

פוליסת ביטוח חיים: הנחיות להגשת תביעה - אובדן כושר עבודה קולקטיב

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, על פי הכיסוי לאובדן כושר עבודה לפי תנאי הסכם התקשרות עם המעסיק לפי תנאי הפוליסה.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את הטופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בנספחים המצורף בזאת.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח אלינו אל:
כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 723 תל-אביב 6100701 או לפקס שמספרו 077-6383394,
או למייל שכתובתו tvilife@clal-ins.co.il

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.

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: *6564

בברכה,

מחלקת תביעות ביטוח חיים
מערך התביעות
כלל חברה לביטוח בע"מ



נספח א' - רשימת המסמכים הנדרשים

לצורך קיצור זמן הטיפול בתביעה נבקש לצרף את המסמכים הרלוונטיים מהרשימה להלן:

- טופס תביעה המצ"ב מלא וחתום ע"י המבוטח.
 - טופס 101 המצ"ב מלא וחתום ע"י המבוטח.
- נבקש להבהיר, בטופס התביעה יש למלא את כל הסעיפים, ללא הגשת הטופס מלא בשלמותו לא יהיה באפשרותנו לקדם הטיפול בתביעתך.**
- צילום תעודת זהות קריא וברור, כולל הספח משני צדיו.
 - צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.
 - טופס 106/ אישור על שכרו של המבוטח ב-12 החודשים שקדמו למקרה הביטוח, או עפ"י תנאי הפוליסה, המוקדם מביניהם. במידה ושבת לעבודה חלקית/מלאה יש להעביר תשלומי שכר לאחר האירוע.
 - אישור משטרתי על תאונת דרכים ונסיבות התאונה.
 - אישורים רפואיים עדכניים ומפורטים מרופא מומחה בתחום הפגיעה ו/או אישור רופא תעסוקתי אם קיים, המעידים על מצבך הרפואי.
 - ככל שהנך מקבל פיצוי מהמוסד לביטוח לאומי יש להעביר פירוט תשלומים שהתקבלו וכן פירוט תשלומי פיצוי מהמוסד לביטוח לאומי.
 - אישור ממקום העבודה על ימי ההיעדרות של המבוטח עקב מחלתו/פגיעתו, כולל פירוט תאריכי היעדרות, עד מתי שולם לו שכר ומה השכר החודשי ששולם למבוטח בגין כל תקופת ההיעדרות.
 - אישור יתרת ימי המחלה הצבורים לך ממקום העבודה על מועד מקרה הביטוח.
 - אישור קרן הפנסיה על שכר ושעור גובה קצבת נכות.
- נבקש להבהיר, במידה ולא יתקבלו המסמכים המפורטים לעיל הרלוונטיים במלואם לא יהיה ניתן לקדם את הטיפול בתביעתך.**



נספח ב' - בקשה למימוש זכויות - אובדן כושר עבודה

א. פרטי התובע/מבוטח

מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
	ז / נ			

כתובת מגורים/ישוב	רחוב/ת.ד.	מספר	מיקוד

טלפון	טלפון נייד

מספר טלפון נייד _____ אני מסכים כי המסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו במסרון לנייד שלי, במקום באמצעות הדואר.

דוא"ל (לצורך קבלת מסמכים בדוא"ל יש לציין גם מספר טלפון נייד) _____ 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.

_____ @ _____

אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה לפרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין) בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל באמצעות:

אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454

ב. פרטים נוספים

מספרי הפוליסה/ות לביטוח חיים			
מעמד (מחק את המיותר)	מקצוע	עיסוק בפועל (לפני קרות האירוע)	מקום העבודה
שכיר/עצמאי			



ג. פרטי חשבון בנק (נא צרף צילום המחאה מבוטלת)

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון. הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה:

שם בעל החשבון		מספר זהות		כתובת למשלוח הודעת זיכוי	
מס' בנק		שם סניף		מס' סניף	
שם בנק		מספר חשבון			

*ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון הבנק כמפורט לעיל משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי. 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. שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות.

