

פוליסת נוסעים לחו"ל - שירותי בריאות כללית הנחיות להגשת תביעה

תביעות בנושאים הבאים:

- הוצאות רפואיות ו/או הוצאות אשפוז בחו"ל
- ביטול נסיעה
- קיצור נסיעה
- נזק לצד שלישי
- תאונות אישיות

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, עפ"י כיסוי נסיעות לחו"ל, לפי 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
בנספח א'.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח אלינו:

פקס שמספרו 077-6383125 או באמצעות מייל לכתובת doarnesiouthul@clal-ins.co.il
או בדואר לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 37080 תל-אביב 6136902
(מסמכים מקוריים יש לשלוח בדואר בלבד)

לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות הודעות SMS המעדכן על סטטוס תביעה. אנא ציין 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.**

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה
בטלפון שמספרו: 03-6388400, *6564 או 03-9420422

בברכה,
מחלקת תביעות נח"ל
מערך התביעות
כלל חברה לביטוח בע"מ



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

תביעה מכוח פוליסת נוסעים לחו"ל

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

במקרה של תביעה בגין הוצאות רפואיות ו/או הוצאות אשפוז בחו"ל:

1. טופס הודעה על תביעה ומכתב הכולל את נסיבות האירוע (נספח ב') ובנוסף:
 2. צילום תעודת זהות.
 3. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.
 4. צילום העמודים הרלוונטיים בדרכון המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ או תעודת בירור (כניסות ויציאות) ממשרד הפנים.
 5. צילום של כרטיס הטיסה המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ (או כרטיס טיסה אלקטרוני – e-ticket).
 6. טופס ויתור סודיות רפואית בעברית.
 7. טופס ויתור סודיות רפואית באנגלית.
 8. סיכום מחלה מפורט מבית החולים בחו"ל.
 9. דו"ח רפואי מהרופא המטפל בחו"ל המפרט את סיבת הפניה, תולדות המחלה ודיאגנוזה.
 10. אישור מהרופא המטפל בארץ על עבר רפואי, לרבות פירוט המחלות מהן סבלת ו/או הינך סובל בחצי השנה שקדמה לנסיעה.
 11. קבלות בגין ההוצאות ו/או תדפיסי אשראי המעידים על ביצוע התשלומים.
 12. חשבונות מהגופים שהעניקו שירות רפואי בחו"ל (במידה והחשבון לא שולם על ידך- חובה לציין זאת).
 13. במקרה של תאונת דרכים:
- 13.1 במידה והמבוטח נהג בכלי הרכב (מכל סוג שהוא) – יש לצרף העתק/צילום רשיון נהיגה לכלי הרכב הכולל את סוג הרישיון שלך (נמצא בצידו השני של הרישיון).
 - 13.2 אישור משטרה מפורט ממקום האירוע, הכולל את נסיבות התאונה.
 - 13.3 פרטי ביטוח חובה במדינה בה אירעה התאונה ו/או חוזה שכירת הרכב.

במקרה של תביעה בגין ביטול נסיעה:

1. טופס הודעה על תביעה ומכתב הכולל את נסיבות האירוע (נספח ב') ובנוסף:
2. צילום תעודת זהות.
3. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.
4. צילום של כרטיס הטיסה המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ (או כרטיס טיסה אלקטרוני – e-ticket).
5. טופס ויתור סודיות רפואית בעברית.
6. קבלות המעידות על תשלום בגין שירותים שלא נוצלו, כגון טיול מאורגן, מלון ורכב שכור.
7. מסמכים ואישורים המפרטים אם ניתן החזר בגין שירותים שלא נוצלו כגון טיול מאורגן, מלון ורכב שכור ומה גובהו.
8. מסמכים המעידים על קיומו של האירוע בגינו בוטלה הנסיעה, כגון: מסמכים המעידים על אירוע רפואי שעבר המבוטח, מסמכים המעידים על אירוע רפואי שעבר בן משפחה קרוב (לרבות אישורו של הרופא המטפל) או מותו של בן משפחה קרוב (לרבות תעודת פטירה ומסמכים רפואיים המעידים על סיבת הפטירה), צו 8 או צו 9.
9. מסמכים המעידים על תנאי ההתקשרות עם ספק התיירות (חברת תעופה, חברות ספנות, בית מלון, השכרת רכב וכד') לרבות פירוט תנאי דמי ביטול.



במקרה של תביעה בגין שינוי מועד החזרה לארץ: קיצור או דחייה.

