить о том, чтобы данные платежи перечислялись напрямую поставщику услуг, как указано выше.

К вашему сведению! Можно подать иск и в отношении дополнительной страховки, существующей в больничной кассе и/или в другой страховой компании. В таком случае, в этом иске будет возвращена разница между суммой возврата, относящегося к дополнительной страховке, до достижения максимальной суммы, покрываемой данным полисом. Нельзя требовать возврата тех же сумм от различных организаций (например, других страховых компаний или больничных касс), получения удвоенного возврата противоречит указаниям закона, а также указаниям страхового полиса.

Я обязуюсь сообщать страховой компании «Харэль Лтд.» о любых денежных вознаграждениях, которые будут получены мной от любых других организаций в отношении данной квитанции, и я разрешаю страховой компании «Харэль Лтд.» выполнять любые проверки в отношении наличия у меня права на получение возврата\ возмещения в отношении данной квитанции.

Если к исковому бланку не будут прилагаться оригинальные квитанции, нужно ответить на следующие вопросы:

Были ли оригинальные квитанции поданы в другую организацию в целях получения возврата? Да Нет

Если да, пожалуйста, приложите справку, предоставленную организацией, в которую были переданы эти квитанции, в отношении размера возврата, перечисленного таковой.

Собираетесь ли вы подать эти квитанции в другую организацию, в целях получения возврата? Да Нет

Если да, вы должны уведомить об этом компанию «Харэль» и другую организацию для того, чтобы они не перечислили вам удвоенную плату.

Н Отправка рекламы

А. Уведомление о получении рекламы от компании

Предоставленные вами данные будут использоваться для отправки рекламы от компании по электронной почте, через систему автоматического набора номера или текстовое сообщение. Вы можете отказаться в любое время по ссылке: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB;unsubscribe1@harel-ins.co.il>; по номеру *2735; QR-код:



В. Согласие на получение дополнительной рекламы

В дополнение к рекламе, которую компания может отправлять мне в соответствии с уведомлением, предоставленным мне выше, я также хочу получать рекламу об услугах и продуктах от всех компаний в Группе «Харэль», их деловых партнеров и третьих лиц по электронной почте, через систему автоматического набора номера или текстовое сообщение.

*Группа «Харэль» - Харэль Ашкаот бэ-Битуах вэ-Ширутим Финансиим Лтд и ее дочерние компании.

Обратите внимание, что отсутствие отметки не будет считаться отказом от получения рекламы от компании (как подробно описано в разделе А выше) и не отменяет предыдущее согласие. Вы можете отозвать свое согласие в любое время.



^dt30850

Бланк запроса медицинской информации и отказа от конфиденциальности

Данный бланк предназначается как для женщин, так и для мужчин.
Просьба заполнять данный бланк точно и подробно

А Данные застрахованного

Фамилия	Имя	№ у. л.	Отчество	
Улица	№	Город	Индекс	Телефон

Я, нижеподписавшийся (в случае, если речь идет о несовершеннолетнем, будут указаны его данные), предоставляю разрешение любому медицинскому работнику и/или медицинскому учреждению (включая больничную кассу) и/или институт «Мор» и/или медицинский институт безопасности дорожного движения и/или ассоциацию общественного здоровья и/или работника Института национального страхования и/или любых работников социальной сферы и/или сферы предоставления услуг по уходу за больными и/или службы охраны тюрем и/или администрации армии обороны Израиля и/или Министерства обороны (различных отделов такового, врачебных комиссий и/или фонда «Мивтахим»), и/или центра душевного здоровья и/или психиатрической лечебницы и/или психиатрической клиники и/или Управления народонаселения и/или службы занятости и/или службы психологической помощи и/или Министерства здравоохранения и/или института генетики и/или института репродуктивной медицины и/или израильского налогового управления и/или любого другого лица (далее: «Поставщики услуг»), передавать страховой компании «Харэль» и/или организации, действующей от имени таковой (далее: «Просители»), все документы, находящиеся в распоряжении таковых, либо в распоряжении организаций, действующих от имени таковых, без исключений, и таким образом, который будет соответствовать требованиям Просителей (в письменном или устном виде), касающиеся состояния моего здоровья и/или психиатрическому и/или психологическому и/или социальному состоянию и/или моему состоянию, требующему предоставления услуг по уходу и/или реабилитации и/или моих достижений, связанных с обучением и/или с любыми заболеваниями, которыми я страдал в прошлом или страдаю в настоящее время, включая ВИЧ и/или карточку «Типат Халав», а также включая лечение, проверку и диагностику. Также я предоставляю разрешение всем страховым компаниям, а также «пулу» - базе данных «Маагар ле-Битухей Рэхев Хоа Лтд.» на передачу материалов и/или информации, касающейся страхования и исков любого типа и/или аварий, имевших место в прошлом и/или случившихся со мной недавно, включая состояние данного иска; суммы, которая должна быть уплачена и даты уплаты таковой, а также любую другую информацию, касающуюся состояния моего здоровья.

Я освобождаю вас и/или любых сотрудничающих с вами врачей и/или любых ваших работников и/или любое из ваших учреждений, включая больницы общего профиля и/или психиатрические реабилитационные клиники и все отделения ваших учреждений и/или любые отделы Министерства образования и/или службы психологической помощи и/или Министерства здравоохранения от обязанности соблюдения врачебной тайны во всем, что касается состояния моего здоровья и/или моей реабилитации и/или социального состояния и/или моей потребности в получении услуг по уходу и/или психологического состояния и/или моих достижений в учебе, и разрешаю вам получать любую информацию из любых дел, которые будут открыты в отношении меня у Поставщиков услуг, упомянутых выше, включая Институт социального страхования; включая информацию или документы, касающиеся выплат, перечисленных и перечисляемых мне Институтом социального страхования. Я отказываюсь от этой тайны в отношении Просителей и/или организаций, действующих от имени таковых, и у меня не будет к вам и/или к организациям, действующим от вашего имени, каких бы то ни было претензий или исков какого-либо типа, касающихся передачи информации, упомянутой выше.

Данный отказ распространяется и на список врачей, лечивших меня, находящийся в базах данных всех этих учреждений.

В дополнение к этому, я разрешаю компании «Харэль Лтд.» и/или какой-либо организации, действующей от имени таковой, передавать касающуюся меня медицинскую информацию любой из существующих страховых компаний, а также консультанта по вопросам страхования, являющегося частью страхового коллектива (если он существует), и передавать контактному лицу, назначенному мной для работы с данным иском, всю информацию и решения, связанные с таковым.

Б Дополнительные данные

Название больничной кассы	Отделение	Членский номер	Название учреждения
Название предыдущей больничной кассы		Личный номер в армии обороны Израиля	

В Данные лиц, предоставляющих услуги, включая врачей, институты, лаборатории, школы, детские сады

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Г Подпись застрахованного

..... Имя и фамилия	 Подпись застрахованного
------------------------	--



Д В случае опеки (в случае несовершеннолетнего/ подопечного следует приложить приказ о назначении опекуна).
В случае, если будет оформлена долговременная доверенность, нужно приложить копию таковой и разрешение на ее использование.
Обращающиеся лица должны приложить ксерокопию удостоверения личности.

В дополнение к сказанному выше мы заявляем, что информация будет собираться во благо подопечного:

..... Имя родителя/ опекуна/ доверенного лица (долговременная доверенность)* У. л. Подпись
..... Имя родителя/ опекуна/ доверенного лица (долговременная доверенность)* У. л. Подпись

*В случае, если речь идет о несовершеннолетнем/ конфиденциальности – нужно указать его имя, и все опекуны должны подписать данный документ в соответствии с законом; если существует ордер о назначении опекуна, нужно его приложить. Это не относится к обычным доверенным лицам.

Е Подпись заслуживающего доверие свидетеля**

..... Дата заполнения бланка Имя свидетеля подписания № у. л. до подписания Имя надежного свидетеля подписания**, печать с № лицензии
---------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---

**Заслуживающий доверия свидетель – врач/ медсестра/ адвокат/ социальный работник/ страховой агент (нужно приложить ксерокопию удостоверения агента)

Приложение 1А – справка о получении услуг работника, предоставляющего услуги по уходу

Я, нижеподписавшийся, № загранпаспорта («Иностранный работник»), после того, как я был предупрежден о том, что должен говорить правду, и что меня ожидает наказание, предусмотренное законом, если я этого не сделаю, делаю следующую письменную декларацию:

- Я – работник, предоставляющий услуги по уходу пациенту № у. л. которого (далее: «Пациент»), и я оказываю ему персональные услуги по уходу на протяжении большей части суток (более 12-ти часов в сутки), начиная с (дата).
- Я проживаю \ не проживаю с Пациентом [отметьте нужное].
- Мне известно, что данное разрешение было предоставлено мной для подачи иска, касающегося пособия по уходу в страховую компанию, и что данная страховая компания опирается на него, принимая решение по этому иску и в отношении выплаты страхового вознаграждения; во всем, что связано с этими вопросами и следует из этого.
- Я заявляю, что это мое имя и моя подпись, а также что содержание данного заявления соответствует действительности.

