

### ماذا يجب أن أفعل؟

قبل تقديم الدعوى، نطلب منك التأكّد من وجود بوليصة لديك التي تمنحك تغطية رعاية تمرّضية.

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

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

■ تقديم دعوى عبر الإنترنت في المنطقة الشخصية في موقع هارئيل

■ عنوان البريد الإلكتروني: tvsiud@harel-ins.co.il

■ فاكس: 03-7348597

■ الرقم لإرسال رسالة نصية: 052-3240345

■ لإرسال بريد: هارئيل شركة تأمين م.ض، قسم دعاوى الرعاية التمرّضية، أبا هيلل 3، ص.ب. 10952، بيت هارئيل رمات غان، الرمز البريدي 5252202

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

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

1. استمارة الدعوى بما في ذلك تفاصيل شخصية، طرق الاتصال، تعيين جهة التواصل نيابة عنك به فيما يتعلق بالدعوى، تفصيل حول التاريخ الطبي وتفاصيل الحادث الذي بسببه تم تقديم الدعوى.

\* في تفاصيل جهة التواصل نيابة عنك - يمكن تعيين أكثر من شخص واحد. انتبه أن جهة التواصل نيابة عنك هي ليست وكيلًا أو وصيًّا من الناحية القانونية، وستستخدم كعنوان إضافي للتواصل مع الشخص المؤمن، للحصول على تقديم معلومات تتعلق بالدعوى ويعالجتها. الشخص المؤمن الذي يرغب أن يتم استخدام جهة التواصل نيابة عنه كوكيل، عليه إرسال توكييل موقع أو أمر تعيين وصي من قبل المحكمة.

في حالة تعيين وصي أو تفعيل وكيل بشكل مستمر وأو في حالة وجود توكييل موثق من قبل كاتب عدل يجب إرفاق جميع المستندات ذات الصلة.

2. استبيان تقييم يوضح حالتك الوظيفية / الإدارية.

3. استمارة تنازل عن السرية - حتى نتمكن من العمل نيابة عنك للحصول على مستندات طبية ومستندات أخرى، يجب عليك التوقيع على استمارة تنازل عن السرية، التي تشمل مصادقة على التوقيع، التي تؤكّد أن التوقيع لك. تم بناء هذه الاستمارة والمصادقة عليها من قبل معظم الجهات في قطاع الاقتصاد، لذلك فإن تعبئتها بشكل جزئي سيؤدي إلى تأخير مدة معاييرها وطلبنا مرة أخرى بإعادة تعبئة الاستمارة بشكل سليم. يجب اتباع التعليمات الموجودة في الاستمارة نفسها.

4. كما ونطلب منك إرفاق صورة عن شيك ملغى أو مصادقة على إدارة حساب مصرفي على اسم الشخص المؤمن أو وكيله من أجل إجراء تحويل مصرفي لمستحقات التأمين في حال تبيّن أنك مستحق لذلك.

5. الموافقة على تلقي خدمات رعاية تمرّضية خلال معظم ساعات اليوم - في حالة كنت مؤمّنًا في إطار بوليصة "رعاية تمرّضية موشّل بلوس" لأعضاء خدمات صندوق المرضى كلايلت وأنت تمكّن في البيت، وفي حالة حدثت حالة التأمين في 01/01/2025 وما بعد، يجب عليك تقديم مصادقة خطية على أنك تستعين بعلاج شخصي من أجل الحصول على خدمات رعاية تمرّضية خلال معظم ساعات اليوم. ولهذا الهدف نطلب منك إرفاق واحدة من المستندات التالية:

(1) تصريح لتوظيف عامل أجنبي ومصادقة على موضوع توظيف العامل الأجنبي في منزلك لغرض تقديم خدمات رعاية تمرّضية. يجب عليك أن توضح بشكل مفصل في المستند على أن العامل الأجنبي يمكّن في بيتك خلال معظم ساعات اليوم (أي أكثر من 12 ساعة في اليوم)، أو:

(2) تصريح من أحد أفراد العائلة / معالج آخر الذي يؤكد على أنه ينح الشخص المؤمن علاجيًّا شخصيًّا خلال معظم ساعات اليوم.

نص الموافقة/التصريح مرفق إلى استمارة الدعوى هذه.

6. بالنسبة للشخص المؤمن ضمن رعاية تمرّضية الذي يمكّن في مؤسسة رعاية تمرّضية، وإذا كانت الإقامة في مؤسسة الرعاية التمرّضية تؤثّر على مبلغ التعويض في البوليصة، يجب تقديم إيداعات جارية شهريًّا تلو الآخر فيما يتعلق بالدفع فعلياً للمؤسسة من أجل استيفاء الاستحقاق. حتى موعد تقديم الإيداعات كما هو مذكور أعلاه، سيتم دفع التعويض بحسب إقامة الشخص المؤمن في منزله. في حالة تقديم الإيداعات بأثر رجعي، سيتم إجراء ملائمة مبلغ التعويض عن الفترة التي أقام فيها الشخص المؤمن فعلياً في مؤسسة ومع خصم للمبالغ التي دفعت، ويكون كل ذلك خاضعاً لشروط البوليصة.

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

### ماذا سيحصل فيما بعد؟

سيتصل بك مندوب شخصي من طرفنا/ بشخص نيابة عنك.

سيتم إرسال رسالة إليك بخصوص أي تحديث في حالة الدعوى.

كما ويمكن التأكّد من وصول المستندات عبر البريد الإلكتروني أو عبر الفاكس.

### إذا كان كل شيء واضحًا وسلامًا

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



إذا كانت هناك حاجة لأي توضيحات أو فحص معنٍ من طرفنا

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

## إصدار قرار بخصوص الدعوى

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

## أوقات معالجة الدعوى

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

يمكن العثور على معلومات عن أوقات علاج إضافية في منشور تسوية الدعاوى ومعالجة توجهات الجمهور" كما هي مسجلة في "نظام القواعد لتوضيح تسوية الدعاوى ومعالجة توجهات الجمهور".

انتبه

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

باحتراهم،  
قسم دعاوى رعاية تمريضية  
هارئيل شركة للتأمين م.ض.

قسم دعاءى لتأميمات الحياة، رعاية مهنية وحوادث شخصية، شارع أبا هيلل 3، ص.ب. 10952، رمات غان، الرمز البريدي 52522202، رقم الرسالة النصية (SMS) 052-3240345، رقم الفاكس: 03-7348597، عنوان البريد الإلكتروني: tvsiud@harel-ins.co.il

حضره المؤمن المحترم،

مساعدتنا على العناية بطلبك وتلقي خدمة سريعة ومفيدة، سنكون شاكرين لك على تعبئة معظم التفاصيل في استمارات الطلب. إذا كان المؤمن قاصرًا، ينبع أن يقوم أحد والديه بتعبئة الاستمارة، لكن يجب أن يوقع عليها كلا الوالدين.

هذه الاستمارة لا تعتبر اعتراضاً يحق للمؤمن بيقض أي دفعه.

هذه الاستمارة لا تعتبر اعترافاً بحق المؤمن بقبض أي دفعة.

رد آلي على مدي 24 ساعة لفحص استلام المستندات: 870-700-1700. توفر الخدمة بعد مرور 24 ساعة من إرسال هذه الاستمارة بالبريد الإلكتروني وبالفاكس.

