

## פוליסת סיעוד - לאומית הנחיות להגשת תביעה

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, עפ"י כיסוי בפוליסת הסיעוד ולפי תנאי פוליסת הביטוח.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את טופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בנספחים המצ"ב.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים (מסמכים מקוריים) אנא שלח אלינו אל:  
בפקס שמספרו 077-6383024 או באמצעות מייל לכתובת: [mailtvisiud@clal-ins.co.il](mailto:mailtvisiud@clal-ins.co.il)  
או בדואר לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 723 תל-אביב 6100701  
(במקרים בהם נדרשים מסמכים מקוריים יש לשלוח בדואר בלבד).

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.

**כמו כן, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.  
מתן כתובת המייל עשוי לייעל את הטיפול בעניינך.**

**שים לב!**

מובהר כי קבלת טופס התביעה אצל המבוטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבוטח.

**אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה  
בטלפון שמספרו: 1800702702 או \*6564**

בברכה,  
מחלקת תביעות סיעוד  
מערך התביעות  
כלל חברה לביטוח בע"מ



## נספח א' - רשימת המידע והמסמכים המתבקשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

### תביעה מכוח פוליסת סיעוד

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

1. טופס הגשת תביעה סיעודית.
2. שאלון הערכה תפקודית (ימולא ע"י הרופא המטפל).
3. כתב ויתור על סודיות רפואית.
4. סיכומי אשפוזים מבתי חולים\*.
5. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריאטריות\*.
6. במקרה של תשישות נפש - אבחנה מנוירולוג או פסיכוגריאטר\*.
7. סיכומי ביקורים וחוות דעת של גורמים פרא רפואיים, כגון מרפאים בעיסוק ועובדים סוציאליים\*.
8. תיק הביטוח הלאומי ואישורי זכאות מביטוח לאומי\*.
9. אישור על העסקת עובד זר (במידה וקיים) - לרבות מכתב השמה.
10. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור על קיום חשבון בנק.
11. צילום תעודת זהות.
12. במקרה של תביעה של מבטוח במסגרת משרד החינוך - כתב ויתור סודיות מופנה למשרד החינוך (במידה ורלוונטי).
13. במקרה של תביעה בגין מבטוח שנפטר - העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / צו ירושה / כתב ויתור סודיות ליורשים.
14. במקרה של שהייה בדיוור מוגן / מוסד סיעודי / בית אבות - תיק רפואי של המוסד.
15. במקרה של שהייה בדיוור מוגן / מוסד סיעודי / בית אבות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקור.

\* בכל הנוגע למסמכים הנדרשים בסעיפים 4-8 לעיל, יש לציין, כי כלל פועלת על מנת לסייע באיסוף החומר הנדרש כחלק מהשירות כלפי המבוטחים. עם זאת, במידה ויש בידיכם המסמכים הנדרשים או מסמכים רלוונטיים אחרים, אנא שילחו אלינו בהקדם.

### מה יקרה בהמשך:

עם קבלת המסמכים, חברת הביטוח תבדוק את הכיסוי הביטוחי על פי תנאי הפוליסה. בסמוך למועד הגשת התביעה, יתבקש המבוטח להיבדק ע"י אחות, מרפאה בעיסוק או רופא מטעם חברת הביטוח ועל חשבונה לקביעה האם מצבו של המבוטח מזכה בתגמולי ביטוח על פי הוראות הפוליסה. הבדיקה תתואם מראש והיא תיערך במקום מגורי המבוטח או במוסד הסיעודי בו הוא שוהה.

במקרים בהם יהיה צורך בהבהרות, תפנה אליכם חברת הביטוח בבקשה להמציא חומר נוסף. במקרים מסוימים תזמין חברת הביטוח את התיק הרפואי של המבוטח ישירות ממוסדות הבריאות. בכל מקרה תשלח אליכם החלטת חברת הביטוח בכתב.

### לידיעתך:

הזכאות לקבלת גמלת סיעוד נקבעת בהתאם להוראות הפוליסה ובהתבסס על מכלול פרמטרים ראייתיים שמצביעים על מצבו התפקודי של המבוטח, ובכלל זה: הערכה תפקודית, הערכה קוגניטיבית, מסמכים רפואיים, מסמכי המוסד לביטוח לאומי, התרשמות עובדת סוציאלית, דוחות תפקודיים וקוגניטיביים של גורמים נוספים וכן ממצאים נוספים. יובהר כי לא בכל המקרים נעשה שימוש בכל הפרמטרים הנזכרים לעיל, וכל מקרה נבחן לגופו.



## נספח ב' - טופס הגשת תביעה - פוליסת סיעוד

### א. פרטי המבוטח

|                 |            |                 |                                                              |            |
|-----------------|------------|-----------------|--------------------------------------------------------------|------------|
| שם משפחה        | שם פרטי    | מספר תעודת זהות | מין<br><input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | תאריך לידה |
| כתובת מגורים    | רחוב       | מס' ת"ד         | יישוב                                                        | מיקוד      |
| מספר טלפון נייד | מספר טלפון | מספר הפקס       |                                                              |            |

**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.

☐ אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.