.....
Дата


Подпись

Требуется приложить разрешение на трудоустройство иностранного работника и соглашение о трудоустройстве, заключенное со службой, занимающейся доставкой, посредничеством и другими вопросами, связанными с иностранными работниками.

ADDENDUM 1A – NURSING CAREGIVER CONFIRMATION

I, the undersigned,, passport No. (the “Foreign worker”), after having been admonished that I am to tell the truth and that I will be subject to the penalties prescribed by law in the event that I fail to do so, hereby declare in writing as follows:

1. I serve as a nursing caregiver for I.D. No. (hereinafter the “patient”) and assist him/her by providing personal and nursing care **during most hours of the day** (over 12 hours a day) as and from
2. I reside / do not reside with the patient. (Indicate the relevant response).
3. I am aware that I am providing this confirmation for the purpose of submitting a nursing claim to an insurance company and that the insurance company will rely on the confirmation in order to decide on the claim and payment of insurance benefits, including everything related and implied thereby
4. I declare that this is my name, this is my signature and the contents of my declaration are true.

.....
Date


Signature

Please attach a Foreign Worker Employment Permit + an employment agreement with a firm authorized to arrange the arrival, broker and handle foreign workers.

Приложение 1Б – декларация члена семьи\ другого работника по уходу в отношении предоставления услуг по уходу

Я, нижеподписавшийся,, у. л., адрес: (полный адрес), после того, как я был предупрежден о том, что должен говорить правду, и что меня ожидает наказание, предусмотренное законом, если я этого не сделаю, делаю следующую письменную декларацию:

1. Начиная с (число), я предоставляю услуги по уходу пациенту (имя), у. л. (далее: «Пациент»), и я оказываю ему персональные услуги по уходу на протяжении большей части суток (более 12-ти часов в сутки), начиная с (дата).

а. Родство с Пациентом:

2. Я проживаю\ не проживаю с Пациентом [отметьте нужное].

i. Нужно приложить ксерокопию удостоверения личности Пациента и приложение к таковому.

3. Я обязуюсь уведомлять в письменном виде страховую компанию «Харэль Лтд.», если будет иметь место какое-либо изменение фактов, изложенных в данном заявлении.

4. Мне известно, что эта декларация предоставлена в качестве поддержки иска в отношении предоставления пособия по уходу в соответствии с полисом, касающимся предоставления пособия по уходу для тех членов больничной кассы «Клалит», у которых есть дополнительная страховка «Мушлам», оно было подано Пациентом в рамках иска, касающегося предоставления пособия по уходу, в страховую компанию «Харэль Лтд.», являющуюся оператором данного полиса; и что компания «Харэль» может проверить достоверность информации, предоставленной в рамках этого заявления. Также мне известно, что подача ложного заявления по данному вопросу может способствовать выполнению мошеннических действий, касающихся получения страхового вознаграждения, со всем, что из этого проистекает.

5. Я заявляю, что это мое имя и моя подпись, а также что содержание данного заявления соответствует действительности.

.....
Дата Полное имя  Подпись

Я, нижеподписавшийся адвокат, заявляю, что (число) ко мне в офис явился, и после того, как я предупредил его о том, что он должен говорить правду, и что его ожидает наказание, предусмотренное законом, если он этого не сделает, подписал декларацию, приведенную выше, в моем присутствии.

Адв.

Какое состояние дает право на получение пособия по уходу?

В соответствии с определением минимума, установленного циркуляром «Составление программы страхования, касающейся предоставления пособия по уходу за больным» (01.05.2013), в соответствии с указаниями циркуляра, касающегося предоставления разъяснений и урегулирования обращений (09.09.2016), а также в соответствии с указаниями надзора за финансовыми услугами (страхование) (страхование, касающееся предоставления пособия по уходу за больными для членов больничных касс) (исправленным) от 2015-ого года, а также в соответствии со всеми указаниями законов, которые заменяют и/или будут дополнять таковые, страховой случай получит следующее определение - будет иметь место одно из следующих происшествий:

А. Ограничения, касающиеся функционирования – ухудшенное состояние здоровья и функционирования застрахованного, наступившее в результате болезни, несчастного случая или проблем, связанных со здоровьем, из-за которого он не может выполнять существенную часть (минимум 50% действия), как минимум определенного количества, установленного законом, следующих действий:

1. **Вставать и ложиться:** способность застрахованного самостоятельно переходить из лежачего положения в сидячее и/или вставать со стула, включая выполнение данного действия из инвалидного кресла и/или с кровати.

2. **Одеваться и раздеваться:** способность застрахованного самостоятельно надевать и/или снимать предметы одежды любого типа, и, в том числе, пристегивать или надевать медицинский пояс или протез конечности.

В полисе «Клалит Мушлам», предназначенном для членов больничной кассы «Клалит», и при условии, что страховой случай имел место, начиная с 01.01.2025 и позже, способность застрахованного самостоятельно надевать специально подобранную одежду и/или выполнять это действие при помощи вспомогательного приспособления – не будут считаться ситуацией, предоставляющей право.

3. **Мыться:** способность застрахованного самостоятельно купаться в ванне, принимать душ или мыться каким-либо иным приемлемым образом, включая такое действие, как самостоятельный вход и выход из душа или ванны.

В полисе «Сиуди Мушлам», предназначенном для членов больничной кассы «Клалит», и при условии, что страховой случай имел место, начиная с 01.01.2025 и позже, не будет проверяться способность застрахованного самостоятельно входить и выходить из душа или ванны и/или выполнять это действие при помощи вспомогательного приспособления – не будут считаться ситуацией, предоставляющей право.

4. **Есть и пить:** способность застрахованного самостоятельно питаться любым способом или с применением любых средств (включая питье (а не прием пищи) при помощи соломинки) после того, как пища будет подготовлена и подана ему.

5. **Контролировать сфинктеры:** способность застрахованного контролировать процесс испражнения\ мочеиспускания. Отсутствие контроля над одним из этих действий, то есть, постоянное пользование стомой или катетером в мочевом пузыре, либо постоянное пользование подгузниками или разнообразными впитывающими продуктами, будут считаться отсутствием контроля над сфинктерами.

6. **Передвижение:** способность застрахованного самостоятельно перемещаться. Выполнение этого действия самостоятельным образом, без помощи окружающих с использованием костылей, трости и/или ходунков или другого приспособления, включая механические, моторизированные и электронные, не будет считаться тем, что препятствует способности Пациента передвигаться самостоятельно. Но если он будет прикован к кровати или к инвалидному креслу, и не сможет перемещаться на нем самостоятельно, это будет считаться неспособностью застрахованного самостоятельно передвигаться. Подчеркнем, что в полисе «Мушлам» для членов больничной кассы «Клалит», неспособность застрахованного самостоятельно передвигаться без инвалидного кресла будет считаться отсутствием у него подвижности, но если у застрахованного отсутствовала способность передвигаться без инвалидного кресла, но была способность самостоятельно передвигаться на инвалидном кресле в течение страхового периода, закончившегося до 7-ого дня месяца Таммуза 5777-ого года (21-ого июля 2017-ого года), и на протяжении текущего страхового периода его способность самостоятельно передвигаться изменилась таким образом, что он не может передвигаться самостоятельно на инвалидном кресле, он будет считаться застрахованным, не способным передвигаться самостоятельно, начиная с того момента, когда имело место данное изменение – его способность передвигаться самостоятельно изменилась так, как было указано выше.

В. Ментальная истощенность – ухудшенное состояние здоровья и снижение уровня функционирования у застрахованного вследствие «ментальной истощенности», факт наличия которой будет установлен врачом, являющимся специалистом в этой области. В данном случае, от «ментальной истощенности» страдает когнитивная деятельность застрахованного и ухудшаются его интеллектуальные способности, включая понимание и суждение; ухудшается долговременная и/или кратковременная память и ориентация в пространстве и времени, что требует надзора на протяжении большей части суток в соответствии с решением врача – специалиста в данной области, и это связано с состоянием здоровья. Например, с болезнью Альцгеймера или различными формами деменции.

Как определяется наличие права на получение пособия для нуждающихся в уходе?

Изучение вопроса наличия права на получение пособия для нуждающихся в уходе выполняется на основании медицинской информации о страхователе, и, в том числе, медицинских документов и заключений, информации о фоновых заболеваниях и медикаментозном лечении, которое получает или получал застрахованный; информации о прошлых госпитализациях и т. п.

