

פוליסת סיעוד - מכבי הנחיות להגשת תביעה

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, עפ"י כיסוי בפוליסת הסיעוד ולפי תנאי פוליסת הביטוח.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

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

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

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח/י אלינו אל:
בפקס שמספרו 077-6383051 או באמצעות מייל לכתובת: maccabiTviotnurse@clal-ins.co.il
או בדואר לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 37190 תל-אביב 6137002,
(במקרים בהם נדרשים מסמכים מקוריים יש לשלוח בדואר בלבד).

לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות הודעות SMS המעדכן על סטטוס תביעה. אנא ציין/י את מספר הטלפון הסלולרי שלך בטופס התביעה לצורך התקשרות ועדכון רציף בסטטוס התביעה.

כלל ביטוח מאפשרת לך לנהל את תביעתך בכל זמן ומכל מקום באמצעות שירות "תביעות און-ליין" שבאתר החברה בכתובת www.clal.co.il.
שירות "תביעות און-ליין" מאפשר לך להגיש תביעה דרך האתר ולצפות בסטטוס הטיפול בה, להעלות מסמכים חסרים, לראות את כל התכתובות הנוגעות לתביעה ועוד.

כמו כן, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.
מתן כתובת המייל עשוי לייעל את הטיפול בעניינך.

שים לב!

מובהר כי קבלת טופס התביעה אצל המבטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו: 1700505520 או *6564

מחלקת תביעות סיעוד
מערך התביעות
כלל חברה לביטוח בע"מ



נספח א' - רשימת המידע והמסמכים המתבקשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

לצורך קיצור זמן הטיפול בתביעה נבקשך לצרף את המסמכים ברשימה לעיל.

תביעה מכוח פוליסת סיעוד

1. טופס הגשת תביעה סיעודית (עמ' 3-4).
 2. מידע רפואי לצורך קבלת שירות סיעוד (למילוי ע"י הרופא בלבד), (עמ' 5).
 3. כתב ויתור על סודיות רפואית (עמ' 6).
 4. * סיכומי אשפוזים מבתי חולים.
 5. * סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריאטריות.
 6. * במקרה של תשישות נפש - אבחנה מרופא מומחה בתחום כגון: נוירולוג, פסיכוגריאטר וגריאטר או פסיכיאטר.
 7. * סיכומי ביקורים וחוות דעת של גורמים פרא רפואיים, כגון מרפאים בעיסוק.
 8. * במקרה של שהייה במוסד סיעודי / בית אבות - תיק רפואי של המוסד.
 9. * תיק הביטוח הלאומי ואישורי זכאות מביטוח לאומי.
 10. אישור על העסקת עובד זר (במידה וקיים) - לרבות מכתב השמה.
 11. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור על קיום חשבון בנק.
 12. צילום תעודת זהות.
 13. במקרה של תביעה של מבוטח שנמצא/היה במסגרת משרד החינוך, במידה ורלוונטי יועבר כתב ויתור סודיות מופנה למשרד החינוך ודרישה לדוחות.
 14. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר - העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / צו ירושה / כתב ויתור סודיות ליורשים.
 15. במקרה של שהייה במוסד סיעודי / בית אבות - יש לצרף קבלות וחשבוניות.
 16. * כל אישור רפואי המעיד על המועד שהחל ממנו חדל המבוטח לתפקיד באופן עצמאי.
- * בכל הנוגע למסמכים הנדרשים בסעיפים 4-9 לעיל, יש לציין, כי כלל פועלת על מנת לסייע באיסוף החומר הנדרש כחלק מהשירות כלפי המבוטחים. עם זאת, במידה ויש בידכם המסמכים הנדרשים או מסמכים רלוונטיים אחרים, אנא שילחו אלינו בהקדם.

מה יקרה בהמשך:

עם קבלת המסמכים, חברת הביטוח תבדוק את הכיסוי הביטוחי על פי תנאי הפוליסה. בסמוך למועד הגשת התביעה, יתבקש המבוטח להיבדק ע"י אחות, מרפאה בעיסוק או רופא מטעם חברת הביטוח ועל חשבונה לקביעה האם מצבו של המבוטח מזכה בתגמולי ביטוח על פי הוראות הפוליסה. הבדיקה תתואם מראש והיא תיערך במקום מגורי המבוטח או במוסד הסיעודי בו הוא שוהה.

במקרים בהם יהיה צורך בהבהרות, תפנה אליכם חברת הביטוח בבקשה להמציא חומר נוסף. במקרים מסוימים תזמין חברת הביטוח את התיק הרפואי של המבוטח ישירות ממוסדות הבריאות. בכל מקרה תשלח אליכם החלטת חברת הביטוח בכתב.