1. טופס הודעה על תביעה ומכתב הכולל את נסיבות האירוע (נספח ב') ובנוסף:
2. צילום תעודת זהות.
3. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.
4. צילום העמודים הרלוונטיים בדרכון המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ או תעודת בירור (כניסות ויציאות) ממשרד הפנים.
5. צילום של כרטיס הטיסה המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ (או כרטיס טיסה אלקטרוני – eticket).
6. טופס ויתור סודיות רפואית בעברית.
7. טופס ויתור סודיות רפואית באנגלית.
8. כרטיס טיסה שנרכש טרם היציאה מהארץ.
9. כרטיס טיסה חלופי במידה ונרכש.
10. במקרה של הקדמת מועד החזרה לארץ (קיצור) עקב אירוע רפואי למבוטח:
 - 10.1 קבלות המעידות על תשלום בגין שירותים שלא נוצלו כגון טיול מאורגן, מלון, רכב שכור הפלגות וכד' (יש לפרט את עלות שירותי הקרקע בנפרד וכרטיס טיסה בנפרד), לרבות מסמכים ואישורים מספקי התיירות הרלוונטיים המפרטים אם ניתן החזר בגין שירותים אלו.
 - 10.2 אישור מהרופא המטפל בחו"ל על סיבת קיצור הנסיעה וחזרה מוקדמת לישראל.
11. במקרה של הקדמת מועד החזרה לארץ (קיצור) עקב אירוע רפואי לבן משפחה קרוב כמוגדר בפוליסה:
 - 11.1 קבלות המעידות על תשלום בגין שירותים שלא נוצלו כגון טיול מאורגן, מלון, רכב שכור הפלגות וכד' (יש לפרט את עלות שירותי הקרקע בנפרד וכרטיס טיסה בנפרד), לרבות מסמכים ואישורים מספקי התיירות הרלוונטיים המפרטים אם ניתן החזר בגין שירותים אלו.
 - 11.2 מסמכים רפואיים לרבות סיכום אשפוז מבית חולים, סיכום מידע רפואי מהרופא המטפל ובמקרה פטירה - גם את תעודת הפטירה.
12. במקרה של חזרה מוקדמת לארץ קבלת צו 8 או צו 9:
 - 12.1 העתק צו 8 או צו 9.
 - 12.2 קבלות המעידות על תשלום בגין שירותים שלא נוצלו כגון טיול מאורגן, מלון, רכב שכור הפלגות וכד' (יש לפרט את עלות שירותי הקרקע בנפרד וכרטיס טיסה בנפרד), לרבות מסמכים ואישורים מספקי התיירות הרלוונטיים המפרטים אם ניתן החזר בגין שירותים אלו.
13. במקרה של דחייה במועד החזרה לארץ עקב אירוע רפואי למבוטח:
 - 13.1 אישור מהרופא המטפל בחו"ל על סיבת דחיית מועד החזרה לארץ.
 - 13.2 קבלות ותדפיסי אשראי המעידים על הוצאות נוספות עקב דחיית מועד החזרה לארץ.

במקרה של תביעה בגין תאונות אישיות - נכות צמיתה:

1. טופס הודעה על תביעה ומכתב הכולל את נסיבות האירוע (נספח ב') ובנוסף:
2. צילום תעודת זהות.
3. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.
4. צילום העמודים הרלוונטיים בדרכון המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ או תעודת בירור (כניסות ויציאות) ממשרד הפנים.
5. צילום של כרטיס הטיסה המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ (או כרטיס טיסה אלקטרוני – eticket).
6. טופס ויתור סודיות רפואית בעברית.
7. טופס ויתור סודיות רפואית באנגלית.
8. מסמכים המעידים על קרות התאונה בחו"ל, לרבות: דו"ח משטרה ומסמכים רפואיים מחו"ל.
9. חוות דעת מרופא מומחה בתחום בדבר שיעור אחוזי נכות לצמיתות שנקבעו או קביעת המוסד לביטוח לאומי לרבות המסמכים הרפואיים ששימשו לקביעת חו"ד.
10. במקרה של תאונת דרכים:
 - 10.1 במידה והמבוטח נהג בכלי הרכב (מכל סוג שהוא) יש לצרף העתק/צילום רישיון נהיגה לכלי הרכב הכולל את סוג הרישיון (נמצא בצידו השני של הרישיון).
 - 10.2 פרטי ביטוח חובה במדינה בה אירעה התאונה ו/או חוזה שכירת הרכב.



במקרה של תביעה בגין תאונות אישיות - מוות:

1. טופס הודעה על תביעה ומכתב הכולל את נסיבות האירוע (נספח ב') ובנוסף:
2. צילום תעודת זהות.
3. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.
4. צילום העמודים הרלוונטיים בדרכון המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ או תעודת בירור (כניסות ויציאות) ממשרד הפנים.
5. צילום של כרטיס הטיסה המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ (או כרטיס טיסה אלקטרוני – eticket).
6. מסמכים המעידים על קרות התאונה בחו"ל, לרבות: דו"ח משטרה ומסמכים רפואיים מחו"ל.
7. במקרה של תאונת דרכים:
- 7.1 במידה והמבוטח נהג בכלי הרכב (מכל סוג שהוא) יש לצרף העתק/צילום רישיון נהיגה לכלי הרכב הכולל את סוג הרישיון (נמצא בצידו השני של הרישיון).
- 7.2 פרטי ביטוח חובה במדינה בה אירעה התאונה ו/או חוזה שכירת הרכב.
8. תעודת פטירה וצו ירושה או צו קיום צוואה.

