



פוליסת ביטוח רכב חובה: הנחיות להגשת תביעה - בגין נזקי גוף בתאונת דרכים

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה בגין נזקי גוף בתאונת דרכים על פי ביטוח רכב חובה.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את טופס ההודעה 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 077-6386149,
או למייל שכתובתו clal-hova@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.

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 רכב חובה

מערך התביעות

כלל חברה לביטוח בע"מ



נספח א' - רשימת המסמכים הנדרשים

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

- דרישה כספית מפורטת בצירוף מסמכים להוכחתה
- טופס הודעה על נזק בתאונת דרכים מלא וחתום, מצורף בזאת.
- דף פרטים למעורב בתאונת דרכים מעודכן במלואו, חתום ומאושר, מצורף בזאת.
- טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות חתום ומאושר כדין, מצורף בזאת.
- כשהתובע מיוצג - יפויי כוח הכולל את שם התובע ותאריך האירוע ומאושר כדין.
- צילום תעודת זהות וספח או צילום דרכון.
- תעודת חובה משולמת למועד האירוע.
- אישור משטרה בגין האירוע.
- צילום רישיון נהיגה של הנהג על שני צדדיו תקף ליום האירוע.
- במקרה של נהג תושב חוץ - רישיון רכב, צילום רישיון נהיגה משני צדדיו וצילום דרכון לרבות פירוט כניסות ויציאות מהארץ.
- רישיון רכב
- שמות העדים למקרה ופרטיהם.
- דו"ח שמאי ו/או קבלות על תיקון הנזק לרכב.
- רשימת הרופאים המטפלים לפני ואחרי האירוע.
- תיעוד רפואי מיום האירוע ואילך הקשור לאירוע.
- מסמכי חדר מיון/ בית חולים/ מוקד רפואי.
- דו"ח פינוי אמבולנס.
- אישורי אי כושר.
- תצהיר בריאות מפורט חתום ומאושר כדין.
- תמונות מקוריות מעודכנות של האיבר הפגוע (על התמונות להיות בצבע בציון תאריך הצילום).
- תלושי שכר 3 חודשים לפני האירוע ומאז האירוע ועד היום.
- פרטי קרן פנסיה.
- במידה והתובע נפטר - תלושי שכר של האלמן/נה מ- 3 חודשים לפני האירוע ומאז האירוע ועד היום.
- טפסי 106.
- דוחות שומה.
- דוחות מע"מ.
- אישור מעביד על היעדרות מהעבודה בתקופת אי הכושר.
- אישור מעביד על העדר השתכרות בתקופת אי הכושר.
- אישור מביה"ס/ גן על ימי היעדרות עקב האירועים בציון תאריכים.
- קבלות על הוצאות ככל שקשורות לאירוע.
- חשבון מד"א עבור פינוי ממקום האירוע.
- טופס תביעה לדמי הפגיעה של המוסד לביטוח לאומי.
- דוחות הועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי.
- פירוט התגמולים שהתקבלו מהמוסד לביטוח לאומי.
- פירוט אודות קצבאות נוספות המתקבלות מהמוסד לביטוח לאומי.
- פירוט קצבאות המתקבלות מקרן פנסיה או מחברת הביטוח.
- צו ירושה / צו יקום צוואה מאושר כדין עם חותמת נאמן למקור.
- תעודת פטירה במידת הצורך.
- דו"ח משרד העבודה לגבי האירוע.

נבקש להבהיר, במידה ולא יתקבלו המסמכים המפורטים לעיל במלואם לא יהיה ניתן לקדם את הטיפול בתביעתך.



מספר רישוי	מוסך מתקן
שמי מטפל	שם הסוכן

מטעמי נוחות בלבד נכתב טופס זה בלשון זכר אך פנייתו אל נשים וגברים כאחד

נספח ב' - הודעה על מקרה ביטוח - רכב

חובה צד ג' מקיף אחר נפגעי גוף רדיו גניבת רכב נזק עצמי ולצ"ג נזק עצמי אי הגשה הודעת זהירות

1. פרטי המבוטח

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות	
				סב	
עיסוק / מקצוע		מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון נייד	מספר טלפון בבית	
מיקוד	עיר		מספר בית	כתובת מגורים / רחוב	
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. <input type="checkbox"/> אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד. <input type="checkbox"/> אני מאשר שכלל תשלח אליי, במקום באמצעות דואר ישראל, מסמכים והודעות על פי דין בקשר למוצרים שלי בקבוצת כלל לכתובת הדואר האלקטרוני בכתובת המפורטת לעיל ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה.					