אם יתברר כי אינכם זכאים לתגמולי הביטוח, תישלח אליכם הודעה בכתב המפרטת את הסיבות. השגות על החלטת חברת הביטוח בדבר דחיית התביעה – ניתן להפנות למוקד התביעות שינחה לגבי אופן הפנייה לוועדת הערר.

ניתן להשיג על ההחלטה באמצעות פניה לוועדת ערר "מכבי סיעודי" שכתובתה רח' ראול ולנברג 36 תל-אביב 6136902

לידיעתך:

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



נספח ב' - טופס הגשת תביעה - פוליסת סיעוד
חלק א' - למילוי בידי המבוטח / איש קשר

א. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה
מספר הפקס	מספר טלפון נייד			
מספר טלפון	מצב משפחתי א ג נ ר			
כתובת מגורים	רחוב	מס'/ת"ד	יישוב	מיקוד
<p>דוא"ל אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי* ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר. * במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי.</p> <p>או <input type="checkbox"/> אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר שחברות בקבוצת כלל תשלחנה אליי, במקום באמצעות דואר ישראל, מסמכים והודעות (לרבות מסמכי פוליסה, דוחות שנתיים ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח, הפנסיה והגמל שלי בקבוצת כלל לכתובת הדואר האלקטרוני שלי המצויה בידהן.</p>				

ב. פרטי איש קשר שאינו המבוטח לניהול התביעה

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	קרבה למבוטח
כתובת מגורים	רחוב	מס'/ת"ד	יישוב
מספר טלפון נייד	מספר טלפון		
<p>דוא"ל אני מסכים כי מסמכים והודעות בנושאי תביעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר. חתימה: _____ @ _____</p> <p>תאריך _____ חתימת המבוטח הכשיר קוגנטיבית המאשר מינוי איש קשר _____</p>			

ג. פרטי המקרה

השתלשלות מפורטת של המחלה בציון מועד מקרה הביטוח, תאריכי טיפול / אשפוז:



ד. סוג התביעה - (סמן X במקום המתאים)

<input type="checkbox"/> השתתפות בהוצאות בגין אשפוז סיעודי	<input type="checkbox"/> שירותי סיעוד / פיצוי בגין טיפול סיעודי ביתי
--	--

ה. מקום הימצאו של המבוטח בבית במוסד

מוסד סיעודי / גריאטרי	שם המוסד	כתובת מלאה	טלפון	תאריך כניסה	סה"כ תשלום חודשי
בית אבות	שם המוסד	כתובת מלאה	טלפון	תאריך כניסה	סה"כ תשלום חודשי

ו. מידע סיעודי נוסף

ביטוח לאומי	% הגמלה/שעות	החל מתאריך	אחר	% הגמלה/שעות	החל מתאריך
<input type="checkbox"/> גמלת סיעוד			<input type="checkbox"/> משרד הבטחון		
<input type="checkbox"/> גמלת שירותים מיוחדים			<input type="checkbox"/> הקרן לניצולי שואה		
<input type="checkbox"/> גמלת ילד נכה					
<input type="checkbox"/> קצבת ניידות					
<input type="checkbox"/> מטופל ביחידה לטיפול בית, מכבי שירותי בריאות? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט: החל מתאריך _____					
<input type="checkbox"/> האם הנך מבוטח בביטוח סיעודי נוסף? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן					
<input type="checkbox"/> האם מקבל/ קיבל תגמולי ביטוח <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט _____					
<input type="checkbox"/> האם ברשותך אישורים להעסקת עובד זר? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט: החל מתאריך _____					
<input type="checkbox"/> האם הנך מעסיק עובד זר <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> באמצעות חברת _____					

* במידה וקיימת ו/או היתה בעבר זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, יש לצרף אישורי הזכאות הרלוונטיים.

ז. פרטי תשלום

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

שם בעל החשבון	שם הבנק	שם סניף	מס' סניף	מס' חשבון
---------------	---------	---------	----------	-----------

שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות לידיעתך, חברתנו משלמת תגמולי ביטוח באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבוטח. ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים לצורך תשלום בהעברה בנקאית, אנו נשלם את תגמולי הביטוח באמצעות משלוח המחאה לפקודתך לכתובת המצוינת בערכת תביעה זו.

ח. הצהרת המבוטח:

שימוש במידע ושמירתו:

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שסיפק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין.

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____
במידה וממונה אפטרופוס (חתימתו):

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

במידה והמבוטח הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על-ידי שני ההורים שבו יצויין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות זהות של המוטבים.