В дополнение к этому, в существенной части случаев оценка функционирования застрахованного (физическая\ когнитивная проверка) выполняется профессионалом, действующим от имени компании «Харэль», который, среди всего прочего, специализируется на выполнении проверок функционирования\ проверок когнитивных способностей. Эта проверка будет выполняться профессионалом после согласования с членами семьи или контактными лицами застрахованного.

В рамках проведения данной оценки будет изучаться уровень функционирования и/или когнитивные способности проверяемого в домашней обстановке или в похожем месте (например, в учреждении, в котором пребывает застрахованный), но не вне дома.

В рамках выполнения оценки функционирования профессионалом будут проверяться такие параметры, как, например, указанные в прилагающемся бланке. Отметим, что эти параметры приведены только в качестве иллюстрации и примера, и они могут изменяться время от времени.



Правила и проверки для установления наличия права на получение пособия для нуждающихся в уходе

1. Ограничения функционирования

В рамках проведения проверки: имеет ли застрахованный право, вследствие состояния его здоровья, в соответствии с условиями данного полиса и указаний такового, на получение пособия для нуждающихся в уходе – в результате ограниченного функционирования, проверяется уровень функционирования застрахованного в отношении каждого из действий, перечисленных в пункте А выше, с разделением на несколько уровней функционирования, которые будут перечислены далее.

1.1. Самостоятельность – это определение включаются состояния, при которых не требуется помощь другого человека для выполнения данного действия, и поэтому оно не будет считаться таким действием, существенная часть которого не может быть выполнена застрахованным. В соответствии с данным определением, существуют два вторичных состояния:

1.1.1. Полная самостоятельность (без помощи) – для выполнения данного действия застрахованный не нуждается в какой бы то ни было помощи; он выполняет данное действие уверенно, за нормальный промежуток времени, не пользуясь вспомогательными приспособлениями.

1.1.2. Самостоятельность при использовании приспособления – застрахованный выполняет данное действие без помощи другого человека, но при помощи приспособления.

1.2. Зависимость – для выполнения данного действия застрахованным нужен другой человек для того, чтобы приглядывать за ним или помогать ему физически, без чего действие не будет выполнено вообще. В части случаев, относящихся к данной группе, будет определено, что застрахованный не способен самостоятельно выполнять существенную часть данного действия, как указано далее:

1.2.1. Умеренная зависимость – застрахованный способен выполнить более 50% действия, и поэтому не считается, что он не способен выполнить существенную часть такового. В данное функциональное состояние входят следующие случаи:

1.2.1.1. Надзор или организация – для выполнения данного действия нужен надзор, поощрение, мотивирование или убеждение, но не нужна помощь или физический контакт, или, наоборот, нужна помощь в организации вспомогательных приспособлений.

1.2.1.2. Минимальный физический контакт – для выполнения данного действия нужна помощь в виде минимального физического контакта.

1.3. Умеренная помощь – для выполнения данного действия нужно больше, чем физический контакт, но застрахованный выполняет более 50% действия, и поэтому не считается, что он не способен выполнить существенную часть такового.

1.4. Серьезная зависимость – застрахованный может выполнить менее 50% данного действия, и поэтому ему требуется существенная помощь, либо помощь на протяжении всего времени выполнения такового, в отсутствие которых данное действие не будет выполнено. В таком состоянии застрахованный считается неспособным к самостоятельному выполнению существенной части данного действия.

На основании данных тестов выполняется тщательная проверка способности застрахованного самостоятельно выполнять существенную часть каждого из шести действий, среди прочего, следующим образом: контроль над сфинктерами – отсутствие контроля над одним из сфинктеров будет считаться неспособностью застрахованного выполнять существенную часть действия, представляющего собой контроль над сфинктерами. застрахованный слабо контролирует свой мочевого пузырь, что выражается в частых позывах или потребности в мочеиспускании, и вследствие проблем с подвижностью, он не способен контролировать свои сфинктеры, и будет считаться, что он не способен самостоятельно выполнять существенную часть (как минимум 50%) действия под названием «контроль над сфинктерами», в соответствии с определением такового, приведенного в циркуляре, в котором речь идет о пособии по уходу.

В том, что касается данного вопроса, «проблемы с подвижностью» - сложности в передвижении, не слишком серьезные, и не мешающие застрахованному самостоятельно выполнять существенную часть (как минимум 50% действия) действия под названием «передвижение» в соответствии с определением такового в циркуляре, в котором речь идет о пособии по уходу.

Вставать и ложиться – проверяется способность застрахованного выполнять часть действия «вставать и ложиться».

Передвижение – застрахованный соответствует определению человека, неспособного выполнять существенную часть данного действия, когда не может каким-либо образом самостоятельно передвигаться без помощи другого человека.

застрахованный, страдающий от проблем с равновесием или от неустойчивости, что приводит к повторяющимся падениям. Это отрицательно влияет на его способность самостоятельно перемещаться из одного места в другое, будет считаться лицом, неспособным самостоятельно выполнять существенную часть (более 50%) действия «Передвижение», в соответствии с определением такового, приведенным в циркуляре, в котором речь идет о пособии по уходу.

Питание – разрезание, приготовление и подача пищи не считаются неспособностью застрахованного самостоятельно выполнять существенную часть данного действия. Если застрахованный нуждается в том, чтобы его физически кормил кто-то другой, это будет считаться неспособностью к выполнению данного действия.

Мытье – для проверки способности застрахованного самостоятельно выполнять существенную часть данного действия, включая потребность в помощи для входа и выхода из душа/ ванны.

*В полисе «Сиуди Мушлам», предназначенном для членов больничной кассы «Клалит», и при том, что данный страховой случай будет иметь место, начиная с 01.01.2025 и позднее, не будет проверяться потребность в помощи для входа и выхода из душа/ ванны.

Одевание – в целях выполнения проверки способности застрахованного самостоятельно выполнять существенную часть данного действия, компания принимает во внимание также и способность застрахованного надевать разнообразные предметы одежды. В случае, если нужно прикрепить протез конечности, учитывается помощь, необходимая для одевания и для прикрепления протеза конечности.

*В полисе «Сиуди Мушлам», предназначенном для членов больничной кассы «Клалит», и при том, что данный страховой случай будет иметь место, начиная с 01.01.2025 и позднее, способность надевать разнообразные предметы одежды, подобранные соответственно состоянию застрахованного или использование вспомогательных приспособлений для выполнения данного действия не будет считаться неспособностью застрахованного к выполнению данного действия.

2. Ментальная истощенность

Как указано выше, ментальная истощенность – это дополнительное состояние, предоставляющее право на получение пособия для нуждающихся в уходе (в любом случае, застрахованный будет иметь право на получение вознаграждения, касающегося только одного состояния, предоставляющего на это право). Установление факта наличия ментальной истощенности будет выполняться только врачом, являющимся специалистом в данной области, то есть, гериатром, психиатром и психогериатром и/или невропатологом.

Для того, чтобы было принято такое решение, врач-специалист будет изучать, в том числе, историю болезни; он получит общее представление о страхователе; будет вестись врачебное наблюдение; застрахованный также будет получать медикаментозное лечение.

Иск в отношении одобренного периода, составляющего более 3-ех месяцев

Одобрение иска на дополнительные установленные периоды сверх разрешенного периода, требует, по завершении данного периода, повторной проверки состояния застрахованного с медицинской, а также с функциональной точки зрения.

Во время повторной проверки задолженности и способа реализации будет учитываться, в том числе, медицинское состояние застрахованного, его возраст; информация, переданная компании застрахованным, а также условия полиса.

Возможно, повторная проверка наличия права будет выполнена, кроме всего прочего, в соответствии с состоянием и возрастом застрахованного посредством изучения уточненных медицинских документов, касающихся медицинского состояния застрахованного или его функционирования, либо будет проведена проверка застрахованного профессионалами, действующими от имени компании «Харэль».

Ближе к завершению периода правообладания компания «Харэль» обратится к вам для проведения повторной проверки, касающейся правообладания. В рамках данного обращения, возможно, от вас потребуется передать компании «Харэль» уточненные медицинские документы или назначить проведение проверки для оценки вашего медицинского и функционального состояния, и это будет выполнено в те даты, которые будут указаны в обращении.

Если данные документы не будут своевременно переданы до наступления запрошенной даты, и/или если будет иметь место отсутствие сотрудничества в связи с выполнением проверки застрахованного соответствующим профессионалом, выбранным для этого компанией «Харэль», это может привести к прекращению уплаты страховых вознаграждений или к задержке выплат.