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

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الهوية	صلة القرابة بالمؤمن
هاتف في البيت	هاتف محمول	عنوان البريد الإلكتروني، انتبه، للحصول على حلتة عبر البريد الإلكتروني، يجب عليك تسجيل رقم هاتفك النقال من أجل الحصول على كلمة مرور	
الشارع	رقم البيت	الحي	الرمز البريدي      البلد
<p>سيتم إرسال جميع الرسائل المتعلقة بدعوتك إليك، إلى رقم هاتفك النقال وأو لرقم جهة التواصل نيابة عنك (في حال كنت قد قدمت تفاصيل هذه الجهة). إذا كنت ترغب أن يتم إرسال هذه الرسائل إلى بريدك الإلكتروني وأو إلى بريد جهة التواصل، يرجى تعبيئة تفاصيل البريد الإلكتروني. بدلا من ذلك، إذا كنت ترغب أن تحصل على هذه الرسائل عبر بريد إسرائيل، يُرجى وضع إشارة هنا:</p> <input checked="" type="checkbox"/> بريد إسرائيل			

الاسم واسم العائلة	التاريخ	بيان الوكيل لمعالجة الدعوى
أنا أفوض بهذا لوكيل التأمين الخاص بي في البوليسة السيد /.....	..... التعامل ومعالجة، باسمي وبالنيابة عنِي، كل ما يتعلق بهذه الدعوى وهذا يشمل التقديم لـ "هارئيل" والحصول من "هارئيل" باسمي ونيابة عنِي جميع المراسلات وأ/أ المستندات التي تتعلق بالدعوى، بما في ذلك تفصيل البوليسات التي أنا مُؤمن بموجبها في هارئيل، والتي ليست بالضرورة هي بوليصات التي بها وكيل التأمين الذي أوكله هنا بموافقتِي هذه، هو نفسه وكيل التأمين الذي يهتم ويعمل نيابة عنِي في كل ما يتعلق بهذه الدعوى.	د

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



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

اسم الشخص المؤمن:

رقم الهوية:

٢٦

تفاصيل الحدث - تسلسل مفصل للمرض مع ذكر تواريخ العلاج / دخول المستشفى  
يمكنك إرفاق مستندات إضافية بما في ذلك مصادقات من هيئات مؤسستانية أخرى مثل التأمين الوطني.

---

---

---

---

---

---

ز تفاصيل المتعامل (٠١٠١/٢٠٢٥ من تاريخ البدء وما بعده) في بولصة رعاية تم بضمه موشام لأعضاء خدمات الصحة كلاست ابتداءً من ٠١/٠١/٢٠٢٥ وما بعده)

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الهوية	القراة من الشخص المؤمن
هاتف البيت	الهاتف النقال		
الشارع	رقم البيت	الحي	البلدة
الرمز البريدي			

الوطني التأمين فحص ح

إذا أحررت لك مؤسسة التأمين الوطنى، تقسم تعبة (اعتماد) لتحديد الاستحقاق للعامة التبرعية، الرجاء وضع اشارة هنا  نعم

۶

رجاءً تسجيل أسماء أطباء العائلة والأطباء المهنئين / الأخصائيين الذي قاموا بعلاحك حالاً وفي الماضي

اسم الطبيب المعالج	الفرع	اسم صندوق المرضي
اسم الطبيب	مجال التخصص	اسم العيادة
اسم الطبيب	مجال التخصص	اسم العيادة

يـ إـ رـاجـأـ تـسـجـيلـ أـسـمـاءـ الـمـسـتـشـفـاتـ،ـ أـقـسـامـ وـعـيـادـاتـ الـمـسـتـشـفـاتـ الـتـيـ خـضـعـتـ فـيـهاـ لـعـلاـجـ

المستشفى	القسم / العيادة	نواريخ المكوث في المستشفى
المستشفى	القسم / العيادة	نواريخ المكوث في المستشفى

**ك** قافية عيادات ذاكرة، مؤسسات، عيادات ولدوعي قاصر: قافية المدارس، فروع رعاية الأم والطفل، التي زارها الشخص المؤمن

تود أن نذكر، من أجل تحسين التعامل والاهتمام بالدعوى، إذا كان بحوزتك مستندات طبية، رأي طبيب أخصائي بما في ذلك أخصائي مسالك بولية / أخصائي القولون والمستقيم / أخصائي الجهاز الهضمي، تقارير مكتوب في المستشفى أو خروج من المستشفى، نتائج فحوصات، تشخيصات ومستندات مصادقة التي تشير إلى حالتك الوظيفية أو الإدارية، يمكنك إرسال هذه المستندات إلى:

دائرة الدعاوى لتأمينات الحياة، الرعاية التمريضية والحوادث الشخصية، شارع أبا هيلل 3، ص.ب. 10952، رمات غان، الرمز البريدي 52522202

رقم الرسائل النصية (SMS) 052-3240345، رقم الفاكس: 03-7348597، عنوان البريد الإلكتروني: tvsiud@harel-ins.co.il

اسم الشخص المؤمن: .....

رقم الهوية: .....

ل في حالة الموافقة على دعوتك، سنطلب منك تسجيل تفاصيل حسابك المصرفي في إسرائيل للتحويل المصرفي  
يجب إرفاق صورة عن شيك ملغى أو مصادقة على إدارة حساب مصرفي على اسم الشخص المؤمن  
\*\*في حالة عدم وجود حساب بنك في إسرائيل للشخص المؤمن، يجب فتح حساب بنك في إسرائيل. لا يمكن تحويل المبلغ إلى حساب بنك في خارج البلاد

البنك:	اسم الفرع: ..... رقم الحساب: .....	
الدفع في دعوى قاصر: نحن الموقعون أدناه، والذي القاصر نطلب تحويل مستحقات التأمين مقابل الدعوى رقم ..... إلى حساب البنك المشترك على اسمنا ..... أو بدلًا من ذلك لحساب الأم أو الأب الذي رقمه ..... على اسم ..... (يجب إرفاق صورة عن شيك ملغى أو مصادقة على إدارة حساب مصرفي) أو بدلًا من ذلك إصدار شيك على اسم الأم أو الأب (يجب إرفاق بطاقة الهوية لكلا الوالدين). بتوسيعنا على هذا المستند، فإننا نؤكد أنه عند استلام مستحقات التأمين كما هو مطلوب أعلاه لن يكون لنا وأو من ينوب عننا أي دعوى وأو ادعاء من أي نوع تجاه هارئيل شركة للتأمين م.ض. وأو من ينوب عنها فيما يتعلق بتنفيذ الدفع مقابل هذه الدعوى.		
اسم الوالدة	رقم الهوية	التواقيع
اسم الوالد	رقم الهوية	التواقيع

## بوليصة تحويل:

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

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

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

## إرسال إعلانات

م

### أ. إشعار بالحصول على إعلانات من الشركة:

التفاصيل التي قدمتها سينتم استخدامها لغرض إرسال إعلانات من الشركة عن طريق البريد الإلكتروني، نظام اتصال أوتوماتيكي أو رسالة نصية (sms). بإمكانك رفض الحصول على هذه الإعلانات في كل حين عن طريق: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; على الرقم 2735\*؛ بواسطة رمز QR: 

### ب. الموافقة على الحصول على إعلانات إضافية:

□ بالإضافة إلى الإعلانات التي يحق للشركة إرسالها لي وفقًا للبلاغ الذي أرسل لي أعلاه، أنا أرغب بالحصول أيضًا على إعلانات عن خدمات ومنتجات من كافة الشركات في مجموعة هارئيل، شركاؤها التجاريين وجهات ثالثة عن طريق البريد الإلكتروني، نظام اتصال أوتوماتيكي أو رسالة نصية (SMS).  
\*مجموعة هارئيل - هارئيل للاستثمار في التأمين والخدمات المالية م.ض. وشركات تابعة لها.

انتبه، عدم وضع إشارة في الخانة لا يُعد رفقًا لتلقي إعلانات الشركة (كما هو موضح في القسم "أ" أعلاه) ولا يُلغى موافقة سابقة. يمكنك إلغاء موافقتك في كل حين.

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

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

في بوليصة "رعاية تمريرية موشام بلوس" لأعضاء خدمات الصحة كلاليت - فترة التقادم لتقديم الدعوى هي ثلاثة سنوات منذ حصول الحالة التأمينية.

لعلك، في دعوى الرعاية التمريرية، الحالة التأمينية تحدث كل يوم ولذلك فإن حساب فترة التقادم يبدأ تعداده كل يوم نسبة لنفس اليوم طالما حالة التأمين مستمرة.

بشكل عام، تقديم دعوى إلى هيئة مؤسساتية لا يؤدي إلى إيقاف مسار التقادم، لكن فقط تقديم دعوى للمحكمة من شأنه أن يوقف مسار التقادم.

إذا كانت هذه الدعوى تخص قاصر، فإن حساب فترة التقادم لن يشمل الفترة التي لم يبلغ فيها المدعى ثمانية عشر عاماً.

