

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 077-6383149,
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 טיפול בתביעתך, אנו נדרשים לחלק מהמסמכים המופיעים ברשימה להלן, על מנת לקצר את משך זמן הטיפול, אנא העבר את המסמכים הקיימים ברשותך.

- דרישה כספית מפורטת בצירוף מסמכים להוכחתה.
- טופס הודעה על נזק בתאונת דרכים מלא וחתום, מצורף בזאת.
- דף פרטים למעורב בתאונות דרכים מעודכן במלואו, חתום ומאושר, מצורף בזאת.
- טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות חתום ומאושר כדין, מצורף בזאת.
- כשהתובע מיוצג - יפוי כוח הכולל את שם התובע ותאריך האירוע ומאושר כדין.
- כשהתובע הינו קטין מיוצג - יפוי כוח חתום על ידי 2 הורי הקטין, בציון שמות ההורים, ת.ז שלהם ותאריך האירוע חתום 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 קיום צוואה מאושר כדין עם חותמת נאמן למקור.
- תעודת פטירה במידת הצורך.
- דו"ח משרד העבודה לגבי האירוע.



מספר רישוי	מספר הפוליסה

נספח ב' - הודעה על נזק גוף בתאונת דרכים

1. פרטי המבוטח

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות	
				ב	
עיסוק / מקצוע		מספר טלפון נייד	מספר טלפון בבית		
מיקוד	עיר	מספר בית	כתובת מגורים / רחוב		
<input type="checkbox"/> מספר טלפון נייד _____ אני מסכים כי המסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו במסרון לנייד שלי, במקום באמצעות הדואר.					
<input type="checkbox"/> דוא"ל (לצורך קבלת מסמכים בדוא"ל יש לציין גם מספר טלפון נייד) _____ @ _____ אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.					
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי.					
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני * במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני שציינתי בדואר אלקטרוני שלי * או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר.					
<input type="checkbox"/> אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.					
<input type="checkbox"/> 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:					
<input type="checkbox"/> אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר רגיל					
<input type="checkbox"/> לידעיתך, 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 שבצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון *5454					

2. פרטי הנהג ברכב בעת המקרה

תאריך לידה		שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	
				ב	
מספר טלפון נייד			מספר טלפון בבית		
דואר אלקטרוני	מיקוד	עיר	מספר בית	כתובת מגורים / רחוב	
תאריך הוצאת רישיון נהיגה		בתוקף עד		סוג / דרגת רישיון	



3. פרטי הרכב

רשום על שם	שנת ייצור	דגם	יצרן
הרכב משועבד / מעוקל לטובת		סוג הרכב	
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

תאריך אירוע	שעה	כתובת מקום האירוע: עיר / אזור / כביש	האם הובא לידיעת המשטרה
			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
תיאור המקרה: _____ במקרה הצורך נא צרף דף נוסף			
			
מוקדי הנזק ברכב		מי אשם בתאונה?	
ברכב המבוטח: <input type="checkbox"/> קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> ימני <input type="checkbox"/> שמאלי <input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> אני <input type="checkbox"/> צד ג' <input type="checkbox"/>	
ברכב צד ג': <input type="checkbox"/> קדמי <input type="checkbox"/> אחורי <input type="checkbox"/> ימני <input type="checkbox"/> שמאלי <input type="checkbox"/> אחר			

5. כלי הרכב 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		
מספר טלפון נייד	כתובת	מספר זהות	שם הנהג		
שם חברת הביטוח	סוכן / טלפון	מספר פוליסה	סוג הביטוח		
			מקיף / צד ג' / חובה		

6. נפגעים

האם באירוע קיימים נפגעים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן



פרטי נפגע 1

שם המשפחה		השם הפרטי	תאריך לידה	מספר זהות / ס.ב.
רחוב		מס' או ת"ד	יישוב	מיקוד
דוא"ל				
סוג הפגיעה <input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> רוכב אופניים <input type="checkbox"/> אחר, נא פרט _____				
מהות הפגיעה _____				
קבלת טיפול רפואי <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	שם המוסד	פינוי ע"י אמבולנס? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אשפוז בית חולים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	משך האשפוז
היעדרות מעבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	מתאריך _____	עד תאריך _____	האם נגרמו הפסדי השתכרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
סוג הנסיעה	במהלך עבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	בדרך לעבודה או ממנה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	נסיעה פרטית <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	הסעה בשכר של המעביד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
חברות קופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית		הסניף	שם הרופא המטפל	

פרטי נפגע 2

שם המשפחה		השם הפרטי	תאריך לידה	מספר זהות / ס.ב.
רחוב		מס' או ת"ד	יישוב	מיקוד
דוא"ל				
סוג הפגיעה <input type="checkbox"/> נהג <input type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> רוכב אופניים <input type="checkbox"/> אחר, נא פרט _____				
מהות הפגיעה _____				
קבלת טיפול רפואי <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	שם המוסד	פינוי ע"י אמבולנס? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אשפוז בית חולים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	משך האשפוז
היעדרות מעבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	מתאריך _____	עד תאריך _____	האם נגרמו הפסדי השתכרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
סוג הנסיעה	במהלך עבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	בדרך לעבודה או ממנה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	נסיעה פרטית <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	הסעה בשכר של המעביד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
חברות קופת חולים <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> לאומית		הסניף	שם הרופא המטפל	

7. עדים למקרה

שם משפחה ושם פרטי	כתובת	מספר טלפון נייד	קרבה לבעל הפוליסה



8. פרטי חשבון בנק

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 בנק	מס' בנק	שם סניף	מס' סניף	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.

תאריך: _____ חתימת בעל החשבון: X _____ *

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

קבלת תשלום באופן דיגיטלי

לחלופין, ככל שתבחר בכך, חברתנו מאפשרת לך לקבל את התשלום באמצעות אפליקציות תשלום דיגיטלי מובילות, וזאת בתחומים שונים ובסכומים משתנים, במידה והינך מעוניין לקבל תשלום באופן דיגיטלי כאמור, אנא סמן סעיף זה, בחר את האפליקציה המבוקשת, וודא כי האפליקציה מותקנת במכשירך, והזן הפרטים הבאים כפי שמעודכנים באפליקציה:

.PAY

ת.ז: _____ טלפון נייד: _____

נציין כי במידה ותביעתך לא תתאים לתשלום מסוג זה, התשלום יועבר באמצעי אחר בהתאם לאמור בסעיף זה.



הצהרת המבוטח

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי בתצהיר זה נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אלי, ישמרו 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.

הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי.
הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי ו/או שאמסור 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.

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	מיקוד
רחוב	מספר	עיר	מיקוד

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.

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. 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.

במקרה של קטין:

שם האם _____ ת.ז. _____

שם האב _____ ת.ז. _____

ולראיה באתי על החתום:

שם ומשפחה: _____ תאריך: _____ חתימה _____

(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 זהויה מס' _____ המוכרת לי באופן אישי ואחרי שהסברתי לו/ה מהות כתב ויתור על סודיות זה, אישר/ה בפני כי הבין/נה תוכנו וחתם/מה עליו בפני.

תאריך _____ חתימת עו"ד + חותמת _____

קופת חולים:

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: _____



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. 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, תשי"ח - 1958 - תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח חובה היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3 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 - 1981 - 2 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 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 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 ייקבע 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 הדחיה 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 לידו 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 9-9-2016 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשון. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 ובנספח ב' לחוזר, יגבר האמור בחוזר. הנוסח המלא של סעיף 8 ונספח 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"

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)