2. פרטי הנהג ברכב בעת המקרה

תאריך לידה		שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות	
						סב	
האם נהג ברשות המבוטח		מספר טלפון בעבודה		מספר טלפון נייד		מספר טלפון בבית	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא							
דואר אלקטרוני		מיקוד	עיר	מספר בית	כתובת מגורים / רחוב		
תאריך הוצאת רשיון נהיגה	האם הרשיון נפסל	בתוקף עד	סוג / דרגת רשיון	מספר רשיון נהיגה		קשר נהג / בעל הפוליסה	
	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא						

3. פרטי הרכב

יצרן	דגם	שנת ייצור	רשום על שם
סוג הרכב			הרכב משועבד / מעוקל לטובת
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> גורר / נגרר <input type="checkbox"/> אוטובוס <input type="checkbox"/> אחר: _____			



4. פרטי התאונה

ראות		כתובת מקום האירוע: עיר / אזור / כביש		שעה	תאריך אירוע	
טובה <input type="checkbox"/> חשכה <input type="checkbox"/> גשום <input type="checkbox"/> ערפל <input type="checkbox"/> לא טובה <input type="checkbox"/>						
מס' נוסעים	שם תחנה	מס' יומן / אירוע	האם הובא לידיעת המשטרה	מהירות בקמ"ש	<input type="checkbox"/> בשטח <input type="checkbox"/> פתוח בשטח בנוי	
			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			
במקרה הצורך נא צרף דף נוסף				תיאור המקרה: _____		
				_____		

				<input type="checkbox"/> קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> ימני <input type="checkbox"/> שמאלי <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> ימני <input type="checkbox"/> שמאלי <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>		

מי אשם בתאונה?	מוקדי הנזק ברכב
אני <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/> לא ידוע <input type="checkbox"/> נמק מדוע: _____	<input type="checkbox"/> קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> ימני <input type="checkbox"/> שמאלי <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> ימני <input type="checkbox"/> שמאלי <input type="checkbox"/> אחר

5. פרטי הרכבים המעורבים (פרטי צד ג')

מספר רישוי	צבע	דגם	יצרן	שנת ייצור	סוג הרכב	
					פרטי מסחרי מונית גורר / נגרר אוטובוס אחר	
מספר טלפון נייד	כתובת		מספר זהות		שם בעל הרכב	
			_____ _____ _____		ב0	
מספר טלפון נייד	כתובת		מספר זהות		שם הנהג	
			_____ _____ _____		ב0	
שם חברת הביטוח		סוכן / טלפון		מספר פוליסה		סוג הביטוח
						מקיף / צד ג' / חובה



6. נפגעים

האם באירוע קיימים נפגעים? כן לא

7. עדים למקרה

שם משפחה ושם פרטי	כתובת	מספר טלפון נייד	קרבה לבעל הפוליסה

8. 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	

*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.

תאריך: _____ חתימת בעל החשבון: X _____ *

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

9. הצהרות

אני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח, מיד עם קבלת הודעה/תביעה כלשהי בקשר לתאונה הנ"ל, מכל גורם שהוא. הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי היום נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה. אני מאשר כי הובא לידיעתי ואני מסכים כי הפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה, יוחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בנושא הביטוח וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים בקבוצת "כלל ביטוח", מאגרי מידע המשמשים את ענף הביטוח בארץ, וכן ככל הנדרש על-פי כל דין. הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי. הנני מתחייב להעביר את דמי ההשתתפות העצמית עפ"י תנאי הפוליסה, מיד עם קבלת הדרישה מן החברה.

_____ X _____

תאריך	מספר זהות	שם	חתימה



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 אפוטרופוס (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.

- אני מסכים שכל הדיווחים השנתיים בביטוחי חיים, חסכון ארוך טווח ו/או בריאות שעליי לקבל מחברת כלל יישלחו לדואר האלקטרוני שלי המפורט ב"פרטי המבוטח" ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה.
- 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 בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)

שם פרטי ומשפחה	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	מיקוד
עיר		
<p>נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים ולרבות בתי חולים פסיכיאטריים, מרפאות פסיכיאטריות, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או מחלקות רווחה ו/או הסיעודי ו/או למבטחים ו/או לקרן מקפת ו/או לקג"מ ו/או לכל חברות הבטוח ו/או לקרנית למסור לקבוצת כלל ביטוח ו/או בא כוחה ו/או מי מטעמה (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורט להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.</p> <p>אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ולרבות בתי חולים פסיכיאטריים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם. מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורט להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.</p> <p>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.</p>		

ולראיה באתי על החתום:

שם ומשפחה: _____ מס' ת.ז. _____ מען: _____

שם הקופה: _____ סניף: _____ מס' אישי בצה"ל: _____

שמות הרופאים המטפלים (משפחה ומקצועיים): _____

קופ"ח - סניפים קודמים:

שם הקופה:	שם הסניף:	מס' חבר:	שמות רופאים מטפלים ומומחיותם:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



במקרה של קטין:

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

חתימה

תאריך

(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

אישור

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע/ה בפני עו"ד _____ במשרדי ברח' _____,

גב'/מר _____ שזהה עצמו ע"י תעודת זיהוי מס' _____ / המוכר/ת לי באופן אישי ואחרי שהסברתי לו/ה מהות כתב ויתור על סודיות זה, אישר/ה בפני כי הבין/נה תוכנו וחתם/מה עליו בפני.

חתימה + חותמת

תאריך



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 ציון 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 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 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 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"

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	30-60 ימים
8(יב)(2)	העברת העתק מפקס 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