תאריך: _____ חתימת בעל החשבון: X _____ *

ד. פרטי התביעה

1. תביעה לאובדן כושר עבודה מלא חלקי
2. תאריך קרות האירוע

שנה	חודש	יום

ה. פרטים על אובדן כושר עבודה

1. סיבת אובדן כושר עבודה (סמן):

- מחלה
- מחלת מקצוע
- תאונת עבודה
- תאונת דרכים - עבודה
- תאונת דרכים
- פעולת איבה או מלחמה
- שמירת הריון

2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? אנא תאר את פרטי הארוע

3. האם אתה עדיין מטופל במרכז רפואי כלשהו? כן לא

אם כן פרט את שם המרכז הרפואי: _____

4. עד מתי עבדת לאחרונה?

5. באיזה עיסוק?



6. מה שמו של המעסיק האחרון אצלו הועסקת?

7. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות הרופא? אם כן-עד מתי?

8. האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונה/מחלה? אלו בעיות רפואיות? מתי סבלת מאותן בעיות רפואיות?

9. האם חזרת לעיסוקך או לעיסוק אחר? כן ___ לא ___

אם כן, פרט מהו העיסוק: _____

שם מקום העבודה: _____

מתי התחלת לעסוק בה _____ מהי ההכנסה החודשית _____ מהו היקף המשרה _____

(נא לצרף תלושי שכר)

10. האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו או בחברה כלשהי? כן ___ לא ___

אם כן, מהו העסק, מה שיעור בעלותך בו ומהם התקבולים שאתה מקבל ממנו?

11. האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו לעיל? כן ___ לא ___

אם כן, פרט את כל מקורות ההכנסה מכל מין שיש לך:

12. האם יש לך ביטוחים אחרים לרבות קרנות פנסיה, המכסים נכות ו/או אובדן כושר עבודה? נא מסור פרטים שם חברה,

מספר פוליסה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד.

13. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות התאונה/המחלה? כן ___ לא ___

אם כן- פרט:

14. האם הגשת תביעה לגורם ממשלתי כלשהו? והאם הינך מקבל פיצוי מאותו גורם?

15. במקרה של תאונת דרכים: האם הגשת תביעה לחברת הביטוח עקב התאונה? אם כן, מהו שם החברה? האם נבדקת

על ידי מומחה מוסכם / מומחה בית משפט כן ___ לא ___ אם כן – נא להמציא לנו עותק חוות דעת רפואית



ו. פרטים נוספים על המבוטח

1. מהי השכלתך / הכשרתך המקצועית?

2. פרט מה היו עיסוקיך ב-5 השנים האחרונות, כדלהלן:

עיסוק	השנים בהם עסקת בו	מעמדך שכיר/עצמאי	שם העסק	סיבה להפסקת עבודתך באותו עיסוק

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, יישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק 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 שמסרתי נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

במידה וממונה אפוסטרופוס (חתימתו):

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

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 לחברת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח _____



טופס ויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____ שם האב _____
 רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____ טלפון _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון - השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או למשטרת ישראל / לת"ן ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין לרבות תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשטרת הגבולות ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור - מ.א.ר ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או עיריות לרבות שירותי ומחלקות הרווחה השונים ו/או לשכת הבריאות ו/או למוסד לביטוח לאומי לרבות כל הנוגע לתשלומים ו/או לכל עובד ו/או מוסד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או גמילה ו/או בתי אבות וכמו כן בהדגשה גם ל- _____ למסור **לכלל חברה לביטוח בע"מ** (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הגנטי ו/או הנפשי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או קרן מבטחים ו/או קרן מקפת ו/או עמיתים ו/או כל קרן פנסיה אחרת ו/או קופות גמל למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים, פוליסות, מידע רפואי לרבות ביחס למחלת האיידס, תשלומים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות ו/או מחלות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכן מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או חברות הביטוח ו/או קרנות הפנסיה מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או גנטי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.