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

## خصوصية

س

تقوم شركة هارئيل للتأمين م.ض. وهارئيل للتقاعد والتوفير م.ض. [هارئيل] بجمع معلومات لغرض إضافة منتجات، تقديم خدمات، تشغيل وإدارة المنتجات، معالجة الدعاوى، المدفوعات والإجراءات، إدارة وتحسين الأعمال والخدمات التي تقدمها هارئيل، الامتثال لأحكان القانون، ملائمة وعرض منتجات وخدمات بناءً على مميزات وخصائص شخصية لأهداف مشروعة أخرى. بشكل عام لا يوجد التزام قانوني بتقديم معلومات، لكن اختيار الشخص عدم تقديم معلومات سيؤدي إلى عدم قدرتنا على فحص الطلب وتزويد الخدمة. يتم تحويل المعلومات إلى وكيل التأمين (إن كان موجوداً) لغرض معالجة الطلبات ومعالجة كل ما يتعلق بإدارة وتشغيل منتجات وخدمات، ويتم تحويلها أيضاً إلى موردين وجهات خارجية أخرى التي يحق لها استلامها، فيما يتعلق بهذه الأهداف.

تفاصيل إضافية بهذا الخصوص متوفرة في سياسة الخصوصية على موقع هارئيل التي تشمل كذلك طرق التواصل مع المسؤول عن حماية الخصوصية في هارئيل، ومعلومات عن الحق في المراجعة والتصحيح وكذلك إلغاء المشاركة بالبريد المباشر عبر الرابط: <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

## تصريح الشخص المؤمن و/أو وكيله

ش

أنا الموقّع أدناه أصرّح بهذا بأنّ جميع الإجابات المذكورة أعلاه وأدناه هي إجابات صحيحة و كاملة وأنا أصادق على تسليم أيّ نوع من المعلومات للشخص المعين للتواصل المذكورة تفاصيله أعلاه.

التوقيع



الاسم + واسم العائلة

التاريخ

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

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

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

د	توقيع الشخص المؤمن	
	الاسم الشخصي + اسم العائلة	توقيع الشخص المؤمن

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

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



بالإضافة للمذكور أعلاه، نحن نصرّح بأنَّ جمع المواد قد تم مصلحة الشخص الخاضع للحماية:

اسم شاهد موثوق على التوقيع \* +  
ختم مع رقم الرخصة

رقم هوية الشاهد على التوقيع

اسم الشاهد على التوقيع

تاريخ تعبئة الاستمارة

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

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

1. أنا أعمل كمقدم رعاية مهنية رقم الهوية ..... [فما يلي: "المتعالج"] وأساعدك في العلاج الشخصي

..... والتمريضي خلال معظم ساعات اليوم (أكثر من 21 ساعة) ابتداءً من تاريخ.....

2. أنا أسكن/لا أسكن مع المُتعالج. [يجب إحاطة الصحيح]

3. أعلم أن هذه المصادقة أعطيت من قبلي بهدف تقديم دعوى رعاية تمريضية لشركة التأمين وبأن شركة التأمين تعتمد عليها لاتخاذ قرار بشأن الدعوى ودفع مستحقات التأمين، بكل ما ينطوي على ذلك.

4. أصرّح بهذا بأنّ هذا هو اسمي، وهذا هو توقيعي وبأنّ محتوى تصريحي صحيح.

## التحق

التاريخ

يحب ارافق تصميم بع عمل لعامل أحنب، + اتفاقية توظيف مع مكتب مخصوص لاستئناف توظيف ورعاة العمال الأجانب.

- أنا الموقّع أدناه ..... رقم الهوية ..... من شارع ..... (العنوان الكامل)، بعد أن تمّ تحذيري بأنه يجب أن أقول الحقيقة وأنني سأكون معرضاً/معرضة للعقوبات المنصوص عليها في القانون إذا لم أفعل ذلك، أنا أصرّح بهذا خطياً ما يلي:
1. ابتداءً من تاريخ ..... أنا أقدم الرعاية لـ [الاسم] ..... رقم الهوية ..... [فيما يلي: "المُعالج"] وأساعده في العلاج الشخصي والتمريضي خلال معظم ساعات اليوم (أكثر من 21 ساعة) ..... قرابتني للمُعالج: .....
2. أنا أسكن/لا أسكن مع المُعالج. [يجب إجابة الصحيح]  
\*يجب إرفاق صورة عن بطاقة الهوية وملحق مقدم الرعاية.
3. أنا أتعهد بإبلاغ هارئيل شركة للتأمين م.ض. خطياً في حالة حدوث تغير في الحقائق المُصرّح عنها في هذا التصريح.
4. أعلم أن هذه التصريح أعطي لدعم دعوى الرعاية التمريضية الخاصة بالمعالج بوجوب بوليصة رعاية تمريضية لأعضاء كلاليت موشالم، التي قدمها الشخص المُعالج في إطار دعوى رعاية تمريضية لهارئيل شركة للتأمين م.ض.، كمشغلة البوليسنة؛ وبأنه يحق لهارئيل التحقق من صحة المعلومات في إطار هذا التصريح. كما وعلمنا لي بأن تقديم تصريح كاذب في هذا الموضوع، قد يشكل مساعدة في ارتكاب جريمة احتيال في دعوى للمطالبة بمستحقات التأمين، بكل ما ينطوي على ذلك.
5. أصرّح بهذا بأن هذا هو اسمي، وهذا هو توقيعي وبأن محتوي تصريحي صحيح.

التوقيع

التاريخ

حضر إلى مكتبي

أنا الموقّع/ة أدناه المحامي/ة، أصرّح بهذا أنه في تاريخ

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

المحامي



dt30960

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

أ. محدودية (إعاقة) وظيفية - حالة الشخص المؤمن الصحيّة وأداءه الوظيفي منخفضين نتيجة مرض، حادثة أو خلل صحيّ، الذي يسبّبه هو غير قادر على القيام بجزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) بقوّاه الذاتيّة، على الأقل عدد معين المحدد في البولصة من الفعاليّات التالية:

١. القيام والاستلقاء - القدرة المستقلة لدى الشخص المؤمن بالانتقال من وضعية استلقاء إلى وضعية جلوس وأو القيام من كرسي، بما في ذلك فعل ذلك من كرسي متحرك وأو من سرير.

2. ارتداء وخلع الملابس - القدرة المستقلة لدى الشخص المؤمن بارتداء قطع لباس من كل نوع وأو خلعها، بما في ذلك ربطة أو وضع حزام طبي أو طرف اصطناعي. في بوليسة "رعاية تمريضية موشّل" لأعضاء خدمات الصحة كالليت وعندما تكون الحالة التأمينية قد حدثت من 01/01/2025 وما بعد، قدرة الشخص المؤمن على ارتداء الملابس بشكل مستقل مع ملابس ملائمة وأو بواسطة مساعدة بأداة معينة للقيام بذلك - لن تتحسب كحالة مستحقة للتأمين.

3. الاستحمام - القدرة المستقلة لدى الشخص المُؤمن بالاستحمام في حوض الاستحمام، أو تحت الدش أو بأي طريقة أخرى مقبولة، بما في ذلك الدخول إلى حوض الاستحمام أو إلى الدش والخروج منها.

في بوليسية "رعاية هرميسية موشلام" لأعضاء خدمات الصحة كلايلت وعندما تكون الحالة التأمينية قد حدثت من 01/01/2025 وما بعد، لن يتم فحص فعالية الدخول إلى حوض الاستحمام أو الماء الدش، والخروج منهما. وكذلك، الاستعانتة بأداة معينة للقيام بذلك - لـ: تحتسب كحالة مستحقة للتأمين.

4. الأكل والشرب - القدرة المستقلة لدى الشخص المُؤمن بإطعام جسده بكل طريقة أو وسيلة (ما في ذلك الشرب وليس الأكل بواسطة قش)، بعد أن تم تحضير الطعام وتقديمه له.

5. التحكم بالعضلة العاصرة - القدرة المستقلة لدى الشخص المُؤمن بالتحكم على فعالية ونشاط الأمعاء وأو فعالية التبول. عدم التحكم في واحدة من هذه الفعاليات الذي معناه على سبيل المثال استعمال دائم بالفترة (stoma) أو قسطرة للمثانة أو أي وسائل مماثلة أخرى، تعتبر كعدم مقدرة على التحكم بالعضلة العاصرة.