Компания «Харэль» сохраняет за собой право проведения повторной проверки наличия права, если это понадобится, даже в тех случаях, когда будет подтверждено наличие права заранее на определенный период, и в течение данного периода компанией «Харэль» будет получена информация, отличающаяся от той, которая будет передана застрахованными/или будет известна компании «Харэль», и из которой будет следовать, что, возможно, застрахованный утратит право на получение страхового вознаграждения.

Иск в отношении одобренного периода, составляющего до 3х месяцев

Если иск будет одобрен на период, продолжительностью до 3х месяцев, и застрахованный сочтет, что его медицинское и функциональное состояние представляют собой оправдание для одобрения данного иска на дополнительные периоды, он передаст ближе к концу периода, оплата которого была одобрена, уточненную и подробную медицинскую информацию, касающуюся состояния его здоровья, компании «Харэль».

Компания «Харэль» выяснит, какова ее задолженность, в соответствии с медицинской информацией, которая будет передана застрахованным, и, если это потребуется, посредством проведения застрахованному проверок, выполняемых профессионалом, действующим от имени компании.

Общие указания

Указания, приведенные выше, являются общими и принципиальными для рассмотрения исков, касающихся предоставления пособия по уходу; они приводятся только в качестве примера, и их публикация не обязывает компанию вести себя именно таким образом в любом частном случае; компания сохраняет за собой право время от времени изменять таковые, и корректировать их по мере надобности для каждого частного случая, и, в том числе, изменять и корректировать бланк функциональной оценки, прикрепленный к данному принципиальному документу.

Отметим, что, в любом случае, условия, обязывающие во всех аспектах – это условия, установленные в страховом полисе застрахованного, и что право получения пособия по уходу зависит от всех указаний и условий, приведенных в данном полисе, включая, но не ограничиваясь медицинскими исключениями, периодами ожидания и другими указаниями полиса.

Имя застрахованного: у. Л.:

Кому:

Отдел исков, касающихся пособия по уходу\ отдел исков в отношении страхования жизни, предоставления пособия по уходу и несчастных случаев Отделение «Дикла»\ «Харэль Битуах вз-Финансим Лтд.»

Тема: Оценка функциональности / когнитивных способностей / комбинированная оценка
(нужно выбрать соответствующую проверку)

К вашему сведению, пункты 9-11 предназначаются только для заполнения врачами

*В целях удобства приведенный ниже бланк составлен в мужском роде, но предназначается как для мужчин, так и для женщин

Примечание: в условия полиса группового страхования, предназначенного для членов больничной кассы «Клалит» («Сиуди Мушлам») были внесены изменения, касающиеся права на получение страхового вознаграждения, если будет иметь место страховой случай, произошедший 01.2025 или позже (обратите внимание на соответствующие изменения, относящиеся к реакции на повседневные действия, касающиеся одевания и мытья). Лицо, выполняющее данную оценку, должно, в рамках данного документа, уделить отдельное внимание различным условиям правообладания в соответствии с различными полисами, таким образом, будто в распоряжении застрахованного находятся оба этих полиса («Сиуди Мушлам» и другой полис, касающийся предоставления пособия по уходу).

1 Личные данные застрахованного			
Имя застрахованного		№ у. л.	Дата рождения
Место проведения проверки: <input type="checkbox"/> Дома у застрахованного <input type="checkbox"/> Защищенное жилье <input type="checkbox"/> Учреждение, предоставляющее услуги по уходу <input type="checkbox"/> Больница (нужно выбрать соответствующее место)			
Адрес места выполнения проверки: улица		№	Населенный пункт
			Индекс
Присутствовало ли во время выполнения проверки какое-либо лицо, действующее от имени застрахованного? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		Его имя и родство со застрахованным:	
Разрешил ли застрахованный присутствовать дополнительному лицу? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Проводилась ли проверка на языке застрахованного? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		На каком языке?	
Если нет, то выполнялся ли для застрахованного перевод на его язык во время проведения проверки? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Каким образом был идентифицирован застрахованный? <input type="checkbox"/> у. л.\ заграничный паспорт <input type="checkbox"/> водительские права <input type="checkbox"/> другой документ (нужно указать название документа, и факт наличия в таковом фотографии)			

К вашему сведению, оценка когнитивных способностей будет выполняться только в присутствии члена семьи застрахованного!

2 Медицинские документы, находившиеся в вашем распоряжении (если они были представлены во время визита, мы попросим приложить ксерокопии таковых для проведения проверки):

Перечисление:

.....

.....

.....

3 Диагнозы фоновые заболевания (болезнь + дата обнаружения), госпитализации в течение последних месяцев (дата и причина госпитализации)

Перечисление:

.....

.....

.....

4 Анамнез и история болезни в прошлом:

Перечисление:

.....

.....

.....

5 Постоянно принимаемые лекарства:

Перечисление:

.....

.....

.....

Имя застрахованного: у. л.:

6 Таблица функционирования (нужно как можно подробнее рассказать о «результатах действия» и однозначно указать, было ли данное действие продемонстрировано)

Название действия	Результаты действия	Самостоятельный/ не самостоятельный						
А. Вставание из лежачего положения (с кровати), и из сидячего положения (со стула) <ul style="list-style-type: none"> ■ Может ли застрахованный самостоятельно подняться из лежачего положения и сесть в кровати (включая пользование вспомогательным приспособлением)? ■ Может ли застрахованный самостоятельно встать со стула или с кровати из сидячего положения (включая пользование вспомогательным приспособлением)? 	Перечисление:							
Б. Одевание <ul style="list-style-type: none"> ■ Может ли застрахованный самостоятельно надеть и снять одежду с верхней части тела? ■ Может ли застрахованный самостоятельно надеть и снять одежду с нижней части тела? 	Перечисление:							
Может ли застрахованный самостоятельно надевать специально подобранную одежду или одеваться, пользуясь вспомогательными приспособлениями [для обладателей страховки «Сиуди Мушлам» с 01.25]								
В. Мытье <ul style="list-style-type: none"> ■ Может ли застрахованный самостоятельно мыться в ванне или в душе (стоя или сидя на стуле для мытья)? 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Верхняя часть тела</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Нижняя часть тела</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Может</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Может</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Не может</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Не может</td> </tr> </table> Перечисление:	Верхняя часть тела	Нижняя часть тела	<input type="checkbox"/> Может	<input type="checkbox"/> Может	<input type="checkbox"/> Не может	<input type="checkbox"/> Не может	
Верхняя часть тела	Нижняя часть тела							
<input type="checkbox"/> Может	<input type="checkbox"/> Может							
<input type="checkbox"/> Не может	<input type="checkbox"/> Не может							
Может ли мыться самостоятельно, пользуясь приспособлениями? (для обладателей страховки «Сиуди Мушлам» с 01.25)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Верхняя часть тела</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Нижняя часть тела</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Может</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Может</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Не может</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Не может</td> </tr> </table> Перечисление:	Верхняя часть тела	Нижняя часть тела	<input type="checkbox"/> Может	<input type="checkbox"/> Может	<input type="checkbox"/> Не может	<input type="checkbox"/> Не может	
Верхняя часть тела	Нижняя часть тела							
<input type="checkbox"/> Может	<input type="checkbox"/> Может							
<input type="checkbox"/> Не может	<input type="checkbox"/> Не может							
Может ли застрахованный самостоятельно входить и выходить из душевой или ванны? Не относится к обладателям страховки «Сиуди Мушлам с 01.25	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">Самостоятельный вход и выход из ванны/ душевой</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Может</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Не может</td> </tr> </table> Перечисление:	Самостоятельный вход и выход из ванны/ душевой		<input type="checkbox"/> Может	<input type="checkbox"/> Не может			
Самостоятельный вход и выход из ванны/ душевой								
<input type="checkbox"/> Может	<input type="checkbox"/> Не может							
Г. Еда и питье <ul style="list-style-type: none"> ■ Способен ли застрахованный есть и пить самостоятельно, включая питье, а не еду при помощи соломинки, после того, как еда будет приготовлена для застрахованного и подана ему? 	Перечисление:							

6 Таблица функционирования (нужно как можно подробнее рассказать о «результатах действия» и однозначно указать, было ли данное действие продемонстрировано)