חלק ב'

שמות נותני השירותים

שם קופ"ח _____ סניף _____ מס' חבר _____ שם המוסד _____
מס' אישי בצה"ל _____ שם קופ"ח קודמת _____
רופאים 1. _____ 2. _____

חתימת המבוטח

_____ תאריך _____ מס' ת"ז _____ חתימה _____

עד לחתימה

_____ תאריך _____ עד לחתימה מס' ת"ז/מ.ר. _____ חתימה _____

על עד מהימן לחתום חתימה וחותמת לרבות פרטיו המלאים: שם מלא + מ.ר. או תעודת זהות חתימת עד מהימן הינו: סוכן ביטוח בצירוף מספר רישיון, רופא, אחות, עו"ד, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק

יפויי כח

הריני מייפה את כוחו של הנציג _____ לקבל עבורנו את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

_____ תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____



הנחיות למילוי כרטיס עובד

יש למלא את שני העמודים של הטופס.

עמוד ראשון:

שנת מס	יש להקפיד לציין בחלק העליון של הטופס באיזו שנת מס מדובר.	כותרת
פרטי מעביד	אין למלא סעיף זה.	סעיף א'
פרטי העובד	יש למלא את כל הפרטים האישיים.	סעיף ב'
פרטים על ילדים	יש למלא רק אם יש לך ילדים שבשנת המס עוד לא מלאו להם 19 שנה.	סעיף ג'
פרטים על הכנסות ממעביד זה	יש לסמן ב - X את האופציה "קצבה".	סעיף ד'
פרטים על הכנסות אחרות*	יש לסמן ב - X את האופציה המתאימה.	סעיף ה'
פרטים על בן/בת הזוג	יש למלא את הפרטים האישיים של בן/בת זוג ואת המידע על הכנסותיו.	סעיף ו'
שינויים במהלך השנה	למלא אם היו שינויים בפרט כלשהו שציינת (לדוגמה, מצב משפחתי, מצב הכנסות נוספות). לגבי כל שינוי חשוב לציין את תאריך השינוי.	סעיף ז'

עמוד שני:

סיבות לפטור/דיכוי	יש לסמן ב - X את הסעיפים הרלוונטיים לך. שים לב כי עבור חלק מהסיבות יש צורך לצרף אישור מיוחד.	סעיף ח'
בקשה לתיאום מס	רלוונטי רק אם הנך מצרף אישור תיאום מס מפקיד שומה.	סעיף ט'
הצהרה	חובה לחתום ולכתוב תאריך.	סעיף י'

*אם יש לך הכנסות נוספות, ינוכה מהפנסיה מס מקסימלי אלא אם כן נקבל תיאום מס.

אם ברצונך לגשת לפקיד שומה לבקש תיאום מס, יש באפשרותך שתי אופציות:

- לקבל את תשלום הקצבה הראשון בניכוי מס מקסימלי ולגשת למס הכנסה עם התלוש שתקבל מאיתנו. בתשלום הפנסיה שישולם לך לאחר קבלת האישור, נעדכן את שיעור המס על פי האישור מתחילת התשלומים באותה שנה.
- לבקש שנשלח לך הפנייה למס הכנסה לפני שנבצע את התשלום הראשון (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).





כרטיס עובד (1)

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד (1)

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת (1) העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.
{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
כתובת פרטית		מספר טלפון		
מין	מזב משפחתי	רווק/ה	נשוי/אה	מספר
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	<input type="checkbox"/> פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
רחוב/שכונה		מיקוד	תושב ישראל	חבר בקופת חולים
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
קידומת			שם הקופה	
			<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגיניו קצבת ילדים מב"ל

שם	מספר זהות	תאריך לידה	1	2

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)	תאריך תחילה העבודה (1)
<input type="checkbox"/> משכורת חודש (2)	בשנת המס
<input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת (3)	
<input type="checkbox"/> משכורת חלקית (4)	
<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) (5)	
<input type="checkbox"/> קצבה (6)	
<input type="checkbox"/> מלגה (1)	