6. التنقل - القدرة لدى الشخص المؤمن بالتنقل من مكان إلى آخر. القيام بذلك بشكل مستقل بدون مساعدة شخص آخر مع الاستعانة بعكازات و/أو عصا و/أو جهاز تنقل (اللوكال) وأو أي وسيلة أخرى، بما في ذلك وسائل ميكانيكية، حركية أو إلكترونية، لن تعتبر كاصابة في مقدرة المؤمن المستقلة على التحرك. ولكن البقاء في السرير أو في الكرسي المتحرك، دون القدرة على تحريكه من قبل الشخص المؤمن، يعتبر كعدم مقدرة الشخص المؤمن على التنقل. ينبغي التنويه إلى أنه في بوليسية الرعاية التمريضية مولشم لأعضاء صندوق المرضى كلايلت، عدم مقدرة الشخص المؤمن على التحرك دون كرسي متتحرك سيعتبر كعدم مقدرته على التحرك بشكل مستقل؛ ولكن إذا كان المؤمن بدون مقدرة على التحرك دون كرسي متتحرك ولكن مع مقدرة على التحرك بشكل مستقل مع كرسي متتحرك من مكان إلى آخر خلال فترة التأمين التي انتهت قبل تاريخ 1 موز 2017، وخلال فترة التأمين الحالية تغيرت مقدرته المستقلة بحيث لم يعد قادرًا على التحرك بصورة مستقلة مع كرسي متتحرك، سيعتبر على أنه شخص مؤمن غير قادر على التنقل بصورة مستقلة من التاريخ الذي تغير فيه مقدرته المستقلة كما ذكر أعلاه.

بـ. **إعياء نفسي (خرف)** - حالة الشخص المُؤمن الصحيحة وأداءه الوظيفي منخفضين نتيجة "إعياء نفسي" الذي تم تحديده من قبل طبيب مختص في هذا المجال. لهذا الغرض، "إعياء نفسي" - إصابة في الفعالية الإدراكية المعرفية لدى الشخص المُؤمن وانخفاض في قدرته الذهنية، التي تشمل خلل في الفطنة والقدرة على الحكم، تراجع في الذاكرة للمدى الطويل و/أو القصير وانعدام القدرة على التواجد في المكان والزمان الأمر الذي يتطلب مراقبة غالبية ساعات النهار بحسب ما يحدده طبيب أخصائي في هذا المجال، والسبب لذلك هو حالة صحة مثاب: الذهاب، أو أشكال مختلفة من الخرف.

كيف يتم تحديد الاستحقاق للحصول على مُخصصات رعاية تمريرية؟

يتم النظر في استحقاق الحصول على مجمل المعلومات الطبية المتعلقة بالمؤمن، ومن جملتها مستندات وتقارير طبية ومعلومات عن أمراض قائمة وعلاجات دوائية تلقاها أو تلقاها المأمن، سابقًا، ومعلمات عن دخله المستشفى، وما إلى ذلك.

وبالإضافة لذلك وفي قسم كبير من الحالات يتم إجراء تقييم وظيفي للمؤمن (فحوصات بدنية/عقلية) بواسطة شخص مهني من طرف هرئيل، بحيث يكون من جملة اختصاصاته العمل في مجال التقييمات الوظائفية وأو العقلية. يتم هذا الفحص الذي يجريه الخبر بالتنسيق مع أفراد أسرة المؤمن أو بالتنسيق مع الأشخاص الذين يعملون حلقة وصل للمؤمن. وفي نطاق هذا التقييم يتم فحص القدرة الوظائفية وأو العقلية للمرضى في البيت أو في إطار شبيه (مثلاً: مؤسسة مكث فيها المؤمن) وليس خارج البيت.

وخلال التقسيم الوظيفي يفحص الخبر معايير مثل المعايير المشمولة في الاستئمارة المرفقة. الجدير ذكره أن هذه المعايير ترد هنا كامثلة فقط وقد تتغير من حين لآخر.

القواعد والاختيارات لتحديد الاستحقاق للحصول على مُخصصات رعاية تمريضية

١. محدودية (إعاقة) وظيفية  
في إطار الفحص فيما إذا كانت حالة الشخص المؤمن منحه الاستحقاق، وفقاً لشروط وأحكام البوليسية، بالحصول على مخصوصات رعاية قمريضية، بسبب إعاقة وظيفية، يتم فحص مستوى أداء الشخص المؤمن فيما يتعلق بكل من الإجراءات المحددة في البند "أ" أعلاه، مع التقسيم إلى عدة مستويات من الأداء التي سيتم تفصيلها وشرحها فيما يلي:

1. استقلالية - يشمل هذا التعريف الحالات التي لا تتطلب فيها مساعدة أي شخص آخر لغرض تفزيذ الفعالية، وبالتالي لا يتم تعريف الفعالية على أنها فعالية حيث المؤمن غير قادر على أداء جزء أساسي منها. يندرج تحت هذا التعريف، نوعان من الحالات الفرعية:

- 1.1.1. استقلالية كاملة (بدون مساعدة) - من أجل تنفيذ الفعالية، لا يحتاج الشخص المؤمن أية مساعدة ويقوم بادائها بصورة آمنة وخلال وقت معقول دون وسائل مساعدة.
- 1.1.2. استقلالية ممساعدة جهاز - يقوم الشخص المؤمن بتنفيذ الفعالية بدون مساعدة شخص آخر، لكن مساعدة جهاز.

١. تعلق واعتتماد - من أجل تنفيذ الفعالية من قبل الشخص المؤمن، يتطلب الأمر شخصا آخر للمراقبة أو للمساعدة الجسدية، والتي في عدم وجودها نعم تنفيذ الفعالية إبطالاً.

ي بعض المحدثات التي تنسى إني مسند مكتوب، سليم تعریف استحسن موسیٰ حنفی تیپی، بیرون من العمل برواية ادريسی، کذا هو سلسل من کیمی.

1.1.2.4. **إشراف و ترتيب** - من أجل أداء الفعالية مطلوب إشراف، حث أو إقناع، ولكن لا يتطلب الأمر مساعدة أو اتصال جسدي، أو على العكس، مطلوب

2.1.2.1 انتها المدة المحددة لذمة بناء أصلًا تنفيذ الفلاحة بتقديم الأدلة المطلوبة في غرفه ففة ففة



1.3 مساعدة معتدلة / متوسطة - من أجل تنفيذ الفعالية هناك حاجة إلى مساعدة أكبر من الاتصال الجسدي، ولكن الشخص المؤمن ينفذ أكثر من 50% من الفعالية، وبالتالي لا يُتعُفّف بأنه غير قادر على إداء حمّة من الفعالية.

1.4. تعلق كبير - الشخص المؤمن قادر على تفهيم أقل من 50% من الفعالية، وبالتالي مطلوب مساعدة كبيرة أو كاملة، والتي بعدم وجودها لن يتم تنفيذ الفعالية. في هذه الحالة تكون الشخص، المؤمن بمعنى كشخص، غير قادر على تنفيذ جزء كبير من الفعالية بقواه الذاتية.

بناءً على هذه الفحوصات، يتم إجراء فحص تفصيلي لمقدرة المؤمن عليه في تنفيذ جزء كبير من كل عملية من العمليات المست بقواه الذاتية، من بين أمور أخرى، على النحو التالي: التحكم بالعضلة العاصرة - عدم التحكم بإحدى العضلات سيعتبر بمثابة عدم مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من فعالية التحكم على العضلات العاصرة بقواه الذاتية. شخص مؤمن، وبسبب استجابة (رد فعل) منخفضة للمثانة، التي تتعكس على سبيل المثال، من خلال الإلماح أو تواتر التبول، وبسبب صعوبة في التنقل، فهو غير قادر على التحكم بالعضلة العاصرة، يعتبر بمثابة غير قادر بقواه الذاتية على تنفيذ جزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) من فعالية التحكم على العضلات العاصرة" كما هي معرفة في منشور رعاية التمرن.

لها الغرض، "صعوبة في التنقل" - صعوبة في التنقل التي لا تتجاوز عدم مقدرة الشخص المؤمن بقواه الذاتية على تنفيذ جزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) من عملية "التنقل" كما هي معرفة في منشور الرعاية التمريضية.

القيام والاستلقاء - يتم فحص مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من فعالية "القيام والاستلقاء".

