

לקוח יקר,

בהמשך לפנייתך למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת הביטוח, מצורפת בזאת לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת התביעה.

צוותי החברה עומדים לרשותך בכל עת.

בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עם נציג החברה בטלפון 03-7965775.

לידיעתך, במידה ולא יתקבל אחד מהמסמכים המפורטים להלן, לא ניתן יהיה לבצע המשך טיפול בתביעתך.

טופס תביעה המצ"ב מלא וחתום ע"י המבוטח.

**לתשומת לבך! בטופס התביעה יש למלא את כל הסעיפים, ללא הגשת טופס מלא בשלמותו לא נוכל**

**להמשיך הטיפול בתביעה.**

צילום תעודת זהות קריא וברור, כולל הספח משני צידיו

טופס ויתור על סודיות רפואית המצ"ב.

דו"ח רפואי מקצועי עדכני המפרט את מצבך הבריאותי ובציון טיפולים ותרופות שהינך מקבל/ת.

כמו כן, נבקשך להמציא את כל המסמכים הרפואיים שברשותך מיום גילוי המחלה.

אסמכתא לפרטי בנק: צילום שיק/אישור מהבנק.

פרוט שם קופ"ח ושם רופא אצלו טופלת לפני הצטרפותו לביטוח.

בברכה,

החטיבה לחסכון ארוך טווח

כלל חברה לביטוח בע"מ

## הליך בירור ויישוב התביעה

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 המעוניין להגיש תביעה למימוש זכויותיו לפי תנאי פוליסת ביטוח או לפי תקנון קרן פנסיה, 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 או לתקנון קרן הפנסיה.

לתשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, להיעזר במומחה פנימי או חיצוני מטעמה לצורך בירור התביעה. במקרה כזה שמורה ללקוח הזכות להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה<sup>1</sup>.

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת מארבע אלה: 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').

**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-1981<sup>2</sup> 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 או תקנון קרן פנסיה, על הלקוח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח ג'.

במידה שהלקוח מבקש לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא, עליו להמציא מסמכים מבססים. הזכאות לשיפוי בגין הוצאות תקבע בהתאם לדין, לפוליסת הביטוח או לתקנון קרן הפנסיה ובכפוף להמצאת המסמכים.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח להעביר אל החברה באחת מהדרכים הבאות:

לאי-מייל: [tvilife@clal-ins.co.il](mailto:tvilife@clal-ins.co.il)

לפקס: 077-6383394

לכתובת: מחלקת מימוש זכויות דרך מנחם בגין 48 תל-אביב מיקוד 66180,

מובהר 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.

<sup>1</sup> לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

<sup>2</sup> יצוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

## מערכת הכללים

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

### מסמכים ומידע בביורור התביעה

החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבלה אצלה תביעתו, ערכת מסמכים הכוללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורך ביורור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורך ביורור 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 נתברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

### הודעה בדבר מהלך ביורור 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 ביורור.

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 המחלוקת ואת הסכום שנקבע בפשרה.

הודעת דחייה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחייה לרבות התנאי, ההתניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה.

מקום שנמסרת לתובע הודעת המשך ביורור, תכלול ההודעה את הסיבות בגין נדרש לחברה זמן נוסף לשם ביורור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים.

ככלל, הודעת המשך ביורור תימסר לתובע כל תשעים ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה.

### ביורור 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 9 לחוזר גופים מוסדיים 2009-9-18 (ביורור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 9 לחוזר, יגבר האמור בחוזר. הנוסח המלא של סעיף 9 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>.**

## בקשה למימוש זכויות – גילוי מחלה קשה

### א. פרטי התובע/מבוטח

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

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

|       |            |               |
|-------|------------|---------------|
| טלפון | טלפון נייד | דואר אלקטרוני |
|       |            | @             |

### ב. פרטים מוספים

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| מספר/י הפוליסה/ות לביטוח חיים | שם בעל הפוליסה |
|-------------------------------|----------------|

|                      |       |                                |             |
|----------------------|-------|--------------------------------|-------------|
| מעמד (מחק את המיותר) | מקצוע | עיסוק בפועל (לפני קרות האירוע) | מקום העבודה |
| שכיר/עצמאי           |       |                                |             |

### ג. פרטי חשבון בנק

|         |          |            |            |
|---------|----------|------------|------------|
| 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

### ד. תאריך גילוי המחלה

|     |      |     |
|-----|------|-----|
| שנה | חודש | יום |
|-----|------|-----|

### ה. פרטים על המחלה

1. פרטים על מהלך המחלה:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. מיהם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בקשר למחלה?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. שם הרופא המטפל (ושם קופ"ח) אשר טיפל בך לפני הצטרפותך לביטוח:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. האם אתה עדיין מאושפז בבית חולים/ עובר טיפולים רפואיים?  כן  לא  
אם כן, ציין את הפרטים:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. האם הינך זכאי לפיצוי מגורם נוסף כלשהו בגין המחלה (גורם ממשלתי/בטחוני/אחר)?  כן  לא  
 אם כן- פרט מהו הגורם ומכוח מה קיימת הזכאות:

---



---

6. האם הגשת תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות גילוי המחלה?  כן  לא  
 אם כן, מה היתה קביעת המוסד לביטוח לאומי?

---



---

### 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 מחלות קשות (אם בכוונתך להגיש תביעה בגין עילה אחרת (למשל: נכות; אובדן כושר עבודה וכיוצ"ב) אנא צרף טופס תביעה רלוונטי נוסף.

### הצהרת התובע

אני החתום מטה, מגיש תביעה זו, מצהיר בזה כי תשובותי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי הרפואי 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 המבוטח (התובע) \_\_\_\_\_

---

## טופס ויתור על סודיות רפואית

**חלק א'**

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

| שם משפחה    | שם פרטי     | תעודת זהות | שם האב       |
|-------------|-------------|------------|--------------|
| _____       | _____       | _____      | _____        |
| <b>רחוב</b> | <b>מספר</b> | <b>עיר</b> | <b>טלפון</b> |

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, 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 לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל: **ככלל 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 מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי 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 או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות 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 מכון 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, מחובת שמירה על סודיות לרבות 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 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.

**חלק ב'**

**שמות נותני השירותים:**

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חברה: \_\_\_\_\_ שם המוסד: \_\_\_\_\_  
**מס' אישי בצה"ל:** \_\_\_\_\_ **שם קופ"ח קודמת:** \_\_\_\_\_  
 רופאים: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**במקרה של קטין:** שם האם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

### חתימת המבוטח

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

### עד לחתימה

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

**יפוי כח**

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

|       |                   |       |
|-------|-------------------|-------|
| תאריך | שם פרטי ושם משפחה | חתימה |
|-------|-------------------|-------|