ה. פרטים על הכנסות אחרות

<input type="checkbox"/> אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות (1)
<input type="checkbox"/> יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
<input type="checkbox"/> משכורת חודש (2)
<input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת (3)
<input type="checkbox"/> משכורת חלקית (4)
<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) (5)
<input type="checkbox"/> קצבה (6)
<input type="checkbox"/> מלגה (1)
אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:
<input type="checkbox"/> אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותם בהכנסה אחרת (7)
<input type="checkbox"/> אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להם כנגד הכנסה זו (8)
<input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)
<input type="checkbox"/> אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10)

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך עליה	תאריך לידה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת				

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי ה	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

ע"י החטיבה לארגון מעורבות מידע (מערבן ל - 11.2014)



1	<input type="checkbox"/> אני תושב/ת ישראל.
2	<input type="checkbox"/> אני נכה 100% / עיוור/ת / לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
3	<input type="checkbox"/> אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה ⁽¹³⁾ מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים בישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.
4	<input type="checkbox"/> אני <input type="checkbox"/> עולה חדש/ה <input type="checkbox"/> תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____ . לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנוניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדש/ה - תעודת עולה.
5	<input type="checkbox"/> בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.
6	<input type="checkbox"/> אני הורה במשפחה חד הורית ⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
7	<input type="checkbox"/> בגין ילדי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽¹²⁾ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד חמש שנים בשנת המס _____ . מספר ילדים אחרים שטרם מלאו להם 19 שנים _____ .
8	<input type="checkbox"/> בגין ילדי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ⁽¹²⁾ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שנולדו בשנת המס ו/או שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____ . <input type="checkbox"/> מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת ו/או שנתיים בשנת המס _____ .
9	<input type="checkbox"/> אני הורה יחיד ⁽¹²⁾ לילדי שבחזקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	<input type="checkbox"/> בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
11	<input type="checkbox"/> בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.
12	<input type="checkbox"/> מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
13	<input type="checkbox"/> אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
14	<input type="checkbox"/> בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1	<input type="checkbox"/> לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.																								
2	<input type="checkbox"/> יש לי הכנסות נוספות ממשכורת ⁽¹⁾ כמפורט להלן: ה מ ע ב י ד / מ ש ל מ ה מ ש כ ו ר ת (1)																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>שם</th> <th>כ ת ו ב ת</th> <th>מספר תיק ניכויים</th> <th>סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)</th> <th>הכנסה חודשית</th> <th>המס שנוכה (לפי הלווים)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	שם	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה (לפי הלווים)			9						9						9			
שם	כ ת ו ב ת	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קיצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית	המס שנוכה (לפי הלווים)																				
		9																							
		9																							
		9																							
3	<input type="checkbox"/> פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.																								

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

תאריך _____ חתימת המבקש/ת _____

דברי הסבר למילוי טופס 101

- "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- משכורת חודש - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ- 18 יום בחודש.
- משכורת בעד עבודה של יותר מ- 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד עבודה נוספת".
- משכורת חלקית - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ- 5 שעות ליום אך פחות מ- 8 שעות בשבוע. ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- שכר עבודה - משכורת בעד עבודה של פחות מ- 18 יום בחודש אך לא פחות מ- 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
- קצבה - מקצבה שהיא הכנסה יחידה ינוכה מס לפי לוח הניכויים. אם יש הכנסות נוספות - ינוכה מס בשיעור מירבי או על-פי תיאום מס מפקיד השומה. אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: הורה, רווק, גרוש, אלמן, פרד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- ישוב מזכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.



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 במומחה 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. 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).

בנוגע לתגמולי ביטוח חובה - בהתאם להוראות סעיף 5 לחוק ההתיישנות, התשי"ח-1958² - תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח חובה היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף ג' לפקודת הביטוח תהיה תקופת ההתיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים.

בנוגע לתגמולי ביטוח רכב צד ג' - בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981² תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

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

* מובהר כי המידע האמור בחלק זה הינו מידע כללי ובכל מקרה, לעניין ביטוח סיעודי, טבלת המועדים הכלולה בנספח א' לעניין יישוב תביעות בביטוח סיעודי, תגבר.



נספח ג' - מערכת הכללים

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

מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תאפשר לתובע בעת הגשת תביעה לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, בהתאם לחלופות הקיימות בחברה ואשר כוללות דואר ודואר אלקטרוני. 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.