Название действия	Результаты действия	Самостоятельный не самостоятельный						
<p>Д. Контроль над сфинктерами Существует ли диагностированная проблема контроля над сфинктерами или были ли диагностированы слабость мочевого пузыря и проблемы с подвижностью? И это в том случае, если соблюдаются условия двух следующих пунктов (вместе):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Была ли диагностирована специалистом в данной области слабость мочевого пузыря, выражающаяся, например, в позывах или в частом мочеиспускании? ■ Существуют ли проблемы с подвижностью, не приводящие к неспособности самостоятельно выполнять существенную часть действия «передвижение», и поэтому застрахованный не способен контролировать свои сфинктеры? [Нужно указать даты получения диагнозов, имя и специализацию врача, выполнявшего диагностирование, а также какие документы и результаты проверок находились в вашем распоряжении] 	<p>Пожалуйста, укажите контролирует ли застрахованный каждое из данных действий:</p> <table border="1" data-bbox="850 282 1281 459"> <thead> <tr> <th data-bbox="850 282 1066 320">Мочеиспускание</th> <th data-bbox="1066 282 1281 320">Дефекация</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="850 320 1066 387"><input type="checkbox"/> Полный контроль</td> <td data-bbox="1066 320 1281 387"><input type="checkbox"/> Полный контроль</td> </tr> <tr> <td data-bbox="850 387 1066 459"><input type="checkbox"/> Отсутствие контроля</td> <td data-bbox="1066 387 1281 459"><input type="checkbox"/> Отсутствие контроля</td> </tr> </tbody> </table> <p>Перечисление: </p>	Мочеиспускание	Дефекация	<input type="checkbox"/> Полный контроль	<input type="checkbox"/> Полный контроль	<input type="checkbox"/> Отсутствие контроля	<input type="checkbox"/> Отсутствие контроля	
Мочеиспускание	Дефекация							
<input type="checkbox"/> Полный контроль	<input type="checkbox"/> Полный контроль							
<input type="checkbox"/> Отсутствие контроля	<input type="checkbox"/> Отсутствие контроля							
<p>Е. Передвижение</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Может ли застрахованный передвигаться самостоятельно ■ Страдает ли застрахованный от проблем с равновесием или от отсутствия устойчивости, что приводит к повторяющимся падениям, от чего страдает его способность к самостоятельному передвижению? Если это так, были ли эти падения зарегистрированы врачами или иным образом, и какова их медицинская причина; можно ли объяснить эти падения с точки зрения медицинского диагностирования? Очень важно отметить частоту этих падений. ■ Находилось ли в распоряжении застрахованного приспособление (такое, как трость, ходунки)? Решалась ли с помощью этого приспособления проблема с отсутствием устойчивости/ равновесия? 	<p>Перечисление: </p>							

Не Заполнять

Пример приведен только в качестве иллюстрации

Имя застрахованного: у. л.:

7 В случае онкологического заболевания, пожалуйста, уточните:

Получает ли застрахованный лечение: Да Нет

Если да, нужно указать тип данного лечения:

Частоту прохождения сеансов лечения:

Дата начала лечения:

Ожидаемая дата завершения серии сеансов лечения:

8 Кто проживает вместе со застрахованным?

Перечисление:

Признан ли он больным, нуждающимся в получении пособия по уходу, признанным учреждением (например, Институтом национального страхования, страховой компанией)?

Да Нет

Есть ли помощница\ иностранная работница, предоставляющая услуги по уходу, присланная Институтом национального страхования?

Да Нет

Количество часов в неделю:

Не заполнять
Пример приведен только в качестве иллюстрации

Пункты 10-12 предназначены только для заполнения врачом

Имя застрахованного: у. л.:

9 Медицинский осмотр

Общее состояние	
Дыхание	
Голова, лицо	
Шея	
Сердце	
Живот	
Конечности	
Кожа	

10 Неврологическая и ортопедическая проверка

Состояние сознания	
Руки - грубая сила	
Амплитуда движений рук	
Мышечный тонус рук	
Ноги – грубая сила	
Амплитуда движений ног	
Мышечный тонус ног	
Координация и тонкая моторика	
Сухожильные рефлексы	
Проверка чувствительности	
Краниальные нервы	
Патологические рефлексы	
Мозжечок	
Спина	
Шея	
Дополнительное перечисление:	
.....	

11 Проверка когнитивных способностей – ментальная истощенность (заполняется только специалистом в данной области, например, врачом – специалистом в области гериатрии или психиатрии)

Название действия	Результаты действия	Ментально истощенный/ не истощенный
<p>Ментальная истощенность Нуждается ли застрахованный в присмотре на протяжении большей части суток вследствие того, что пострадали его когнитивные способности? Например, болезнь Альцгеймера или различные формы деменции (будет заполняться только врачом, являющимся специалистом в данной области) Перечисление включает в себя упоминание о фоне, приведшем к нарушению когнитивных способностей. Является ли это состояние временным или постоянным и какие тесты были выполнены для установления наличия данного состояния?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Дополнительное перечисление, касающееся проверки наличия ментальной истощенности:		

Имя застрахованного: у. л.:

12 Выводы, сделанные проверяющим, включая и мнение о том, существует ли возможность реабилитации (врач и/или медсестра)

Перечисление:

13 Выводы, сделанные проверяющим, включая и мнение о том, существует ли возможность реабилитации (врач и/или медсестра)

Перечисление:

13 Итоговая таблица функциональности (будет заполняться врачом и/или медсестрой):

Действие	Самостоятелен ли застрахованный в том, что касается реакции на повседневную активность (ADL)
Мытье	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Мытье [полис «Сиуди Мушлам» от 01.2025] – не будет проверяться способность застрахованного войти\ выйти из душевой\ ванны. Также, пользование вспомогательным приспособлением для выполнения данного действия не будет считаться предоставляющим право.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Одевание	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Одевание [полис «Сиуди Мушлам» от 01.2025] – способность застрахованного к самостоятельному надеванию специально подобранной одежды и/или одеванию с применением вспомогательного приспособления для выполнения данного действия не будет считаться предоставляющим право.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Вставать из положения лежа (в кровати) и из положения сидя (на стуле)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Пить и есть	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Контролировать сфинктеры	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Передвигаться	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Ментальное истощение – комбинированная проверка	<input type="checkbox"/> Отвечает определению ментально истощенного <input type="checkbox"/> Не отвечает определению ментально истощенного

Данные проверяющего (будут заполняться врачом и/или медсестрой):

.....

Имя проверяющего

№ лицензии

Дата проверки

.....

Время начала проверки

Время завершения проверки

Подпись и печать проверяющего

Система правил для рассмотрения и принятия решений по искам, а также для обработки обращений

В соответствии с указаниями циркуляра об институциональных организациях от 09.05.2011 ниже приведен свод правил для рассмотрения и принятия решений по искам в страховой компании «Харэль Лтд.» (далее: «Харэль»).

Если вы хотите получить копию этого свода правил, поскольку он время от времени обновляется, вы можете обратиться в отдел обслуживания компании «Харэль» по телефону 1-800-55-11-22 или распечатать таковой напрямую с Интернет-сайта компании (далее: «Интернет-сайт»).

Компания «Харэль» будет предпринимать действия в отношении всего, что связано с рассмотрением и принятием решений по искам и обработке обращений в соответствии со сказанным в данном своде правил, как перечислено далее:

A. Определения

В данном своде правил у следующих терминов будут определения, приведенные ниже:

1. **День\дни** – рабочие дни, не включая пятницы, субботы, вечера праздников, а также израильские праздники и памятные даты.
2. **Иск** – требование, предъявленное компании «Харэль» в отношении реализации прав в соответствии с условиями страхового полиса или устава пенсионного фонда, либо соответствующими указаниями закона, касающимися реализации прав, как указано выше.
3. **Истец** – лицо или организация, подавшая иск к компании «Харэль», за исключением институциональной организации, а также тех, кому был нанесен ущерб в рамках ее деятельности, и они подали иск в отношении компании «Харэль» для того, чтобы получить компенсацию причиненного им ущерба.
4. **Специалист/эксперт** – как работник компании «Харэль», так и не ее работник; не имеет значения, встречался ли он с истцом или нет; например, оценщик или специалист в некоей области медицины, но за исключением юридического консультанта и медицинской комиссии пенсионного фонда, действующей в силу устава.
5. **Пожилый человек** – лицо, возраст которого превышает 67 лет.
6. **Клиент** – застрахованный, сотрудник, бенефициар, или кто-либо, действующий от имени такового.

B. Применение

Данный свод правил распространяется на следующие отрасли страхования:

1. **Пенсионное страхование** – только в отношении опасности наступления инвалидности и смерти.
2. **Страхование жизни** – только в отношении потери трудоспособности и риска смерти.
3. Страхование от несчастных случаев;
4. **Страхование на случай болезней и госпитализации**, за исключением страхования зубов и страхования здоровья для иностранных работников, а также страхования здоровья, предназначенного для предоставления страхового покрытия для иностранцев, пребывающих в Израиле – и это относится к получению услуг напрямую от поставщика медицинских услуг, без участия страховщика;
5. **Страхование в соответствии с требованиями Указа о страховании автотранспортных средств** (новая версия) от 1970-ого года (далее: «Указ»), страхование автотранспортного средства – имущества (себя и третьих лиц);
6. **Полное страхование квартир**;
7. **Страхование грузов, а также страхование на случай аварий, болезней и госпитализаций во время поездок за границу.**

***Данный свод правил не будет распространяться на иски, предусматривающие оплату ущерба, причиненного своему автотранспортному средству – имуществу или полное страхование квартир, принадлежащего истцу, в распоряжении которого находятся более сорока транспортных средств или квартир, и который при заключении страхового контракта однозначно отказался от его распространения на данные аспекты.

