



**מינהל הגימלאות
אגף סיעוד**

שד' ויצמן 13
ירושלים 91909
טל. 02-6709722
פקס. 02-6463084
Email: rinag@nioi.gov.il
אגרת 305

י"ז כסלו, תשע"ו
29 נובמבר, 2015

לכבוד
נותני שירותים לטיפול אישי בבית

הנדון: מכרז מס' מ (2038) 2008- הארכת התקשרות

ב- 31.12.2015 תסתיים תקופת ההתקשרות עם המוסד לביטוח לאומי.

בהמשך לאגרת 289, ביום 12.11.2015 החליטה ועדת המכרזים של המוסד לביטוח לאומי להאריך את ההתקשרות עם נותני שירותים לטיפול אישי בבית לתקופה של שישה חודשים נוספים, וזאת בתנאים זהים לתנאי ההתקשרות הנוכחיים, החל מיום 1.1.2016.

כדי להאריך את החוזה עליכם להמציא לנו את המסמכים הבאים:

1. הארכת תוקפו של מסמך הביטוח עד לתאריך 31.12.2016.
אין לבצע תיקונים או מחיקות בנספח הביטוח.
 2. על עמותות להמציא אישור ניהול תקין מרשם העמותות בתוקף עד לתאריך 31.12.2016.
 3. על חברות להמציא מרשם החברות מסמך העדר רישום כ"חברה מפרה" על פי תיקון 10 לחוק החברות.
במסמך יצוין כי לא קיימים שעבודים על התקבולים מהמוסד לביטוח לאומי.
 4. בקשה להעברת כספים, בה ימולא חשבון הבנק שישמש את נותן השירות על כל סניפיו.
לנוחיותכם, מצ"ב הטופס.
- נודה על קבלת המסמכים שלעיל לא יאוחר 15.12.2015.

את המסמכים **בשלמותם** יש לשלוח לגב' זהבה גדליה, התקשרויות, המוסד לביטוח לאומי, שד' ויצמן 13, ירושלים 91909 טלפון: 050-6284153.

לתשומת לבכם, המוסד לביטוח לאומי החליט מטעמים מנהליים לבצע שינוי במערכות הממוחשבות. בהעדר מסמכים אלה לא יוארך תוקף החוזה שנחתם עמכם לתקופה נוספת, ולפיכך לא יועברו הזמנות שירות חדשות.

ב ב ר כ ה,

ארנה זמיר
מנהלת אגף סיעוד

העתק: גב' אילנה שרייבמן – המשנה למנכ"ל וראש מינהל הגימלאות, המוסד לביטוח לאומי
גב' כלנית קיי – ראש אגף סיעוד בקהילה, שירותי בריאות כללית
גב' גלית מבורך – מנהלת השירות לזקן, משרד הרווחה והשירותים החברתיים
גב' רבקה רוזנברג-בושם – מנהלת תחום בכירה סיעוד, המוסד לביטוח לאומי
חברי ועדות מקומיות



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הכספים

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
שדרות ויצמן 13
ירושלים

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="width: 15px; height: 15px;"></div> </div> </div> <p style="text-align: center;">מס' זהות / דרכון</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">סוג המסמך</p> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	חותמת קבלה
--	---------------------------	------------

הנדון: בקשה להעברת כספים

1 אני החתום מטה

מספר תיק: <input type="checkbox"/> עוסק מורשה <input type="checkbox"/> מלכ"ר (סמן במשבצת המתאימה)		שם המוטב/חברה	
רחוב/ת.ד.		מס' בית	כניסה
דירה		יישוב	מיקוד
טלפון קווי/נייד		מס' פקס	דואר אלקטרוני
<input type="checkbox"/> אני מאשר קבלת הודעות SMS			

2 פרטי חשבון בנק של מגיש

מבקש בזאת, כי כל הכספים המגיעים לי מהמוסד לביטוח לאומי מעת לעת על פי חשבוניות וכיו"ב, שנגיש למוסד לביטוח לאומי, יועברו ישירות לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:			
שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

3 אישור הבנק/ עו"ד/ רו"ח/ יועץ

אנו החתומים מטה, מאשרים בזאת כי חשבון הבנק שייך לחברה/מוטב	
תאריך	שם המאשר
חתימת המוטב/החברה	
תאריך	שם המורשה
חתימה וחותמת	

4 שימו לב

את הטופס יש להעביר אלינו עם כל הפרטים הנדרשים – במקור בלבד (אין להעביר באמצעות פקס).
 יש לצרף לטופס זה אישור פקיד שומה/רו"ח, על ניהול פנקסי חשבונות ורשומות לפי חוק עסקאות גופים ציבוריים תשל"ו 1976.
 יש לצרף אישור פקיד שומה על פטור מניכוי מס במקור.
 יש לצרף אישור ניהול תקין על פי הצורך.