כמו כן תשלח החברה לפונה, סמוך למועד פנייתו, את פירוט הפוליסות הנוספות שבהן הוא מבוטח אצלה ותציין בפניו את האפשרות להגשת תביעה בפוליסות הנוספות. בנוסף, לצורך איתור פוליסות נוספות ככל שקיימות החברה תפנה את המבוטח לאתר האינטרנט המרכזי של משרד האוצר לאיתור מוצרי הביטוח "הר הביטוח", לרבות משלוח קישור באמצעות מסרון. לאחר שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע בהקדם האפשרי 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 - החברה תדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו נתברר לה הצורך במסמך הנוסף.

מידע שעל בסיסו תישוב תביעה

החברה תיישב תביעה על בסיס המידע המעודכן או הרלבנטי ביותר שיש ברשותה. החברה תפעל להשגת מידע רלבנטי ליישוב התביעה אם מהנתונים שברשותה עולה כי קיים מידע נוסף שנדרש לצורך יישוב התביעה. במידת הצורך, תפנה החברה לתובע, בבקשה להשלמת מידע בעת הליך בירור תביעה ויישובה, גם אם מסר לה את פירוט המידע והמסמכים שנדרשו על ידה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע. מועד קרות מקרה הביטוח ייקבע בהתאם לכלל המידע הרלבנטי והמסמכים המצויים בידי החברה. מועד קרות מקרה הביטוח לא יקבע כמועד הגשת התביעה אם בהתאם למסמכים שמצויים אצל החברה, אירע המקרה הביטוחי קודם למועד זה.

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 מחודשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות. הודעת תשלום חלקי תכלול בנוסף לפירוט מרכיביו של התשלום, גם פירוט הנימוקים העומדים בבסיס ההחלטה לדחות חלק מהתביעה. הודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד הפשרה ואת הסכום שנקבע בפשרה. 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. ככל שהתובע זנח את תביעתו לאחר תקופה, יופסק הטיפול בתביעה והתובע יהיה רשאי, בכפוף לתקופת ההתיישנות לפנות מחדש להמשך טיפול בה.



הודעת דחיה

1. הודעת דחיה תכלול, בין השאר, את נימוקי הדחייה לרבות התנאי, התניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה ופירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחות את התביעה.
2. ככל שההחלטה לדחות את התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, החברה תפנה אליהם ותאפשר לתובע לקבלם לפי דרישה. החברה תהיה רשאית שלא למסור מסמכים שהם חסויים על פי דין, ובלבד שתיידע את התובע על כך שיש בידיה מסמכים שהיא נמנעת מלצרפם בשל חסיון, ותצרף להודעה הסבר מדוע היא סבורה שהמסמכים חסויים.
3. הודעת דחיה תכלול התייחסות לחוות דעת מומחה שהוגשה מטעם התובע, ככל שהוגשה וככל שהיא רלוונטית לנימוקי הדחיה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.
4. החלטה בתביעה המבוססת על דוח חקירה, תכלול פירוט של עיקרי הממצאים מדוח החקירה שמעידים על כך שלא קרה מקרה הביטוח.

בירור תביעה בעזרת מומחה

מקום שהחברה מתכוונת להיעזר במומחה לצורך בירור התביעה, החברה תודיע על כך מראש לתובע ותיתן הסבר לתובע בדבר תפקידו של המומחה ובדבר זכותו של התובע להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו. 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. קיבלה החברה פנייה של מבוטח או תובע כאמור ומצאה שהיה ליקוי בהתנהלותה או בהתנהלות מי מטעמה ואותו הליקוי שנמצא מצביע על היותו ליקוי מערכתי, תערוך בדיקה לאיתור מקרים דומים, תפיק לקחים ממקרים אלו ותפעל לתיקונם בתוך זמן סביר. 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 ובנספח ב' לחוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 ובנספח ב' לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 ובנספח ב' לחוזר מצוי באתר האינטרנט של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת: <https://mof.gov.il/hon>

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

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