C. Дата начала действия

Данный свод правил начинает действовать с 01.06.2011.

Данный свод правил будет распространяться на иски, поданные после дат, указанных выше.

Данный свод правил будет относиться к искам, касающимся услуг, предоставляемых поставщиком таковых напрямую застрахованному в соответствии с письмом о предоставлении услуг, если страховщик не участвует в урегулировании иска.

D. Документы и информация, нужные для разбирательства по иску

1. После получения обращения, касающегося подачи иска в отношении компании «Харэль» или кого-либо, действующего от имени таковой, лицу или организации, подавшим данный иск, будут как можно скорее переданы документы, перечисленные ниже:
 - (1) Копия данного свода правил.
 - (2) Документ, в котором рассказывается о порядке действий при рассмотрении и урегулировании иска.
 - (3) Указания, касающиеся необходимого образа действий, полученные от истца, в том числе и информация, касающаяся права истца на получение возмещения расходов, понесенных им, и компания «Харэль» должна возместить ему таковые (например, возмещение, касающееся мер, принятых им для минимизации ущерба; возмещение сумм, уплаченных специалисту за его экспертное мнение и т. п.).
 - (4) Перечисление документов и информации, которые необходимо получить от истца для проведения разбирательства и урегулирования иска;
 - (5) Бланк подачи иска, если он существует – и указания, касающиеся заполнения такового.
 - (6) Уведомление, касающееся срока давности данного иска
- Вы можете изучить документы, перечисленные выше, на Интернет-сайте.
2. Компания «Харэль» как можно скорее передаст истцу письменное уведомление, в котором будут перечислены документы, полученные таковой, а также дата их получения; также в нем будет указано, какая информация и документы необходимы и еще не были предоставлены истцом.
3. Если компании «Харэль» потребуются предоставление дополнительной информации и документов истцом в целях проведения разбирательства, касающегося данного иска, эти документы нужно будет предоставить в течение четырнадцати (14-ти) рабочих дней, начиная с того дня, когда окажется, что они являются необходимыми.
 - Указания данного пункта не будут относиться к иску, разбирательство по которому проводится в суде

E. Уведомление о ходе разбирательства, проводимого в связи с данным иском, и о результатах такового

Компания «Харэль» передаст истцу в течение 30-ти дней, начиная со дня получения таковой всей информации и документов, которые истец должен будет передать для проведения разбирательства и/или начиная со дня, когда компанией будет получен заполненный исковой бланк, в соответствии с требованиями таковой (в зависимости от того, что из этого будет получено позже); уточнения, касающиеся состояния обработки иска. Уточнения, как указано выше, возможно, будут касаться оплаты иска – полной или частичной; предложений компромисса в отношении данного иска или отклонения такового.

- Указания данного пункта не будут распространяться на иски, разбирательство по которым ведется в суде.



A. Уведомление о полной или частичной оплате.

1. Если будет принято решение о выплате некой суммы в соответствии с данным иском, истцу будет передано письменное уведомление об этом в день перечисления таковой; уведомление будет включать в себя следующие вопросы или обращение к документам, касающимся данных тем, и прилагающихся к данному уведомлению (например, отчет оценщика или заключение специалиста):
 - a) **В отношении единовременной выплаты** – причина перечисления таковой; четкое и логичное объяснение в отношении методов расчета; сумма налогов, указанная в оригинале, способ их расчета и указания закона, в соответствии с которыми выполнялся данный расчет и взимание суммы налога; перенаправление к зарплатной ведомости или справке, полученной от налоговых инстанций, которая будет прилагаться к данному уведомлению; перечисление, касающееся вычета других платежей, причитающихся истцу не от компании «Харэль» в связи с обстоятельствами, относящимися к той же причине, по которой подан данный иск, и в соответствии с полисом, уставом или законом будет вычтен платеж; сумма личного участия; перечисление, касающееся вычета других сумм, причитающихся компании «Харэль» от истца; перечисление, касающееся вычета авансовых платежей или сумм, по поводу которых не существует разногласий или выплаченных в качестве таковых; тип и способ привязки к индексу; проценты, относящиеся к таковой и перечисление указаний, распространяющихся на таковую; сумма, которая будет добавлена к платежу в связи с наличием разницы в привязке к индексу и процентов; сумма к оплате, которая не было перечислена своевременно и перечисление указаний, касающихся процентов, взимаемых в результате опоздания; дата передачи компании «Харэль» всей информации и документов, необходимых для проведения разбирательства по данному иску.
 - b) **В отношении периодических выплат (включая пособия)** – будет указано, в день перечисления первой выплаты, в дополнение к сказанному в параграфе (a) – сумма первого платежа; механизм уточнения платежей; первая дата, начиная с которой истец будет иметь право на получение оплаты; максимальная длительность периода, в течение которого истец будет иметь право на получение выплат в соответствии с указаниями данного полиса, устава или закона; длительность периода до проведения повторной проверки, касающейся правообладания; правила проведения повторной проверки, касающейся правообладания в течение периода, когда у истца есть право на получение выплат; механизм продления периода правообладания в отношении получения выплат.
2. Если будет принято решение, касающееся частичной оплаты с отказом, полученным в отношении части иска, связанной с затребованными суммами или с частью причин, которые были предъявлены, в день перечисления платежа истцу будет передано письменное уведомление, состоящее из двух частей, в соответствии с перечислением, приведенным далее:

Первая часть, где будут перечисляться составляющие данного платежа, который будет утвержден в соответствии со сказанным выше%

Вторая часть, где будут перечисляться доводы, касающиеся отказа в отношении части данного иска, как указано далее.

 - В любом случае, если будет принято решение о перечислении выплат по иску, не нужно будет отправлять документы, перечисленные в пункте Г выше, за исключением копии данного свода правил.
 - В любом случае, если речь идет об иске, разбирательство по которому происходит в суде, указания данного пункта будут распространяться (с обязывающими изменениями, в соответствии с обстоятельствами).
 - В любом случае, если стороны придут к соглашению в отношении оплаты в рамках компромиссного соглашения, компания «Харэль» будет освобождена от обязанности уведомления в соответствии с данным пунктом, начиная с этого дня.

G. Уведомление о достижении компромисса

1. Компания «Харэль» сделает истцу разумное компромиссное предложение в день подачи такого предложения.
 2. Если будет достигнуто соглашение об уплате в рамках компромисса, истцу будет передано компромиссное предложение в письменном виде, и ему будет предоставлено достаточное количество времени для изучения условий такового.
 3. Письменное компромиссное предложение будет включать в себя страховой случай; доводы, лежащие в основе данного компромисса; составляющие платежа, в отношении которых не существует разногласий, если таковые имеют место; сумму, оговоренную в данном компромиссе; сумму, подлежащую к оплате и разницу между суммой, установленной компромиссом и суммой, подлежащей к уплате, если имеет место такая разница.
 4. До тех пор, пока истцом не будет утверждено уведомление о компромиссе, оно не будет являться обязывающим для сторон.
- Указания данного пункта не будут распространяться на тот случай, когда истец будет представлен адвокатом, а также на случай, когда иск будет рассматриваться в суде.

H. Уведомление о продолжении или прекращении разбирательства

1. Если компании «Харэль» потребуются дополнительное время для проведения разбирательства по данному иску, письменное уведомление об этом будет передано истцу, и в нем будут перечислены причины, в соответствии с которыми потребовалось дополнительное время, как указано выше, а также дополнительная информация или документы, которые потребуются от истца для продолжения разбирательства по данному иску.
 2. Уведомление о продолжении разбирательства, как указано выше, будет передано истцу как минимум за девять дней (за исключением тех исков, в которых, в соответствии с Указом, уведомление, в соответствии с указанным выше, будет передаваться как минимум раз в полгода) и до отправки уведомления об оплате, о частичной оплате, уведомления об отклонении иска или о достижении компромисса, в соответствии с обстоятельствами дела, за исключением следующих случаев:
 - Если в уведомлении о продлении разбирательства будет указана дата проведения в будущем оценки ущерба, то не будет необходимости в отправке уведомления о продлении разбирательства до даты, упомянутой выше, и это только при условии, что уведомление о продолжении проведения разбирательства будет отправлено как минимум через год;
 - Если истец обратится в судебные инстанции;
 - Если истец не отреагирует после того, как ему будут направлены два последовательных уведомления о продлении разбирательства, включая требование о предоставлении информации или документов в целях проведения разбирательства, и это только при условии, что в последнем уведомлении, отправленном истцу, будет указано, что не будут отправляться дополнительные уведомления, если от него не будут получены необходимые документы или до получения иного ответа.
- Указания данного пункта не будут распространяться о на иски, которые будут рассматриваться в суде.

