

לקוח/ה יקר/ה,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך מימוש זכויות בתביעת פטירה לפי תנאי פוליסת הביטוח.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים אנא העבר אלינו:

כלל חברה לביטוח בע"מ- מחלקת תביעות ביטוח חיים, לכתובת ת.ד. 37070 תל אביב מיקוד 6136902, לפקס,

077-6383394 או למייל שכתובתו: tvilife@clal-ins.co.il

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו *6564

מחלקת תביעות ביטוח חיים

מערך התביעות,

כלל חברה לביטוח בע"מ

הליך בירור ויישוב תביעה

לקוח/ה יקר/ה

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

לקוח/ה המעוניין/ת להגיש תביעה למימוש זכויותיו/ה לפי תנאי פוליסת ביטוח, מתבקש/ת לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהלקוח/ה, 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 א' המצ"ב).

יודגש כי תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981² או עפ"י תנאי הפוליסה המאוחר מביניהם. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו, או במועד קיומו.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסת ביטוח, על הלקוח/ה למלא את טופס התביעה המתאים מבין טפסי התביעה המצורפים כנספח ג', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח ב'.

במידה והלקוח/ה מבקש/ת לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא/ה, עליו/ה להמציא קבלות מקוריות. הזכאות לשיפוי בגין ההוצאות תקבע בהתאם לדין או לפוליסת הביטוח ובכפוף להמצאת המסמכים.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח/ה להעביר אלינו לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 37070 תל אביב 6136902, מחלקת תביעות ביטוח חיים או לפקס 077-6383394. אנו מבקשים להבהיר כי לצורך יישוב התביעה יש לשלוח את טופס התביעה ואת המסמכים לכתובת או לפקס הנזכרים לעיל בלבד, ואין די במשלוח הטופס ו/או המסמכים לכל כתובת או פקס אחרים, לרבות לא אל סוכן הביטוח.

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 א'

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.

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 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 2011-9-5 (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>

נספח ב'

רשימת המסמכים הנדרשים- תביעה לתשלום ריסק ותגמולים

- טופס תביעה המצ"ב מלא וחתום ע"י המוטבים. (טופס אחד עבור כל המוטבים)
- 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 צידיו של כל מוטב .
- טופס וויתור סודיות רפואית מצד המוטבים עבור הוצאת תיקו הרפואי של המבוטח/ת מלא וחתום.
- תעודת הפטירה ממשרד הפנים מקור או נאמן למקור .
- נסיבות הפטירה -יש לצרף את כל המסמכים והדוחות הרפואיים הקשורים לתביעה ומלמדים על נסיבות הפטירה, לרבות דו"ח מפורט מבית החולים המעיד על נסיבות הפטירה, אישורים רפואיים, במקרה שלא היה טיפול רפואי -תעודה על סיבת המוות ונסיבותיה וכן דו"ח מד"א אם קיים .
- במקרה והפטירה נובעת מתאונה , יש להמציא בנוסף לאמור לעיל, אישור ממוסד ממשלתי (כגון משטרת ישראל, המכון לרפואה משפטית, משרד הביטחון) המעיד על נסיבות התאונה שגרמה לפטירה .
- אסמכתא לפרטי בנק , צילום המחאה של כל מוטב/אישור הבנק על התנהלות חשבון.
- במקרה שהמוטב/שאר הינו קטין , יש להמציא אישור הבנק על התנהלות חשבון אפוטרופוס לטובת הקטין.

בפוליסת מנהלים יש להמציא בנוסף

- טופס 161 מקורי חתום על ידי המעסיק. (הודעת המעביד על תשלום מענק פרישה או מוות וטופס 161 ב' - הודעת שארים על הפסקת עבודה עקב מוות) לרבות אישור פקיד שומה בדבר שיעור המס אותו יש לנכות מכספי הפיצויים.
- תצהיר שארים¹ חתום ומאומת בפני עו"ד (מצ"ב העתק)
- צילום תעודת זהות של השארים כולל הספח לכל אחד מהשארים .

¹ **שארים** - בן זוג של העובד בשעת פטירתו, לרבות הידוע בציבור כבן זוגו והוא גר עמו וילד של העובד שהוא בגדר תלוי במבוטח לענין גמלאות לפי פרק ג' לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) תשכ"ח-1968, ובאין בן זוג או ילדים כאמור - ילדים והורים שעיקר פרנסתם הייתה על הנפטר (ראה סעיף 5 לחוק פיצויי פיטורים, תשכ"ג-1963)

בקשה למימוש זכויות - מקרה פטירה

הודעת המוטבים

א. פרטי המבוטח הנפטר ז"ל

מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מצב משפחתי
ז/ב				שנה חודש יום	1. רווק/ה 2. נשוי/אה. 3. גרוש/ה 4. אלמן/ה

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

מספר/י פוליסה/ות	שם בעל הפוליסה

ב. פרטי מגיש התביעה

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	קשר של מגיש הבקשה למנוח

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

טלפון	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
		@

ג. פרטי המוטבים

מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
ז/ב				שנה חודש יום		
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
ז/ב				שנה חודש יום		
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
ז/ב				שנה חודש יום		
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
ז/ב				שנה חודש יום		
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
ז/ב				שנה חודש יום		
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
ז/ב				שנה חודש יום		

ד. פרטי הבנק של המוטבים:

שם המוטב	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון

* יש לצרף המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו או לחילופין אישור בנק הכולל שם מלא+ מס' ת.ז. + מס' חשבון+ מס' סניף+ חתימה וחותמת הבנק

ה. פרטי התביעה

1. תאריך פטירת המנוח/ה

2. מקום הפטירה

3. מהי סיבת המוות ונסיבותיה? יש לפרט (כגון מחלה, תאונה, התאבדות, אחר):

4. במקרה פטירה עקב מחלה, פרט מיהם הרופאים ו/או המוסדות הרפואיים שטיפלו במנוח בשנה שקדמה למועד הפטירה?