التنقل - الشخص المؤمن معرف بأنه غير قادر على تنفيذ جزء كبير من الفعالية حين لا يستطيع التحرك بشكل مستقل بطريقة ما دون مساعدة شخص. الشخص المؤمن الذي يعني من عدم توازن أو يعني من عدم استقرار الذي يسبب إلى حالات سقوط متكررة، التي تؤدي مقدرته المستقلة على التحرك من مكان إلى آخر، يعتبر بمثابة غير قادر بقواه الذاتية على تنفيذ جزء كبير (على الأقل 50% من الفعالية) من فعالية "التنقل" كما هي معروفة في منشور الرعاية التمريضية.

تناول الطعام - تقطيع، تحضير وتقديم الطعام لا تعتبر هذه كعدم مقدرة على تنفيذ جزء كبير من فعالية تناول الطعام. الحاجة إلى إطعام الشخص المؤمن بصورة فعالية تعتبر هيئات عدم مقدرة على تنفيذ الفعالية.

الاستحمام - تأخذ الشركة بعين الاعتبار من أجل فحص مقدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من الفعالية بقواه الذاتية، بما في ذلك الحاجة للمساعدة في الدخول والخروج من حوض الاستحمام / الدش. في هذه الحالة تقوم الشركة بحساب المساعدة المطلوبة في عملية الاستحمام الفعلية، مع قدرة الشخص المؤمن على الدخول والخروج من حوض الاستحمام / الدش.

\* في بوليصة "رعاية هيربيضية موشلام" للأعضاء خدمات الصحة كالاليت وعندما تكون الحالة التأمينية قد حدثت من 01/01/2025 وما بعد، لن يتم فحص الحاجة لمساعدة في فعالية الدخول إلى حوض الاستحمام / الدش والخروج منهما.

ارتداء الملابس - تأخذ الشركة بعين الاعتبار من أجل فحص قدرة الشخص المؤمن على تنفيذ جزء كبير من الفعالية بقوه الذاتية، كذلك القدرة على ارتداء مجموعة متنوعة من الملابس. في حالة الحاجة الى تشكيل طرف اصطناعي، يتم حسان امساعدة المطلوبة في عملية ارتداء الملابس، مع المساعدة المطلوبة في تشكيل الطرف الاصطناعي.

\* في بوليسية "رعاية تمريضية موشلام" لأعضاء خدمات الصحة كلايلت وعندما تكون الحالة التأمينية قد حدثت من 01/01/2025 وما بعد، القدرة على ارتداء ملابس ملائمة لحالة الشخص، الأهم، أو بواسطة مساعدة بأدلة معينة للقيام بذلك: تُعتبر، كعدم مقدرة الشخص، المؤمن على، تنفيذ الفعالية؛

إعياء نفسي

كما هو مذكور أعلاه، إيماءة نفسى، هو حالة إضافية التي تمحى الاستحقاق في الحصول على مخصصات المؤمن مستقلاً ملخصات بحسب حالة استحقاق واحدة فقط). تحديد موضوع الإيماء النفسي يتم فقط من قبل طبيب أخصائي في طب الشيوخة، أخصائي نفسى، وأخصائي نفسى

من، أحلا، اتخاذـ هذا القـارـ، نقومـ الطـبـ الأـخـصـائـ، منـ بيـنـ أمـمـ أـخـيـ، بـفحـصـ تـاـيـخـ اـلـضـ، وـانـطـبـاعـ عـامـ، وـمـتـابـعـةـ طـبـيـةـ، وـعـلاـجـ بـالـدوـنـةـ.

میں جس کو اپنے ایک دوسرے بیوی کے لئے بھی بے احترامی کہا جاتا ہے۔

دعوى عن فترة تمت الموافقة عليها لفترة تزيد عن 3 أشهر

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

عند إعادة الفحص من جديد للمسؤولية القانونية وطريقة تفيذهما، ستؤخذ بالحسبان، من بين أمور أخرى، الحالة الطبية للشخص المُؤمن، جيله، المعلومات التي أعطاها الشخص المُؤمن الشكبة مؤطر بالماضي

يُكَلِّمُ إِنْجِيُّونِيُّونَ وَرَوْرَوْرَيُّونَ بِالْمُؤْمِنِ وَجِيلِهِ، مِنْ خَلَالِ فَحْصِ مُسْتَنِدَاتِ طَبِيَّةٍ مُحْتَلِّنَةٍ حَوْلَ الْحَالَةِ الطَّبِيَّةِ أَوِ الْوَظِيفِيَّةِ لِلشَّخْصِ

قرئياً من نهاية فقرة الاستحقاق، ستتوخه اليك هاريل لغرض احراء فحص الاستحقاق من جديد. كجزء من هذا الطلب، قد يطلب منك تحويل مستندات طبة محكمة لهاريل أو تنسية، المؤمن، أو عن طريق فحص الشخص المؤمن من قبل جهات مهنية مناسبة من قبل هاريل.

فحص لتقدير حالتك الوظيفية والطبية الحالية، في إطار التواريف التي ستكون محددة في الطلب.

عدم تحويل المتسندين في الوقت الذي سيطلب منه تسويفه / و/or عدم التعاون فيما يتعلق بإجراء شخص مسؤول من قبل جهة مهنية مناسبة ذات قد حددت بهذا الغرض من قبل هاريل في ذلك التاريخ، قد يؤدي إلى إيقاف دفع مخصصات التأمين أو تأخير دفعها.

دعاوى تمت الموافقة عليها لفترة 3 أشهر أو أقل

إذا ثبت الموقف على دعوى دورية لفترة 3 أشهر أو أقل، وكان الشخص المؤمن يعتقد أن حالي الطبية والوظيفية تشكل مبرراً للموافقة على الدعوى لفترات إضافية، يقوم الشخص

أهونت دربيب من نهاده ستر مأواتي بيته سمع، بخوب عن محبته هاربين.

## تعليمات عامة

تدرج التعليمات المذكورة أعلاه ضمن المبادئ العامة لتسوية دعوى رعاية قريضية، التي يتم عرضها من أجل المثال والتوضيح فقط، ونشرها لا يُلزم الشركة بالتصريف بهذه الطريقة قطاماً، في حالة خاصة ومحددة. تحفظ الشركة بحقها في تغييرها من وقت لآخر، وملاوئتها حسب الضرورة لكل حالة وحالة خاصة على حدة، بما في ذلك تغيير وملاءمة استماراة التقييم المذكورة في الفقرة المأذنة أدناه هنا.

تجدر الإشارة إلى أن جميع الأحوال، فإن الشروط المحددة في بوليصة التأمين الخاصة بالشخص المؤمن، وأن الاستحقاق للحصول على مخصصات الوظيفي المقرر في مستند المبدىء.

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

## الموضوع: تقييم وظيفي / إدراكي / مدموج

(يجب اختيار الفحص الملائم)

يرجى الانبهاء، البنود 9-11 تم تعيتها من قبل طبيب/ة فقط  
\*بهدف التسهيل فقط، ورد النص في الاستماراة بصيغة المذكر، لكنها معدة لكلا الجنسين.

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

### 1 التفاصيل الشخصية للشخص المؤمن:

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

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

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

تفصيل:
.....
.....
.....

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

تفصيل:
.....
.....
.....

### 4 تاريخ الحالة المرضية وأمراض سابقة:

تفصيل:
.....
.....
.....

### 5 أدوية دائمة:

تفصيل:
.....
.....
.....