I. Уведомление об отклонении иска

Если будет принято решение об отклонении иска – полном или частичном, истцу будет передано письменное уведомление об этом. Доводы в пользу отклонения будут включать в себя также и условия данного полиса или устава, обусловленности или исключения, установленные в день присоединения или в день обновления данного страхового покрытия, либо указания закона, на которых основывается данное отклонение, и в соответствии с которыми данный иск отклоняется.

J. Уведомление о сроке давности иска

1. Любое уведомление о перечислении оплаты, уведомление об отклонении и первое уведомление о продлении сроков проведения разбирательства будет включать в себя особый абзац, где особым тиснением будет подчеркиваться срок давности в соответствии с соответствующими указаниями закона, а также будет упомянуто, что подача иска к компании «Харэль» не останавливает процесс устаревания, и что только подача иска в суд останавливает таковой.
 2. В дополнение ко всем другим уведомлениям, отправляемым истцу в отношении иска в течение года, предшествующего ожидаемой дате срока давности, данный иск будет включать в себя абзац, как указано выше, касающийся срока давности, и дату данного страхового случая, а также в нем будет отмечено, что процесс устаревания начнется с того дня, когда будет иметь место данный страховой случай.
 3. Если такой абзац, касающийся срока давности не будет включен в уведомление о перечислении оплаты, частичной оплаты, отклонения иска или в первое уведомление о продлении периода разбирательства, которое будет отправлено истцу не на протяжении года, предшествовавшего ожидаемой дате срока давности, будет считаться, что компания «Харэль» согласилась с тем, что период, находящийся между первой датой, в которую она должна была передать уведомление, включающее в себя абзац, касающийся срока давности, и периодом, когда фактически было предоставлено уведомление, содержащее абзац, касающийся срока давности – не будет включаться в срок давности (все это – только в отношении первого раза, когда уведомление не было передано, как положено).
 4. Если абзац, касающийся срока давности, не будет включен в уведомление об оплате, о частичной оплате, отклонении иска или в первое уведомление о продлении сроков разбирательства, которое будет отправлено истцу на протяжении года, предшествовавшего ожидаемой дате срока давности, будет считаться, что компания «Харэль» согласилась с тем, что период, находящийся между первой датой, в которую она должна была передать уведомление, включающее в себя абзац, касающийся срока давности, и периодом, когда фактически было предоставлено уведомление, содержащее абзац, касающийся срока давности – не будет включаться в срок давности (все это – только в отношении первого раза, когда уведомление не было передано, как положено, в течение года, предшествовавшего дате срока давности).
- Указания данного пункта не будут распространяться на иск, разбирательство в отношении которого проводится в суде.

K. Уведомление в отношении права на опротестование решения

Любое уведомление о перечислении оплаты, уведомление об отклонении будет включать в себя абзац, где особым тиснением будут отмечены следующие права истца:

1. Обжаловать решение, а также указывать, каким образом оно обжалуется, если это указано в полисе или в уставе, включая право истца на предоставление заключения специалиста, действующего от имени такового.
 2. Передавать свою жалобу лицу, назначенному ответственным за обращения в компании «Харэль», а также данные такового и то, каким образом можно к нему обратиться.
 3. Передавать свою жалобу в дополнительные организации, в том числе судебным инстанциям или лицу, назначенному ответственным за рынок капитала, страхование и сбережения в Министерстве финансов.
- Указания данного пункта не будут распространяться на иск, разбирательство по которому ведется в суде.

L. Повторная проверка правообладания

1. Когда компания «Харэль» предстает в качестве управляющей компании, желающей проверить заново наличие у истца права на получение периодических выплат, она будет действовать в соответствии с правилами, установленными для этого в уставе.
2. Когда компания «Харэль» предстает в качестве страховой компании, желающей заново проверить наличие у истца права на получение периодических выплат, она будет действовать в соответствии с разумными правилами, установленными таковой в отношении данного вопроса.
3. Правила для выполнения повторной проверки наличия у истца права на получение периодических выплат будут переданы истцу вместе с уведомлением о полной или частичной оплате, а также будут изложены на Интернет-сайте.
4. Если потребуется оплатить повторную проверку, о которой идет речь выше, истец не будет оплачивать таковую.
5. Если, в результате проведения повторной проверки, как указано выше, выяснится, что нужно уменьшить или прекратить периодические выплаты, перечисляемые истцу, это изменение будет выполняться в соответствии с правилами, установленными для этого в полисе или уставе, а в отсутствие установленных правил истцу будет передано как минимум уведомление о данном изменении как минимум за тридцать дней до наступления даты уменьшения или прекращения данных выплат, но не более, чем за 60 дней до наступления срока, указанного выше, и, в любом случае, не ранее, чем будут получены результаты проверки, которая будет выполнена, и которые покажут, что следует уменьшить или прекратить данные выплаты.
6. Уведомление об изменении будет включать в себя все доводы, представляющие собой основания для принятия данного решения об уменьшении или прекращении перечисления периодических выплат, и на него будут распространяться указания, касающиеся уведомления об отклонении и заключения специалиста, с внесением обязывающих изменений.
7. В любом случае, эти изменения будут внесены только после того, как истцу будет передано уведомление о намерении уменьшить или прекратить данные выплаты.
8. Во избежание возникновения сомнений, сказанное выше не означает уменьшения прав компании «Харэль» в отношении требования возврата сумм, которые были уплачены раньше срока внесения изменения, упомянутого выше.

M. Рассмотрение исков при помощи специалиста/эксперта

1. Если нужно будет воспользоваться для рассмотрения иска помощью специалиста, встречающегося с истцом или со специалистом, проверяющим имущество, о котором идет речь в данном иске, для того, чтобы оценить ущерб, причиненный таковому, в присутствии истца или в отсутствие такового, уведомление об этом будет передано истцу заранее, ему будет разъяснена функция данного специалиста в связи с рассмотрением иска, а также ему будет передано уведомление о наличии у него права быть представленным или консультироваться со специалистом, действующим от имени такового в процессе рассмотрения данного иска при помощи специалиста (все это – только если речь не идет о следователе, действующем в рамках тайного расследования).
2. Специалист, как указано выше, не будет отклонять иск полностью или частично, и будет предлагать компромиссное решение только в отношении размера причиненного ущерба, если речь не идет о работнике компании «Харэль», основным занятием которого является урегулирование исков.

N. Заключение специалиста/эксперта

1. Любые заключения специалистов, на которые будет опираться компания «Харэль» в целях урегулирования исков, будут оформляться профессиональным образом; они будут обоснованными и будут включать в себя имя, звание, профессиональное образование и должность данного специалиста, а также список всех документов, на которые опирался данный специалист при составлении своего заключения.
 2. В заключении специалиста, как указано выше, не будет напрямую идти речь о наличии у застрахованного права на получение страхового вознаграждения.
 3. Если компания «Харэль» будет опираться на заключение специалиста в рамках рассмотрения данного иска, данное заключение будет передано истцу в день передачи соответствующего уведомления, касающегося процесса разбирательства по данному иску и результатов такового или факта проведения повторной проверки наличия права. К заключению специалиста будет прилагаться список всех уведомлений и документов, которые будут переданы истцом компании «Харэль» или специалисту, действующему от имени таковой для составления данного заключения, а также все дополнительные документы, на который опирался специалист при составлении своего заключения (данные уведомления и документы, как указано выше, будут переданы истцу в соответствии с просьбой такового).
- Если речь идет о заключении специалиста, являющемся конфиденциальным в соответствии с законом, истцу будет передано письменное уведомление, включающее в себя разъяснение того, почему речь идет о конфиденциальном заключении.

О. Суброгация и права в отношении третьих сторон/лиц

1. Перед подачей иска против третьих лиц в силу права на суброгацию, письменное уведомление об этом будет передано застрахованному за разумное время.
2. Если в рамках иска о суброгации будет получен вердикт суда, арбитражного суда, либо будет подписано компромиссное соглашение, истцу будет передана копия данного вердикта или соглашения в течение четырнадцати рабочих дней, начиная со дня получения вердикта компанией «Харэль», или со дня подписания данного соглашения.
3. Если во время рассмотрения данного иска окажется, что у истца могут быть права в отношении третьих лиц, реализации которых может потребовать компания «Харэль» в силу права суброгации, на это будет указываться застрахованному во всех уведомлениях, касающихся процесса рассмотрения иска и результатов такового, либо в уведомлении о проведении повторной проверки для выяснения наличия права.
4. Сказанное в этом абзаце не является обязывающим для компании «Харэль» в отношении представления интересов застрахованного или наложения на него обязательства, касающегося получения консультации.