מידע רפואי לצורך קבלת שירות סיעוד | למילוי על ידי רופא בלבד

חלק זה הינו רשות, מומלץ למלאו

א. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	מין נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>
----------	---------	-----------------	--

ב. אבחנות רפואיות ותאריכים

תאריך	אבחנה	תאריך	אבחנה

פרט

האם המבוטח עבר לאחרונה ניתוח, C.V.A. התקף לב, שבר וכד' לא כן

ג. אשפוזים

שם המוסד	מועד אשפוז	סיבת אשפוז

ד. טיפול תרופתי רפואי נוכחי שמקבל המבוטח

טיפול תרופתי	החל ממתי

ה. התמצאות, שיפוט, זיכרון

האם ידוע לך על בעיות חריגות בהתמצאות, שיפוט, זיכרון וכו'... לא כן

פרט האירועים ותאריכי התחלתם: _____

ו. מצב תפקודי

עד מתי המבוטח תיפקד באופן עצמאי? _____

מה גרם לשינוי? _____

תאריך _____ שם הרופא _____ חתימת וחותמת הרופא _____



טופס ויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות	
כתובת מגורים	רחוב	מס'ת"ד	יישוב	מיקוד	

הואיל והגשתי תביעה נגד כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה בזאת למוסד לביטוח לאומי, לקופות החולים ובתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח וכל מאן דבעי למסור לחברת הביטוח ו/או למי מטעמה ו/או ליועץ הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי.

אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מי מטעמה ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור ולא יהיה בכל גילוי שמקורו בטופס זה ו/או בכל חומר שהושג בקשר עם טופס זה כל עילת תביעה ו/או טענה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981. חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 וחוק חופש המידע התשנ"ח 1998 והיא חלה על כל מידע המצוי ברשותכם אודותיי.

- הנני מצהיר בזה על הסכמתי המוחלטת והבלתי חוזרת לוותר על סודיות רפואית ו/או תפקודית ומסמיך את חברת הביטוח ו/או אגודת מכבי מגן ו/או מכבי שירותי בריאות ו/או רופאיה ו/או מוסדותיה הרפואיים לבקש, לקבל ולמסור מידע על מצב בריאותי ו/או תפקודי בעבר, בהווה ובעתיד.
- כמו-כן אני מסכים מראש שכל מוסד או עובדיו הרפואיים ו/או אחרים שיש בידם מידע רפואי ו/או תפקודי ו/או סוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעוד ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כאמור לעיל, יגלו אותו לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות לפי דרישתה ולא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי נותן המידע.
- חתימתי על הצהרה זו מהווה הסכמה ללא סייג לכך שאמציא לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות לפי דרישתה הראשונה, כל מידע בקשר לפניות או צעדים שאנקוט כלפי השלטונות ו/או מוסדותיה של מכבי שירותי בריאות ו/או גופים כל שהם בישראל הנוגעים במישרין או בעקיפין למצב בריאותי ו/או תפקודי, או לדרישות כלשהן הקשורות למצב בריאותי ו/או תפקודי.
- אי מתן מידע זה מטעמי לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות יחשב מכל הבחינות להענקת סמכות לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות לפנות בשמי לכל שלטון, מוסד או גוף כאמור לעיל, על מנת לקבל המידע הדרוש לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות.
- הנני משחרר בזה כל מוסד ו/או עובדיו מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע לחברת הביטוח ו/או למכבי שירותי בריאות ו/או לאגודת מכבי מגן מכל תיק שנפתח על שמי.
- הנני מוותר על סודיות זו כלפי חברת הביטוח ו/או מכבי שירותי בריאות ו/או אגודת מכבי מגן ולא תהיה לי כלפי המוסד ועובדיו כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.
- בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א - 1981 וגם כלפי חוק זכויות החולה תשנ"ו - 1996 והיא חלה על כל מידע רפואי אחר המצוי במאגר המידע של כל מוסד.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד. בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

בכבוד רב,

תאריך _____

חתימה _____

חתימת עד: _____:

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

שם העד _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____



במקרה של קטין יש להחתיים את שני ההורים, האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין:

שם האב _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

שם האם _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

במקרה שמונה אפוטרופוס - יש להחתיים את האפוטרופוס שמונה על פי החוק (יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס)

שם מלא _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____



הליך בירור וישוב תביעה

מבוטח יקר

כלל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב **כנספח ג'**, אשר החברה אימצה לשם כך.

לקוח המעוניין להגיש תביעה למימוש זכויותיו לפי תנאי פוליסת ביטוח, מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה. לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהלקוח, תבחן החברה את זכאות הלקוח לתגמולי ביטוח או לקצבה, לפי העניין, בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח.

לתשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, להיעזר במומחה¹ פנימי או חיצוני מטעמה לצורך בירור התביעה, כגון רופא מומחה או מבצע הערכה תפקודית/בדיקת תשישות נפש במסגרת בדיקת תביעה לקבלת תגמולי סיעוד. במקרה כזה שמורה ללקוח הזכות להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה.