במקרה של תביעה בגין נזק לצד ג':

1. טופס הודעה על תביעה ומכתב הכולל את נסיבות האירוע (נספח ב') ובנוסף:
2. צילום תעודת זהות.
3. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.
4. צילום העמודים הרלוונטיים בדרכון המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ או תעודת בירור (כניסות ויציאות) ממשרד הפנים.
5. צילום של כרטיס הטיסה המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ (או כרטיס טיסה אלקטרוני – eticket).
6. טופס ויתור סודיות רפואית בעברית.
7. טופס ויתור סודיות רפואית באנגלית.
8. מסמכים המעידים על האירוע וקימו של נזק.
9. פרטי צד ג' התובע.



נספח ב' - טופס תביעה - פוליסות נוסעים לחו"ל

- תאונות אישיות
 נזק לצד שלישי

- הוצאות רפואיות ו/או הוצאות אשפוז בחו"ל
 ביטול נסיעה (יש למלא עבור כל מבטח תובע)
 קיצור נסיעה (יש למלא עבור כל מבטח תובע)

א. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי		מספר תעודת זהות		מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	תאריך לידה
כתובת מגורים	רחוב	מס'	ת"ד	יישוב	מיקוד	
מספר טלפון נייד	מספר טלפון		מספר הפקס			
<p>דוא"ל _____ @ _____</p> <p>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 שמסרת לחברה, ככל שמסרת.</p> <p><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 בדיקה.</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	מיקוד
מספר טלפון נייד	מספר טלפון				
<p>דוא"ל _____ @ _____</p> <p>אני מסכים כי מסמכים והודעות בנושאי תביעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי חזת במקום באמצעות הדואר. חתימה: _____</p> <p>תאריך _____ חתימת המבוטח המאשר מינוי איש קשר _____</p>					

ג. תיאור המקרה

תאריך יציאה מהארץ	תאריך חזרה לארץ
תאריך האירוע	הארץ בה אירע המקרה

נא למסור תיאור מדויק ומפורט ככל שניתן של המקרה



ד. פירוט מרכיבי התביעה

תאריך הטיפול	סוג ההוצאה	סכום הקבלה וסוג המטבע	נא לסמן x אם צורפה קבלת תשלום במקור

סה"כ הסכום הנתבע וסוג המטבע _____

ה. מידע נוסף

האם היתה פניה לחברת הסיוע מדאסיס או Premium Femi? לא כן האם נמסרו פרטי חברת הביטוח לספק השירות הרפואי בחו"ל? לא כן

ו. פרטי תשלום

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

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

שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות

*ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון הבנק כמפורט לעיל משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוח.

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.

ז. 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. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

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

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

במידה וממונה אפטרופוס (חתימתו):

תאריך _____ חתימה _____

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

אני מאשר כי חברות מקבוצת כלל יהיו רשאיות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי ו/או פרסומי, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע לקבוצת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח _____



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 הסייעודי 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 חוקר 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.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

כתב ויתור זה מחייב אותי ו/או את עזבוני ו/או את בא כוחי ו/או מי מטעמי וכל באי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

חתימה _____ תאריך _____

חתימת עד (חתימה וחותמת)

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

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

*לתשומת לבך, תאריך חתימת העד חייבת להיות בהתאמה לחתימת המבוטח.

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

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

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

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

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



Waiver of Medical Secrecy

Name	I.D. No.	Policy No.
Address		Country

Re: Confidentiality Waiver

I, the undersigned: _____ Israeli I.D. No. _____ (hereby declare that) owing to the fact that I submitted a claim against Clal Insurance Company Ltd. (hereinafter: the "Insurance Company") and/or I am insured by the Insurance Company and/or I have requested to be insured by the Insurance Company, I hereby verify and allow the information that is in your possession regarding myself, without exception, as required by the Insurance Company, including information about the state of my health and/or my rehabilitation and/or social state and/or convalescence and/or mental health and/or psychiatric state, to be submitted to the Insurance Company and/or representative thereof and/or an insurance consultant.

I hereby release the Insurance Company from the duty of confidentiality with regard to all the information noted above. The foregoing shall apply with regard to the Insurance Company and/or any officer and/or employee and/or attorney and/or researcher and/or physician and/or other expert of the Insurance Company or (acting) on its behalf. (Moreover, I hereby declare that) I shall have no complaint or claim of any kind regarding the submission of the information described above, and no disclosure of information pursuant to this waiver and/or any information that shall be obtained pursuant to this waiver shall give rise to a claim and/or complaint.

This request is valid under the Israeli Privacy Law, 1981; the Israeli Patient's Rights Law, 1996; and the Israeli Freedom of information law, 1988 and applies to all the information regarding myself which is in your possession.

This written waiver hereby binds me and/or my estate and/or my attorney and/or my representative and all of my legal representatives and substitutes.

With my signature below I hereby confirm that you have permission to submit the information described above on the basis of this waiver.

Sincerely,

Date _____

Signature _____

in the case of a minor, please have both parents sign, the natural legal guardians

Mother _____ Israeli ID No. _____ Signature _____ Date _____

Father _____ Israeli ID No. _____ Signature _____ Date _____



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 ההוצאות 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, פשרה או דחייה), 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 מחדשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחדשת 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 בגין 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.



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 9-9-2016 (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)

