

לקוח יקר,

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

אנא העבר אלינו טופס תביעה, המצורף כנספח ב', לאחר שמילאת בו את הפרטים הנדרשים, בתוספת כל המסמכים המפורטים בנספח ג'.

צוותי החברה עומדים לרשותך בכל עת.

בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עם נציג החברה בטלפון 03-6388400, שלוחה 3.

את מסמכי התביעה ניתן לשלוח באמצעות:

1. מייל: לכתובת mailtvisiud@clal-ins.co.il
2. פקס: 077-6383051
3. דואר: כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות סיעוד, בית סונול, רח' מנחם בגין 52, תל אביב מיקוד 67137

בברכת בריאות טובה,

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

הליך בירור ויישוב התביעה

כלל בריאות 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.

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').

ידגש כי תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981¹ 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 ההוצאות 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: mailtvisiud@clal-ins.co.il, לפקס: 077-6383051 או לכתובת: כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות סיעוד, בית סונול, רח' מנחם בגין 52, תל אביב מיקוד 67137.

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.

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

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 נתברר 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 עיתית, 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 בירור, תכלול ההודעה את הסיבות בגין 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.

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 9 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>.

טופס הגשת תביעה - מקרה פטירה

הודעת המוטבים

א. פרטי המבוטח הנפטר ז"ל

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

ד. פרטי הבנק של המוטבים:

שם המוטב	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון

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

ה. פרטי התביעה

1. תאריך פטירת המנוח/ה

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

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 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.

7. 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: סיעוד, מחלות קשות, נכות מתאונה וכיוצ"ב) אנא צרף טופס תביעה רלוונטי נוסף.

הצהרת מגיש התביעה

אני החתום מטה, מגיש תביעה זו, מצהיר בזה כי תשובתיי 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 תגררם לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכותי לפיצוי על פי הפוליסה.

חתימת המבקש

תאריך

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 הסייעות 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 רפאיו והועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הבטחון, ואדם אחר כלשהוא למסור **לכלל בריאות 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 הסייעות 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 מרופאים 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 הסייעות 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:

חתימת המבוטח

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

עו"ד עד לחתימה

תאריך	שם עו"ד ומספר רשיון	חתימה וחותמת
-------	---------------------	--------------

רשימת המידע והמסמכים הנדרשים לשם ברור ויישום התביעה - מקרה פטירה

- ☐ טופס תביעה מלא וחתום ע"י המוטבים. (אין צורך להגיש טופס תביעה לכל אחד מהמוטבים בנפרד).
- ☐ כתב ויתור סודיות רפואית מצד המוטבים עבור הוצאת תיק רפואי של המבוטח (מצ"ב עותק)
- ☐ תעודת הפטירה ממשרד הפנים - **מקור**.
- ☐ נסיבות הפטירה- יש לצרף את כל המסמכים והדוחות הרפואיים הקשורים לתביעה ומלמדים על נסיבות הפטירה, לרבות דו"ח מפורט מבית חולים על האישפוז הקשור במקרה המוות, דו"ח ניתוח, דו"ח נתיחה שלאחר המוות, דו"ח מפורט של הרופא שטיפל במבוטח. במקרה שלא היה טיפול רפואי – תעודה על סיבת המוות ונסיבותיו, 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.
- ☐ צילום ת"ז + ספח של כל מוטב.
- ☐ אסמכתא לפרטי בנק - צילום שיק / אישור מהבנק של כל מוטב
- ☐ אם קיימים מוטבים קטינים שאין להם "אפוטרופוס טבעי", יש להמציא צו בימ"ש הממנה להם אפוטרופוס.
- ☐ אם קיימים מוטבים פסולי דין- צו מינוי אפוטרופוס/ נציג החוקי שלהם. כל האמור בצירוף צילום תעודות הזהות+ ספח של האפוטרופוס/הנציג.