☐ אני מאשר שכלל תשלוח 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.

### ב. פרטי איש קשר שאינו המבוטח לניהול התביעה

|                 |            |                 |             |
|-----------------|------------|-----------------|-------------|
| שם משפחה        | שם פרטי    | מספר תעודת זהות | קרבה למבוטח |
| כתובת מגורים    | רחוב       | מס' ת"ד         | יישוב       |
| מספר טלפון נייד | מספר טלפון |                 |             |

**דוא"ל** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

אני מסכים כי מסמכים והודעות בנושאי תביעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר. **חתימה:** \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח המאשר מינוי איש קשר \_\_\_\_\_

### ג. פרטי המקרה

השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אשפוז: \_\_\_\_\_

### ד. עבר סיעודי

|                                                    |                                            |                                      |                                                |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|
| החל מתאריך                                         | % הגמלה                                    | החל מתאריך                           | % הגמלה                                        |
| <input type="checkbox"/> ביטוח לאומי - גמלת סיעוד: | <input type="checkbox"/> קצבת ניידות       | <input type="checkbox"/> משרד הבטחון | <input type="checkbox"/> גמלת שירותים מיוחדים: |
| <input type="checkbox"/> גמלת ילד נכה:             | <input type="checkbox"/> הקרן לניצולי שואה |                                      |                                                |

☐ האם הנך מבוטח בביטוח סיעודי נוסף? ☐ לא, ☐ כן, פרט: החל מתאריך \_\_\_\_\_ באמצעות חברת \_\_\_\_\_

☐ האם הנך מעסיק עובד זר / ברשותך אישורים להעסקת עובד זר? ☐ לא, ☐ כן, פרט: החל מתאריך \_\_\_\_\_ באמצעות חברת \_\_\_\_\_

### פרטי מוסד סיעודי

|                       |          |            |             |                  |
|-----------------------|----------|------------|-------------|------------------|
| מוסד סיעודי / גריאטרי | שם המוסד | כתובת מלאה | תאריך כניסה | סה"כ תשלום חודשי |
| בית אבות              | שם המוסד | כתובת מלאה | תאריך כניסה | סה"כ תשלום חודשי |

במידה וקיימת ו/או היתה בעבר זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, יש לצרף אישורי הזכאות הרלוונטיים.



**ה. פרטים רפואיים - למילוי ע"י המבוטח**

|                                                                              |                                                                            |                                                        |                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>שם הרופא</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>          | <p>סניף קופת חולים</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>נא ציין את כל שמות הרופאים שטיפלו בך בעבר וכיום</p> |                                                                                         |
| <p>שם הרופא / מרפאה</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>  | <p>שם המוסד</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>        |                                                        | <p>באם טופלת / היית במעקב במרפאת זיכרון - נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם במוסד</p> |
| <p>שם בית החולים</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>     | <p>מחלקה / מרפאה</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>   | <p>בתי חולים, מחלקות ומרפאות, בתי חולים בהם טופלת</p>  |                                                                                         |
| <p>שם פרטי ושם משפחה</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>תאריך</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>           |                                                        | <p>שם פרטי ושם משפחה</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>            |

**ו. פרטי תשלום**

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

|               |         |         |          |           |
|---------------|---------|---------|----------|-----------|
| שם בעל החשבון | שם הבנק | שם סניף | מס' סניף | מס' חשבון |
| _____         | _____   | _____   | _____    | _____     |

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

**ז. 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, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שישפך 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 אפוסטרופוס (חתימתו):

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

במידה והמבוטח הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על-ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות זהות של המוטבים.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p>אני אהיה רשאי להודיע לקבוצת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.</p> <p>חתימת המבוטח _____</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



שאלון הערכה תפקודית לרופא המטפל | למילוי על - ידי רופא בלבד  
חלק זה הינו רשות, מומלץ למלאו.

א. פרטי המוערך

|          |         |                 |                                                              |
|----------|---------|-----------------|--------------------------------------------------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר תעודת זהות | מין<br><input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ |
|----------|---------|-----------------|--------------------------------------------------------------|

ב. מקום ביצוע ההערכה התפקודית

|                           |                                     |                                                |                                            |
|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| תאריך ביצוע הערכה תפקודית | <input type="checkbox"/> בית המבוטח | <input type="checkbox"/> מוסד סיעודי / גריאטרי | שם בית אבות בו שוהה המבוטח<br>החל מ- _____ |
|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|

ג. אבחנות רפואיות ותאריכים

| תאריך | אבחנה רפואית |
|-------|--------------|
|       |              |
|       |              |
|       |              |