## قائمة أداء وظيفي (يجب تفصيل قدر الإمكان بالكلمات في عمود "نتائج الفعالية" والذكر بصورة واضحة إذا تم توضيح ومتى الفعالية):

مستقل / غير مستقل	نتائج الفعالية	اسم الفعالية						
	تفصيل	<p>أ. القيام من وضعية استلقاء في السرير إلى جلوس، والقيام من وضعية جلوس على كرسي إلى وقوف</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية من وضعية استلقاء إلى وضعية جلوس في السرير (هذا يشمل الاستعانة بوسائل مساعدة؟)</li> <li>هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية عن كرسي أو من سرير من وضعية جلوس إلى وقوف (هذا يشمل الاستعانة بوسائل مساعدة؟)</li> </ul>						
	تفصيل	<p>ب. ارتداء الملابس</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بارتداء وأيضاً خلع ملابسه عن الجزء العلوي من جسمه؟</li> <li>هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بارتداء وأيضاً خلع ملابسه عن الجزء السفلي من جسمه؟</li> </ul>						
		<p>هل الشخص المؤمن مستقل في ارتداء ملابس ملائمة أو ممساعدة أداء؟</p> <p>[الرعاية قمريضية موشام من 1/25]</p>						
	<table border="1"> <tr> <td>القسم العلوي من الجسم</td> <td>القسم السفلي من الجسم</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> يستطيع</td> <td><input type="checkbox"/> لا يستطيع</td> </tr> </table> <p>تفصيل</p>	القسم العلوي من الجسم	القسم السفلي من الجسم	<input type="checkbox"/> يستطيع	<input type="checkbox"/> لا يستطيع	<p>ج. الاستحمام</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>هل يستطيع الشخص المؤمن الاستحمام بقواه الذاتية في حوض الاستحمام أو الدش، وقوفاً أو جلوساً على كرسي مخصص للاستحمام؟</li> </ul>		
القسم العلوي من الجسم	القسم السفلي من الجسم							
<input type="checkbox"/> يستطيع	<input type="checkbox"/> لا يستطيع							
	<table border="1"> <tr> <td>القسم العلوي من الجسم</td> <td>القسم السفلي من الجسم</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> يستطيع</td> <td><input type="checkbox"/> لا يستطيع</td> </tr> </table> <p>تفصيل</p>	القسم العلوي من الجسم	القسم السفلي من الجسم	<input type="checkbox"/> يستطيع	<input type="checkbox"/> لا يستطيع	<p>هل هو مستقل بمساعدة أداء؟</p> <p>[الرعاية قمريضية موشام من 1/25]</p>		
القسم العلوي من الجسم	القسم السفلي من الجسم							
<input type="checkbox"/> يستطيع	<input type="checkbox"/> لا يستطيع							
	<table border="1"> <tr> <td>الدخول والخروج من حوض الاستحمام/ الدش</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> لا يستطيع</td> <td><input type="checkbox"/> يستطيع</td> </tr> </table> <p>تفصيل</p>	الدخول والخروج من حوض الاستحمام/ الدش		<input type="checkbox"/> لا يستطيع	<input type="checkbox"/> يستطيع	<p>هل يستطيع الشخص المؤمن أن يقوم بقواه الذاتية بالدخول والخروج من حوض الاستحمام أو من الدش؟</p> <p>لا ينطبق على رعاية قمريضية موشام من 1/25</p>		
الدخول والخروج من حوض الاستحمام/ الدش								
<input type="checkbox"/> لا يستطيع	<input type="checkbox"/> يستطيع							
	تفصيل	<p>د. تناول الطعام والشرب</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>هل يستطيع الشخص المؤمن تناول الطعام والشرب بقواه الذاتية، وهذا يشمل الشرب وعدم تناول الطعام بواسطة قشة، بعد أن تم إعداد الطعام وتقديمه للشخص المؤمن؟</li> </ul>						
	<p>يرجى وضع إشارة فيما إذا كان الشخص المؤمن يتحكم أو لا يتحكم بكل فعالية:</p> <table border="1"> <tr> <td>فعالية الأمعاء</td> <td>البول</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> تحكم تام</td> <td><input type="checkbox"/> تحكم كامل</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> عدم تحكم</td> <td><input type="checkbox"/> عدم تحكم</td> </tr> </table> <p>تفصيل</p>	فعالية الأمعاء	البول	<input type="checkbox"/> تحكم تام	<input type="checkbox"/> تحكم كامل	<input type="checkbox"/> عدم تحكم	<input type="checkbox"/> عدم تحكم	<p>5. التحكم بالعضلة العاصرة</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>هل توجد مشكلة لشخصية لعدم التحكم بإحدى العضلات العاصرة؟</li> <li>أو هل يوجد تشخيص لاستجابة المثانة بصورة منخفضة، وصعوبة في التنقل؟</li> <li>في حالة تحقق البندين التاليين معًا:</li> <ul style="list-style-type: none"> <li>هل يوجد تشخيص من قبل أخصائي لاستجابة المثانة بصورة منخفضة، والتي تتعكس على سبيل المثال، في الإلحاح أو تكرار التبول؟</li> <li>هل توجد صعوبة في التنقل التي هي صعوبة لا تتعدي عدم قدرته على تنفيذ جزء أساسي ويقواه الذاتية، من عملية التنقل، فهو وبالتالي غير قادر على التحكم بالعضلة العاصرة؟</li> <li>[يجب تفصيل تواريف التشخيص، اسم وشخص الطبيب الذي قام بالتشخيص، وأي مستندات وفحوصات كانت تحت تصرفك]</li> </ul> </ul>
فعالية الأمعاء	البول							
<input type="checkbox"/> تحكم تام	<input type="checkbox"/> تحكم كامل							
<input type="checkbox"/> عدم تحكم	<input type="checkbox"/> عدم تحكم							
	تفصيل	<p>6. التنقل</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>هل يستطيع الشخص المؤمن التنقل بقواه الذاتية؟</li> <li>هل يعني الشخص المؤمن من عدم التوازن أو يعني من عدم ثبات الذي يتسرب في حالات وقوع متكررة تضعف قدرته المستقلة على الانتقال من مكان إلى آخر؟ إذا كانت الإجابة نعم، هل يوجد توثيق طبي أو آخر عن حالات الورق، وما هو السبب الطبي لذلك، هل يمكن تفسير حالات الورق هذه بشخص طبي؟ يرجى التطرق لورقة الأمر، قدر الإمكان.</li> <li>إذا كان بحوزة الشخص المؤمن أدلة دعم (مثل عصا للمشي أو جهاز تنقل (الإيكار)) هل كانت الأدلة ستحل مشكلة انعدام الثبات / عدم التوازن؟</li> </ul>						

## في حالة مرض السرطان، يُرجى التفصيل: 7

هل يحصل / تحصل المؤمن/ة على علاجات:  نعم  لاإذا كنت الإجابة نعم، يجب ذكر نوع العلاج: .....  
وتيرة العلاج: .....تاريخ بدء العلاج: .....  
تاريخ انتهاء سلسلة العلاج المتوقعة: .....

## من يسكن مع المؤمن/ة في البيت: 8

فصل: .....

هل معترض به كشخص يحتاج لرعاية تمريضية (العاشر) من قبل جهة معروفة (مثل التأمين الوطني، شركة تأمين)؟  نعم  لاهل توجد مساعدة / مساعدة أجنبية أو مساعدة من قبل مؤسسة التأمين الوطني؟  نعم  لا

كم عدد الساعات الأسبوعية: .....

اسم الشخص المؤمن: ..... رقم الهوية: .....

فحص جسدي:	الحالة العامة
	التنفس
	الرأس، الوجه
	الرقبة
	القلب
	البطن
	الأطراف
	الجلد

فحس أعصاب وعظام 10

**11** **فحص إدراكي - إعباء نفسى** (تم تعيينه هذا البند من قبل طبيب أخصائى في هذا المجال مثل طبيب أخصائى في طب الشيخوخة أو في الطب النفسي).

ناتج الفعالية	مُصاب بـإعـيـاءـ نـفـسـ /ـ غـيرـ مـُـصـابـ	اسم الفعالية
		<p>إعـيـاءـ نـفـسـ</p> <p>هل يحتاج الشخص المُؤمن إلى مراقبة غالبية ساعات النهار بسبب إصابة في فعاليته الإدراكية مثل: الزهايـرـ، أو أشكـالـ مختلفة من الخرف (تم تعبئـةـ هـذـاـ بـلـنـدـ مـنـ قـبـلـ طـبـيـبـ أـخـصـائـيـ فيـ هـذـاـ مـجـالـ فـقـطـ). تـفـصـيـلـ يـشـمـلـ تـطـرـقـ إـلـىـ خـلـفـيـةـ الإـصـابـةـ الإـدـرـاكـيـةـ وـهـلـ الـحـالـةـ مـؤـقـتـةـ أـمـ ثـابـتـةـ، وـمـاـ هـيـ الـفـحـوصـاتـ الـتـيـ أـجـرـيـتـ لـتـحـدـيـدـ هـذـهـ الـحـالـةـ:</p> <p>تفصـيـلـ إـضـافـيـ بـخـصـوصـ فـحـصـ إـعـيـاءـ النـفـسـ:</p>