5. שם קופת החולים וכתובת הסניף בו היה מטופל המנוח:

6. האם המנוח היה מבוטח בביטוח חיים בחברות אחרות? ☐ כן ☐ לא
אם כן – פרט את שמות החברות ומספרי הפוליסות

ו. פרטי שאירים * (חלק זה ימולא רק במקרים בהם קיימים כספי פיצויים בפוליסות ע"ש המנוח)

אנא מלא הפרטים בטבלה:

תאריך לידה			סוג הקרבה למנוח		שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות							
שנה	חודש	יום														
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו		מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח											
תאריך לידה			סוג הקרבה למנוח		שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות							
שנה	חודש	יום														
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו		מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח											
תאריך לידה			סוג הקרבה למנוח		שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות							
שנה	חודש	יום														
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו		מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח											
תאריך לידה			סוג הקרבה למנוח		שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות							
שנה	חודש	יום														
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו		מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח											
תאריך לידה			סוג הקרבה למנוח		שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות							
שנה	חודש	יום														
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו		מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח											
תאריך לידה			סוג הקרבה למנוח		שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות							
שנה	חודש	יום														
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו		מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח											

7. האם השאיר/ה המנוח/ה צוואה? כן / לא

אם כן : האם יש בה התייחסות לפוליסות הביטוח או לפוליסה נשוא בקשתך זו וכן האם נרשמה בה זהות הנהנים בפוליסה נשוא הבקשה, פרט.

8. האם קיים צו ירושה / צו קיום צוואה / החלטה שיפוטית או פסק דין שיש בהם התייחסות למוטבים לפי פוליסות הביטוח או לזכאים לקבלת תגמולי הביטוח על פי הפוליסה?

לתשומת לבך!

- ☐ יש למלא באופן מדויק ומלא של כל השאלות בטופס וכן צרפו את כל המסמכים הנדרשים (ימנע עיכוב בטיפול בתביעה ויזרז את זמן המענה של החברה).
- ☐ אין בטופס זה כדי להוות הודאה ו/או הכרה בחבות מצד החברה בזכויותיך.
- ☐ סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, קובע תקופת ההתיישנות למשך שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.
- ☐ טופס זה עניינו תביעה לתגמולי ביטוח בגין כיסויי פטירה (אם בכוונתך להגיש תביעה בגין עילה אחרת (למשל: מחלות קשות; נכות מתאונה וכיוצ"ב) אנא צרף טופס תביעה רלוונטי נוסף.

הצהרת מגיש התביעה

אני החתום מטה, מגיש תביעה זו, מצהיר בזה כי תשובותיי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברו הרפואי של המבוטח ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית, ידוע לי כי על פי הוראות הדין, העלמת פרטים בהצהרתי זו או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכותי לפיצוי על פי הפוליסה.

תאריך _____ חתימת המבקש _____

כתב ויתור על סודיות רפואית

פרטי המנוח:

שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות
שם רופא מטפל	שם קופת חולים	מס' אישי בצה"ל

שם סניף המוסד לביטוח לאומי טופלה התביעה

אנו החתומים מטה, יורשיו הבלעדיים של המנוח (להלן: "המנוח"), נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולקופת חולים, בית חולים, כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, וכן משרד הבטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הבטחון, ואדם אחר כלשהוא למסור **ל כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקשים")**, ו/או מי מטעמם את כל המידע, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתדרש ע"י המבקש הנ"ל על מצב בריאותו ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי של המנוח ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחלה בה ואנו משחררים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואיות בכל הנוגע למצב בריאותו ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתו ו/או מחלתו של המנוח הנ"ל ומוותרים על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הננו מייפים את כוחם של הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמם להגיש בשמנו בקשת עיון ולעיון במידע אודות המנוח המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם.

מבלי לפגוע באמור לעיל, הרינו מתירים בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שם המנוח במוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח ומשלם לנו ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת מידע מסוג כלשהוא כמפורט לעיל.

כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עזבון המנוח ובאי כוחינו החוקיים וכן מי שיבוא במקומינו.

ולראיה באנו על החתום:

שם +משפחה	ת.ז.	חתימה:
שם +משפחה	ת.ז.	חתימה:
שם +משפחה	ת.ז.	חתימה:
שם +משפחה	ת.ז.	חתימה:

עד לחתימה

תאריך	עד לחתימה מס' ת"ז	חתימה
-------	-------------------	-------