ד. טיפול תרופתי שמקבל המבוטח

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

ה. מצב תפקודי

| ניידות                                                                                                                                                           | שיתוק                                                                                                                                                                                          | לקום ולשכב                                                                                                              | לאכול ולשתות                                                                                                   | להתלבש ולהתפשט                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> עצמאי<br><input type="checkbox"/> מרותק לכסא גלגלים<br><input type="checkbox"/> רתוק למיטה<br><input type="checkbox"/> הולך בעזרת מכשיר | <input type="checkbox"/> אין שיתוק<br><input type="checkbox"/> שיתוק גף ימין / שמאל, עליון / תחתון<br><input type="checkbox"/> שיתוק 2 גפיים תחתונות<br><input type="checkbox"/> שיתוק 4 גפיים | <input type="checkbox"/> עצמאי<br><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית<br><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה | <input type="checkbox"/> עצמאי<br><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה בהאכלה<br><input type="checkbox"/> זונדה | <input type="checkbox"/> עצמאי<br><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית<br><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה |

| להתרחץ                                                                                                                  | לשלוט על הסוגרים                                                                                                                                                                                                                                                | התמצאות                                                                                                                                                                                     | מצב רגשי                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | מטופל ע"י                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> עצמאי<br><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית<br><input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה | שתן: <input type="checkbox"/> שליטה מלאה <input type="checkbox"/> שליטה חלקית<br><input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט -<br>שימוש בחיתולים, פדים, ספוגיות<br>פעולות מעיים: <input type="checkbox"/> שליטה מלאה<br><input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט | <input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום<br><input type="checkbox"/> לא מתמצא בזמן ובמקום<br><input type="checkbox"/> מבולבל לעתים רחוקות<br><input type="checkbox"/> מבולבל לעתים קרובות | <input type="checkbox"/> מדוכא: <input type="checkbox"/> לעתים רחוקות<br><input type="checkbox"/> לעתים קרובות<br><input type="checkbox"/> מצב דכאוני קבוע<br><input type="checkbox"/> תוקפן: <input type="checkbox"/> לעתים רחוקות<br><input type="checkbox"/> לעתים קרובות<br><input type="checkbox"/> תוקפני כל הזמן | <input type="checkbox"/> עובד זר<br><input type="checkbox"/> מטפל מטעם ביטוח לאומי<br><input type="checkbox"/> בן משפחה |

עד מתי המבוטח תיפקד באופן עצמאי? \_\_\_\_\_  
 מה גרם לשינוי? \_\_\_\_\_  
 המלצות להמשך טיפול \_\_\_\_\_  
 המלצות לשרותי עזר / סעד \_\_\_\_\_  
 המלצה לסידור מוסדי \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת הרופא \_\_\_\_\_



## טופס ויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

|              |      |         |       |                 |  |
|--------------|------|---------|-------|-----------------|--|
| שם משפחה     |      | שם פרטי |       | מספר תעודת זהות |  |
| כתובת מגורים | רחוב | מס'/ת"ד | יישוב | מיקוד           |  |

הואיל והגשתי תביעה נגד כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "חברת הביטוח") ו/או הנני מבטוח שלה ו/או בקשתי להיות מבטוח על ידה, הריני מאשר ומרשה בזאת למוסד לביטוח לאומי, לקופות החולים ובתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח וכל מאן דבעי למסור לחברת הביטוח ו/או למי מטעמה ו/או ליועץ הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי.

אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מי מטעמה ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור ולא יהיה בכל גילוי שמקורו בטופס זה ו/או בכל חומר שהושג בקשר עם טופס זה כל עילת תביעה ו/או טענה.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981. חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 וחוק חופש המידע התשנ"ח 1998 והיא חלה על כל מידע המצוי ברשותכם אודותי.

כתב ויתור זה מחייב אותי ו/או את עזבוני ו/או את בא כוחי ו/או מי מטעמי וכל באי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

**בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.**  
בכבוד רב,

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

### חתימת עד (חתימה וחותמת)

\*לתשומת לבך, יש מוסדות שלא מאפשרים קבלת תיקים רפואיים ללא חתימת עד רופא/ עו"ד ולכן על מנת לחסוך זמן, מומלץ להחתים רופא או עו"ד כעד על טופס זה.

שם העד \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

\*לתשומת לבך, תאריך חתימת העד חייבת להיות בהתאמה לחתימת המבטוח.

### במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים, האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין:

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### במקרה שמונה אפוטרופוס - יש להחתים את האפוטרופוס שמונה על פי החוק (יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס)

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



## 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 במומחה 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 - 1981<sup>2</sup>, 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 (למעט תביעות צד ג'). (הוראה ספציפית זו תחול על עילת תביעה שהיא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה שטרם התיישנה לפי הדין שחל עליה ביום 23.4.14). 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 כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה כנספח א'.

במידה והלקוח מבקש לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא עליו להמציא מסמכים מבססים, הזכאות לשיפוי בגין ההוצאות תקבע בהתאם לדין, לפוליסת הביטוח ובכפוף להמצאת מסמכים.

במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים התובע נדרש להעביר חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

אנו מבקשים להבהיר כי לצורך יישוב התביעה יש לשלוח את טופס התביעה ואת המסמכים לכתובות המוזכרות במסמכים אלו בלבד, אין די במשלוח הטופס ו/או המסמכים לכל כתובת או פקס אחרים לרבות לא אל סוכן הביטוח.

<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.



## 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 45 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 שנתיבשו 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 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.

### 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 הפליסה 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 שתמסר 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 9-2016 (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 וחיסכון 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 מפסק 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                  |