### تفصيل:

13

هل الشخص المؤمن مستقل في ADL	الفعالية
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الاستحمام
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الاستحمام [بوليصة "رعاية تمرسية موشالم" من 1/25] لن يتم فحص قدرة الشخص المؤمن على الدخول/ الخروج من حوض الاستحمام / الدش.
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	وذلك، الاستعانة بأداة لتنفيذ الفعالية - لن تُعتبر حالة منح الاستحقاق.
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	ارتداء الملابس
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	ارتداء الملابس [بوليصة "رعاية تمرسية موشالم" من 1/25] قدرة الشخص المؤمن على ارتداء الملابس باستقلالية مع ملابس ملائمة و/أو بواسطة أداة لتنفيذ الفعالية - لن تُعتبر حالة منح الاستحقاق.
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	القيام من وضعية استلقاء في السرير إلى جلوس، والقيام من وضعية جلوس على كرسي إلى وقوف
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	تناول الطعام والشرب
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	التحكم بالعضلة العاصرة
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	التنقل
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	إعياء نفسي - فحص مدموج
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	النفسي
نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	الإعياء النفسي

تفاصيل الفاحص تم تعييئتها من قبل (طبيب/ة أو ممرض/ة):

تاریخ الفحص



رقم الرخصة

اسم الفاحص

## توقيع وختم الفاحص

### ساعة انتهاء الفحص

### ساعة بدء الفحص

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

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

## أ. تعاريف

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

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

### ب. سریان المفعول

تنطبق مجموعة القوانين هذه على مجالات التأمين التالية:

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

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

ح. تاريخ البدء

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

تطبيق مجموعة القواعد هذه على دعوى تم تقديمها بعد التواريخ المحددة أعلاه.

لا تتطبق، مجموعه القواعد على الخدمات التي، ينبعها مزود الخدمة بصورة ملائمة للشخص المؤمن، وفقاً لوثيقة الخدمة، إذاً يكن الشخص المؤمن مشاركاً في تسوية الدعوى.

#### ط. مستندات ومعلومات في فحص الدعوى

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



#### و. بлаг بخصوص الدفع أو دفع جزئي

- إذا تم اتخاذ قرار بدفع مقابل الدعوى، فسيتم إرسال بلاغ خطى للمدعي في وقت الدفع، والذي يتضمن تطرق إلى القضايا التالية أو توجيهه إلى المستندات المتعلقة بهذه القضايا والمرفقة بالبلاغ (مثلاً تقرير المُخمن أو رأي أخصائى):

(أ) **بخصوص دفع ملء واحدة - سبب الدفع**: تفصيل وشرح معقول وواضح بخصوص طريقة الحساب؛ مدى الضرر؛ مبلغ الضريبة المقاطعة أصلاً؛ الطريقة التي تم بها حساب الضريبة والإشارة إلى الأحكام القانونية التي تم بوجبها احتسابها وخصمها؛ الإشارة إلى قسيمة راتب أو تحويل إلى موافقة سلطات الضريبة الذي سيتم إرفاقها إلى البلاغ؛ تفصيل بخصوص خصم دفعات أخرى يستحقها المدعي والتي هي ليست من هارئيل نظراً لظروف تتعلق بنفس سبب الدعوى والتي بوجب البوليصة، الدستور أو القانون تم خصمها من مبلغ الدفع؛ تفصيل بخصوص خصم مبالغ أخرى التي تستحقها هارئيل من المدعي؛ تفصيل بخصوص خصم الدفعات المقدمة (سلف) أو المبالغ غير المنتازع عليها إذا تم دفع كهذه؛ نوع الرابط بخلاف المعيشة وطريقة الرابط؛ الفائدة التي تتطبق عليه والإشارة إلى الأحكام السارية عليها؛ المبلغ المضاف للدفع مقابل فوارق الرابط لجدول غلاء المعيشة والفوائد؛ مبلغ الدفع المتأخر والإشارة إلى الأحكام التي تتطبق على الفائدة المفروضة بسبب التأخير؛ التاريخ الذي حصلت فيه هارئيل على جميع المعلومات والمستندات المطلوبة لفحص أمر الدعوى.

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

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

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

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

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

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

في كل حالة وافق فيها الطرفان على الدفع في إطار اتفاقية تسوية، تكون هارئيل مفعية من تقديم بلاغ بوجب هذا البند ابتداء من نفس التاريخ.

## ز. بлаг بخصوص تسوية

1. ستقدم هارئيل للمدعي اقتراح تسوية معقول اعتباراً لتاريخ العرض.
  2. إذا تم الاتفاق على الدفع في إطار تسوية، يُقدم للمدعي اقتراح تسوية خطوي ويُمنح وقتاً معقولاً لمعاينة شروطها.
  3. اقتراح التسوية المقدم خطياً يشمل حالة التأمين، والأسباب الكامنة وراء التسوية، مكونات الدفع غير المتناسب عليها إن وُجدت، المبلغ الذي حُدد في التسوية، المبلغ للدفع والفرق بين المبلغ الذي حُدد في التسوية والمبلغ المستحق للدفع، إن وُجد فرق كهذا.
  4. طالما لم يوافق المدعي على بлаг التسوية، فلن تكون ملزمة للطرفين.  
■ لا تطبق تعليمات هذا البند في حال كان المدعي ممثلاً بواسطة محام، وكذلك إذا كان يتم مناقشة الدعوى في المحكمة.

ح. بلاغ بالاستمرار في فحص الدعوى أو التوقف عن الفحص

1. إذا احتاجت هارئيل وقتاً إضافياً لفحص الدعوى، فسيتم إرسال بلاغ خطى للمدعي توضح وتفضل فيه الأسباب التي بسببها تحتاج إلى وقت إضافي كما هو مذكور أعلاه، وكذلك المعلومات أو المستندات الإضافية المطلوبة من المدعي من أجل فحص الدعوى.
  2. يتم تسليم بلاغ للمدعي باستمرار فحص الدعوى، كما هو مذكور أعلاه، كل 09 يوماً على الأقل (باستثناء الحالات التي يتم إصدارها بوجب أمر، حيث يتم تقديم بلاغ، كما هو مذكور أعلاه، كل ستة أشهر على الأقل) إلى أن يتم إرسال بلاغ بالدفع، بلاغ بالدفع الجزئي، بلاغ بالرفض أو بلاغ بالتسوية، حسب الحالة، باستثناء الحالات التالية:
    - إذا تم في بلاغ الاستمرار في فحص الدعوى تحديد موعد مستقبلي لتقدير الضرر، فلا داعي لإرسال بلاغ بخصوص استمرار فحص الدعوى حتى التاريخ المذكور أعلاه، بشرط أن يتم إرسال بلاغ باستمرار فحص الدعوى بعد عام واحد على الأقل؛
    - إذا توجه المدعي للأجهزة القضائية؛
    - إذا لم يستجب المدعي بعد إرسال بلاغين متتاليين بخصوص استمرار فحص الدعوى، التي تشمل طلب للحصول على معلومات أو مستند لغرض فحص الدعوى، وفقط إذا ذكر في البلاغ الأخير بأنه لن يتم إرسال بلاغات إضافية في حالة عدم استلام المستندات المطلوبة أو حتى استلام رد آخر منه.
    - لن تتطبق تعليمات هذا البند على دعوى تجري في المحكمة.

إذا تم التوصل إلى قرار بشأن رفض كامل أو جزئي للدعوى، فسيتم إرسال بلاغ خطى للمدعي بذلك. ستشمل أسباب الرفض أيًضاً شروط البوليسية أو الدستور، الشرط أو الاستثناءات التي تم تحديدها أثرى التي يستند إليها الرفض والتي يسببها تم رفض الدعوى.

## ي. بلاغ بخصوص تقادم الدعوى

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

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

ي.أ. بлагٌ بخصوص الحق في الاعتراض على القرار

كل بلاغ دفع، بلاغ بالدفع الجزئي أو بلاغ رفض يشمل فقرة تبين بشكل بارز حقوق المدعي التالية:

- الاعتراض على القرار وكذلك ما هي طريقة تقديم الاعتراض، على النحو المنصوص عليه في البوليسية أو الدستور، بما في ذلك حق المدعي في تقديم رأي أخصائي من جهته.
  - تقديم اعتراضه أمام المسوؤل عن توجهات الجمهورية في هارئيل، وكذلك تفاصيل المسؤول والطريقة التي يمكن بها التوجّه إليها.
  - تقديم اعتراضه لجهات أخرى، بما في ذلك أمام هيئة قضائية أو أمام المسوؤل عن السوق المالي، التأمين والتوفير في وزارة المالية.