לכבוד
המוסד לביטוח לאומי
שדרות ויצמן 13
ירושלים
א.נ.,

הננו מאשרים כי ערכנו את הביטוחים המפורטים להלן,

מיום _____ עד יום _____ כמתחייב מחוזה ההתקשרות שבין המוסד לבין _____, בגין מתן שירותי סיעוד לזכאים לגימלת סיעוד.

א. ביטוח אחריות כלפי צד שלישי

גבול אחריות: 2 מיליון ₪ בגין כל אירוע ולתקופת הביטוח.

ביטול הגבלות: הביטוח אינו כולל הגבלה בדבר: אש, התפוצצות, בחלה, מכשירי הרמה, פריקה וטעינה, מתקנים סניטריים פגומים, קבלנים/קבלני משנה, הרעלה, כל דבר מזיק במאכל או משקה, נזק לרכוש שהמבוטח או כל איש שבשרותו פועלים או פעלו בו בעת קרות מקרה הביטוח, וכן תביעות תחלוף של המוסד לביטוח לאומי נגד המבוטח.

תנאים מיוחדים: שם המבוטח מורחב לכלול את המוסד לביטוח לאומי בגין נזק הנגרם במסגרת מעשה או מחדל של המבוטח במסגרת ההתקשרות בין הצדדים. הביטוח כולל סעיף אחריות צולבת לפיו נחשב הביטוח כאילו נערך בנפרד עבור כל אחד מיחיד המבוטח.

ב. ביטוח תבות מעבידים

גבול אחריות: 6 מיליון ש"ח לעובד אחד ו-20 מיליון ש"ח למקרה ולתקופת הביטוח.

ביטול הגבלות: הביטוח אינו כפוף לכל הגבלה בדבר: קבלנים, קבלני משנה ועובדיהם וכן בדבר העסקת נוער.

מוצהר ומוסכם בזה בניגוד לכל מה שעלול להשתמע אחרת בפוליסה זאת, הפוליסה מורחבת על מנת לכסות את אחריותו החוקית של המוסד לביטוח לאומי היה ויחשב כמעביד של עובדי המבוטח.

ביטוח אחריות מקצועית

ג.

גבול אחריות: מיליון ש"ח בגין כל אירוע ולתקופת הביטוח.

ביטול הגבלות: הביטוח אינו כולל הגבלה בדבר: אי יושר של עובדים ואבדן מסמכים.

תנאים מיוחדים: שם המבוטח מורחב לכלול את המוסד לביטוח לאומי בגין נזק נגרם במסגרת מעשה או מחדל של המבוטח במסגרת ההתקשרות בין הצדדים.

הביטוח כולל סעיף אחריות צולבת לפיו נחשב הביטוח כאילו נערך בנפרד עבור כל אחד מיחיד המבוטח.

(אם נערך הביטוח על בסיס "הגשת תביעה", כולל הביטוח כיסוי למפרע למקרים שארעו ממועד ההתקשרות שבין המבוטח למוסד לביטוח לאומי).

הננו מאשרים בזאת כי כל הביטוחים הנ"ל (סעיפים א' ב' ו-ג' לעיל), הינם קודמים לכל ביטוח הנערך על ידכם (ביטוח ראשוני), וכי הביטוחים לא יצומצמו, ולא יבוטלו ללא מתן הודעה כתובה על כך בדואר רשום לידיכם, 60 יום מראש.

בכבוד רב,

חתימת המבטח

ת א ר י ך

אפשרות "א" לשינוי -

יבוטל פרק ג' (ביטוח "אחריות מקצועית").

בפרק א' (ביטוח "אחריות כלפי צד שלישי") יבוטל החריג ל"אחריות מקצועית".

אפשרות "ב" לשינוי -

יבוטל פרק ג' (ביטוח "אחריות מקצועית").

בפרק א' (ביטוח "אחריות כלפי צד שלישי") יוספו המבטחים:

"חריג אחריות מקצועית בפוליסה לא יחול על שירותי סיעוד הניתנים על ידי מטפלים ועובדים אחרים וגם לא על פעולות פיקוח ובקרה על מתן השירותים הנ"ל.

האמור לעיל לא יחול על מי שהטיפול הניתן על ידו מחייב כי היה מורשה לתתו על פי דין."