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת מארבע החלופות הבאות: תשלום מלוא התביעה, תשלום חלקי של התביעה, תשלום במסגרת פשרה, או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר ללקוח בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח ג'). בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981², תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח (להלן: "תקופת ההתיישנות"). לתשומת לבך, במקרה שבו עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. (הוראה ספציפית זו תחול על עילת תביעה שהיא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה שטרם התיישנה לפי הדין שחל עליה ביום 23.3.14). תנאי חוזה הביטוח עומדים לרשותך גם באתר האינטרנט של החברה. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסת ביטוח או תקנון קרן פנסיה, על הלקוח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב **כנספח ב'**, בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב **כנספח א'**.

במידה והלקוח מבקש לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא עליו להמציא מסמכים מבססים, הזכאות לשיפוי בגין הוצאות תקבע בהתאם לדין, לפוליסת הביטוח ובכפוף להמצאת מסמכים.

במקרה של תשלום תגמולי ביטוח המכסים תשלומים חד פעמיים לספק שירות מוכר העובד עם הגוף המוסדי או לחילופין במקרה של תשלומים עיתיים העולים על 5,000 ₪, באפשרותך לבחור האם ברצונך שהתשלום לספק יעשה על ידי החברה ועליך לפנות למוקד תביעות בטלפון *6564.

במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים התובע נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

¹ לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

² יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח - 1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות למשל לעניין קטין.



נספח ג' - מערכת הכללים

החברה אמצה מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור, אשר אלה עיקריה:

מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבלה אצלה תביעתו, ערכת מסמכים הכוללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורך בירור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורך בירור התביעה.

בהקדם האפשרי לאחר שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך שנדרשו מהתובע בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע הודעה בכתב על קבלת המסמך ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה. אם החברה זקוקה למסמך נוסף על אלו שנדרשו על ידי החברה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע - על החברה לדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו התברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

לידיעתך: בכל מקרה בו תובע לא המציא מידע ומסמכים שהתבקשו וזאת בתוך 30 יום מהדרישה המקורית, יסתיים הטיפול בתביעה והתובע רשאי לשוב ולפנות בעניין התביעה בכפוף לדיני ההתיישנות.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנתבקשו לראשונה מהתובע, ובכל מקרה בתוך 30 ימים ממועד זה, החברה תמסור הודעה לתובע על יישוב התביעה [בדרך של תשלום, תשלום חלקי, דחיה או פשרה (בכפוף להסכמת המבוטח)], או תמסור לו הודעה בדבר המשך בירור.

הודעת יישוב תביעה שתימסר לתובע, תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החוזר, בהתאם לאופן בו יושבה התביעה:

הודעת תשלום תכלול, בין השאר, פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שמדובר בהודעת תשלום עיתי, ההודעה תכלול בנוסף, בין השאר, גם את משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות.

הודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד הפשרה ואת הסכום שנקבע בפשרה.

הודעת דחייה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחייה לרבות התנאי, התניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה.

מקום שנמסרת לתובע הודעת המשך בירור, תכלול ההודעה את הסיבות בגינן נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים.

ככלל, הודעת המשך בירור תימסר לתובע כל תשעים ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה.

התיישנות

תשומת לבך, בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תתווסף פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת ההתיישנות הרלוונטית לסוג הפוליסה נשוא תביעתך, וזאת בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות.

יודגש - הגשת תביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

* לידיעתך - תקופת ההתדיינות בועדת ערר בכפוף לתנאי הפוליסה לא תיכלל במניין תקופת ההתיישנות של תביעת מבוטח.



בירור תביעה בעזרת מומחה

הסתמכה החברה על חוות דעת מומחה לצורך יישוב התביעה, חוות הדעת תהיה מנומקת, ותכלול את כל הפרטים הנדרשים על פי החוזר לרבות רשימת המסמכים עליהם נסמכת חוות הדעת. חוות הדעת תועבר לידי התובע כחלק מהודעת יישוב התביעה הרלוונטית שתימסר לו.

היענות לפניית מבוטח או תובע

כל פניה בכתב של מבוטח או תובע תיענה על ידי החברה בכתב בתוך שלושים ימים לכל היותר ממועד קבלת הפניה בחברה.

בקשה של תובע לקבל העתק מהפוליסה תיענה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה.

בקשה של תובע לקבל העתק ממסמך אשר התובע חתום עליו או ממסמך אשר הגיע לידי החברה מהתובע או בהסכמתו, תיענה בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה בחברה.

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את העקרונות על פיהם תנהג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיף 8 לחוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת:
<http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>

טבלת המועדים והתקופות הקבועות בחוזר "יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור"

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