Р. Иски, поданные третьими лицами

1. В любом случае, если компанией «Харэль» будет получено обращение истца (являющегося третьим лицом) в отношении получения информации о существовании страхового полиса, касающегося ответственности определенного человека вследствие определенного случая, информация, относящаяся к данному вопросу, будет передана истцу в течение четырнадцати рабочих дней, начиная со дня получения данного требования от истца.
2. В любом случае, когда истец потребует уплаты страхового вознаграждения, уведомление об этом будет передано истцу в течение семи рабочих дней, начиная со дня получения требования о том, что, если не сообщит таковой о несогласии с выплатой компенсации в течение тридцати дней, третьим лицам будет выплачено страховое вознаграждение, которое компания «Харэль» должна уплатить застрахованному, если она должна будет уплатить таковое.
3. Компания «Харэль» будет предпринимать шаги для выяснения размера своей задолженности в отношении застрахованного в соответствии с периодами и сроками, указанными в данном своде правил.
4. Если компания «Харэль» обнаружит, что у нее существует задолженность в отношении застрахованного, а застрахованный не обжалует перечисление выплат, упомянутых выше, в течение вышеуказанных тридцати дней, как в случае, если он сообщит о том, что обжалует или что согласен, так и если он вообще не ответит компании «Харэль», застрахованному будет выплачено страховое вознаграждение, которое компания «Харэль» должна уплатить застрахованному.
 - Указания данного пункта не будут распространяться на иски, поданные в соответствии с Указом.

Q. Предоставление ответов и обработка обращений от граждан

Компания «Харэль» будет предоставлять письменные ответы на любые письменные обращения клиентов; как на те, которые будут отправлены уполномоченному по приему обращений, так и на те, которые направлены другим организациям или лицам, относящимся к компании «Харэль», в течение разумного периода, в соответствии с обстоятельствами дела, и, в любом случае, не позднее, чем в течение 30-ти дней, начиная со дня получения данного обращения. А в том, что касается пожилых граждан – не позднее, чем в течение 21-ого дня, начиная со дня получения обращения.

R. Предоставление копий документов

1. Компания «Харэль» передаст истцу, по просьбе такового, копию данного полиса или иска в течение четырнадцати рабочих дней, начиная со дня получения этой просьбы.
2. Несмотря на сказанное выше, можно перенаправить истца, являющегося третьим лицом в том, что касается страховании ответственности, к тексту данного полиса, размещенному на Интернет-сайте.
3. Компания «Харэль» передаст истцу, по просьбе такового, копии всех документов, подписанных истцом; всех документов, переданных таковому истцом, либо всех документов, полученных таковым в силу согласия, предоставленного истцом, в течение двадцати одного рабочего дня, начиная со дня получения этой просьбы.

Таблица дат и периодов, установленных в циркуляре «Удовлетворение исков и обработка обращений»

Пункт в циркуляре	Операция	Дата или период, указанные в циркуляре
8(а)(6)	Требование о получении дополнительной информации и документов	14 рабочих дней, начиная со дня, когда была обнаружена потребность в таковых
8(б)	Передача уведомления о процессе рассмотрения иска и о результатах такового	30 дней, начиная со дня, когда была получена вся информация и все документы, которые должен был предоставить истец.
8(е)(3)	Передача уведомления о продолжении рассмотрения	90 дней, начиная со дня передачи уведомления в соответствии с пунктом 8(б).
8(и)(6)	Передача уведомления о внесении изменений в отношении уменьшения периодических выплат или прекращения таковых	За 30-60 дней до наступления даты уменьшения или прекращения выплат.
8(м)(2)	Передача копии вердикта суда или соглашения	14 рабочих дней, начиная со дня получения вердикта суда компанией, либо со дня подписания данного соглашения.
8(н)(1)	Передача информации, касающейся существования полиса	14 рабочих дней, начиная со дня получения требования о предоставлении информации.
8(н)(2)	Уведомление застрахованного о требовании выплаты страхового вознаграждения третьим лицам	7 рабочих дней, начиная со дня получения требования.
8(о)	Письменный ответ на обращение, полученную от граждан	30 дней, начиная со дня получения письменного обращения. В отношении пожилых граждан – не позднее, чем через 21 день после получения жалобы.
8(п)(1)	Передача копий полиса или устава	14 рабочих дней, начиная со дня получения просьбы.
8(п)(3)	Передача копий всех документов, подписанных истцом	21 рабочий день, начиная со дня получения просьбы.

Дополнение к своду правил для рассмотрения и урегулирования исков, а также для обработки обращений

Данный бланк предназначен как для мужчин, так и для женщин.

Правила для выполнения повторной проверки наличия прав

1. Иск за утвержденный период, превышающий 3 месяца

- A. Одобрение периодического иска, касающегося дополнительных установленных периодов, сверх утвержденного периода, потребует, после завершения данного периода, одобренного для перечисления выплат, повторной проверки состояния застрахованного с медицинской и функциональной точек зрения.
- B. Во время выполнения повторной проверки задолженности и того, каким образом она будет оплачена, будет учитываться, среди всего прочего, медицинское состояние застрахованного, его возраст; информация, переданная таковой компании и условия полиса.
- C. Повторная проверка наличия права, возможно, будет выполнена, среди всего прочего, в соответствии с состоянием застрахованного и его возрастом, посредством проверки уточненных медицинских документов, касающихся медицинского или функционального состояния застрахованного, либо посредством проверки застрахованного, которая будет выполнена соответствующими профессионалами, действующими от имени компании «Харэль».
- D. Ближе к концу периода правообладания компания «Харэль» обратится к вам для того, чтобы выполнить повторную проверку, касающуюся правообладания. В рамках данного обращения, возможно, вас попросят передать компании «Харэль» уточненные медицинские документы или согласовать проверку, целью которой будет уточненная оценка вашего функционального и медицинского состояния, в сроки, указанные в данном обращении.
- E. Если данные документы не будут переданы в те сроки, в которые вас попросят их передать, и/или если вы откажетесь сотрудничать в том, что касается выполнения данной повторной проверки, касающейся наличия права, проводимой соответствующими профессионалами, установленные для этого компанией «Харэль», это может привести к прекращению выплат страхового вознаграждения, либо к задержке таковых.
- F. Компания «Харэль» оставляет за собой право на повторное проведение проверки, касающееся наличия права, если это понадобится, и в тех случаях, когда будет подтверждено наличие у застрахованного права в течение заранее определенного периода, и в течение такового компанией «Харэль» будет получена информация, отличающаяся от той, которая была передана застрахованным/или была известна компании «Харэль» и из которой следует, что, возможно, застрахованный утратил право на получение страхового вознаграждения.

2. Иск, утвержденный на период, продолжительностью до 3х месяцев

- A. Утверждение периодического иска на дополнительные установленные периоды, сверх утвержденного, требует после завершения данного периода, утвержденного для перечисления выплат, повторной проверки состояния застрахованного с медицинской и функциональной точки зрения.
- B. Во время выполнения повторной проверки, касающейся задолженности и того, каким образом она будет выплачиваться, будет учитываться, кроме всего прочего, медицинское состояние застрахованного, его возраст; информация, переданная им компании и условия данного полиса.
- C. Во время выполнения повторной проверки, которая, возможно, будет проведена, кроме всего прочего, в соответствии с состоянием застрахованного и его возрастом, посредством изучения уточненных медицинских документов, касающихся его медицинского или функционального состояния, либо посредством выполнения проверки застрахованного посредством соответствующих профессионалов, действующих от имени компании «Харэль».
- D. Если вы сочтете, что ближе к концу периода, в отношении которого будет утвержден ваш иск, что с учетом вашего медицинского и функционального состояния можно, в соответствии с условиями данного полиса, находящегося в вашем распоряжении, утвердить данный иск в отношении дополнительных периодов, вы должны будете передать компании «Харэль» ближе к концу периода, в отношении которого был утвержден ваш иск, уточненную и подробную медицинскую информацию, касающуюся вашего состояния на тот момент.
- E. Компания «Харэль» выяснит, какова ее задолженность в соответствии с медицинской информацией, которую вы передадите таковой, и, если это будет нужно, вам будет выполнена проверка посредством профессионала, действующего от имени компании.