## ي.ب. إعادة فحص الاستحقاق من جديد

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

#### ي.ج. فحص دعوى بواسطة أخصائي



#### ۵. رأي أخصائي

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

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

### ط.ز. دعوى ضد طرف ثالث

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

### ي.ز تقديم إجابات ومعالجة توجهات الجمهور

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

ی.ح تقدیم نسخ

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

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

البند في المنشور	إرجال نسخ عن كل مستند وقع عليه المدعي	إرجال نسخ عن البوليسة أو عن الدستور	إرجال معلومات بخصوص موعد استلام الطلب.	رد خطى لتوجهات الجمهور	بلاغ للشخص المؤمن حول طلب مخصصات تأمين طرف ثالث	إرجال معلومات بخصوص وجود بوليسة	تحويل نسخة من قرار قضائى أو اتفاقية	إرجال بلاغ تغير بخصوص خفض الدفعات لفترة طويلة أو إيقافها.	إرجال بلاغ استمرار فحص الدعوى	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	طلب معلومات ومستندات إضافية	الموعد أو الفترة المحددة في المنشور	العملية	
6(أ)8	14 يوم عمل من اليوم الذي تبين أنه هناك حاجة لهم.	14 يوم عمل من يوم استلام القرار في الشركة أو من يوم توقيع الاتفاقية.	14 يوم عمل من يوم تقدیم الطلب.	30 يوم من موعد استلام توجيه خطى.	7 أيام عمل من يوم تقدیم الطلب.	14 يوم عمل من يوم توقيع الاتفاقية.	30 يوماً من اليوم الذي وصلت جميع المعلومات والمستندات التي طلبت من المدعي.	كل 90 يوماً من يوم إرجال بلاغ بحسب البند 8 (ب).	60-30 يوماً قبل موعد خفض أو إيقاف الدفع.	إرجال بلاغ تغير بخصوص خفض الدفعات لفترة طويلة أو إيقافها.	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	14 يوم عمل من اليوم الذي تبين أنه هناك حاجة لهم.	الموعد أو الفترة المحددة في المنشور
8 (ب)8	30 يوماً من اليوم الذي وصلت جميع المعلومات والمستندات التي طلبت من المدعي.	14 يوم عمل من يوم توقيع الاتفاقية.	14 يوم عمل من يوم توقيع الاتفاقية.	30 يوم من موعد استلام توجيه خطى.	7 أيام عمل من يوم تقدیم الطلب.	14 يوم عمل من يوم استلام القرار في الشركة أو من يوم توقيع الاتفاقية.	30 يوماً من اليوم الذي وصلت جميع المعلومات والمستندات التي طلبت من المدعي.	كل 90 يوماً من يوم إرجال بلاغ بحسب البند 8 (ب).	60-30 يوماً قبل موعد خفض أو إيقاف الدفع.	إرجال بلاغ تغير بخصوص خفض الدفعات لفترة طويلة أو إيقافها.	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	14 يوم عمل من اليوم الذي تبين أنه هناك حاجة لهم.	الموعد أو الفترة المحددة في المنشور
8(و)8	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ تغير بخصوص خفض الدفعات لفترة طويلة أو إيقافها.	إرجال بلاغ استمرار فحص الدعوى	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	14 يوم عمل من اليوم الذي تبين أنه هناك حاجة لهم.	الموعد أو الفترة المحددة في المنشور	
8(ط)8	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ تغير بخصوص خفض الدفعات لفترة طويلة أو إيقافها.	إرجال بلاغ استمرار فحص الدعوى	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	إرجال بلاغ بخصوص مسار فحص الدعوى ونتائجها	14 يوم عمل من اليوم الذي تبين أنه هناك حاجة لهم.	الموعد أو الفترة المحددة في المنشور	

### قواعد لفحص الاستحقاق من جديد

1. دعوى عن فترة قمت الموافقة عليها لفترة تزيد عن 3 أشهر
  - أ. الموافقة على دعوى دورية لفترات محددة إضافية تتجاوز الفترة التي قمت الموافقة عليها، تحتاج في نهاية الفترة التي صودقت للدفع، إلى إعادة فحص من جديد لحالة الشخص المؤمن من الناحية الطبية والوظيفية.
  - ب. عند إعادة الفحص من جديد للمسؤولية القانونية وطريقة تنفيذها، ستؤخذ بالحسبان، من بين أمور أخرى، الحالة الطبية للشخص المؤمن، جيله، المعلومات التي أعطاها الشخص المؤمن للشركة وشروط البوليسة.
  - ج. يمكن إجراء فحص الاستحقاق من جديد، من بين أمور أخرى، وفقاً لحالة الشخص المؤمن وجيله، من خلال فحص مستندات طبية محتلة حول الحالة الطبية أو الوظيفية للشخص المؤمن، أو عن طريق فحص الشخص المؤمن من قبل هارئيل قبل إجراء فحص الاستحقاق من جديد. كجزء من هذا الطلب، قد يطلب منك تحويل مستندات طبية محتلة قريباً من نهاية فترة الاستحقاق، ستوجه إليك هارئيل لغرض إجراء فحص الاستحقاق من جديد. كجزء من هذا الطلب، قد يطلب منك تحويل مستندات طبية محتلة لهارئيل أو تنسيق فحص لتقييم حالتك الوظيفية والطبية الحالية، في إطار التواريخ التي ستكون محددة في الطلب.
  - د. عدم تحويل المستندات في الوقت الذي سيطلب منك لتحويلها / أو عدم التعاون فيما يتعلق بإجراء فحص للشخص المؤمن من قبل جهة مهنية مناسبة كانت قد حددت لهذا الغرض من قبل هارئيل في ذلك التاريخ، قد يؤدي إلى إيقاف دفع مُخصصات التأمين أو تأخير دفعها.
  - هـ. تحفظ هارئيل الحق في إجراء فحص جديد لاستحقاق عند الضرورة، حتى في الحالات التي قمت فيها الموافقة على استحقاق الشخص المؤمن لفترة محددة مسبقاً وخلال هذه الفترة حصلت هارئيل على معلومات تختلف عن تلك التي قدمها الشخص المؤمن و/أو كان معروفاً في هارئيل، واتضح منه أنه لم يعد الشخص المؤمن مستحقاً للحصول على مُخصصات تأمين.
2. دعوى قمت الموافقة عليها لفترة 3 أشهر أو أقل
  - أ. الموافقة على دعوى دورية لفترات محددة إضافية تتجاوز الفترة التي قمت الموافقة عليها، تحتاج في نهاية الفترة التي صودقت للدفع، إلى إعادة فحص من جديد لحالة الشخص المؤمن من الناحية الطبية والوظيفية.
  - ب. عند إعادة الفحص من جديد للمسؤولية القانونية وطريقة تنفيذها، ستؤخذ بالحسبان، من بين أمور أخرى، الحالة الطبية للشخص المؤمن، جيله، المعلومات التي أعطاها الشخص المؤمن للشركة وشروط البوليسة.
  - ج. يمكن إجراء فحص الاستحقاق من جديد، من بين أمور أخرى، وفقاً لحالة الشخص المؤمن وجيله، من خلال فحص مستندات طبية محتلة حول الحالة الطبية أو الوظيفية للشخص المؤمن، أو عن طريق فحص الشخص المؤمن من قبل جهات مهنية مناسبة من قبل هارئيل.
  - د. إذا كنت تعتقد قريباً من انتهاء الفترة التي قمت المصادقة فيها على دعوتك، أنه نظراً إلى حالتك الطبية والوظيفية، ووفقاً لشروط البوليسة الموجودة في حوزتك، هناك إمكانية للمصادقة على الدعوى لفترات إضافية، سيكون عليك أن تقدم لهارئيل قريباً من انتهاء الفترة التي قمت المصادقة فيها على دعوتك، معلومات طبية محتلة ومفصلة بخصوص حالتك في ذلك الوقت.
  - هـ. ستقوم شركة هارئيل بفحص مسؤوليتها وفقاً للمعلومات الطبية التي ستقدمها أنت لها، وبحسب الحاجة، عن طريق فحشك من قبل جهة مهنية نيابة عن الشركة.