

לקוח יקר,

בהמשך לפנייתך למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת הביטוח, מצורפת בזאת לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת התביעה במסגרת פוליסת נסיעות לחו"ל – לאומית דרכונית.

צוותי החברה עומדים לרשותך בכל עת.

בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עם נציגי החברה באמצעות

מספר הטלפון הבא: 03-9420440

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים (מקוריים בלבד), יש להעביר אל החברה לכתובת:

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, דרך מנחם בגין 48 תל אביב, למחלקת תביעות נסיעות לחו"ל.

בברכה,

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

הליך בירור ויישוב תביעה

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב כנספת א', 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 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-1981¹. 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.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסת ביטוח, על הלקוח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספת ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספת ג'.

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

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח להעביר אל החברה לכתובת: כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, דרך מנחם בגין 48 תל אביב, למחלקת תביעות נסיעות לחו"ל.

מובהר כי לצורך יישוב התביעה יש לשלוח את טופס התביעה ואת המסמכים לכתובת הנזכרת לעיל בלבד, ואין די במשלוח הטופס ו/או המסמכים לכל כתובת אחרת, לרבות לא אל סוכן הביטוח.

במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים, התובע נדרש להעבירם לתומים 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 המתובע 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 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.

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) כלשונו. 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>

טופס תביעה – פוליסות נוסעים לחו"ל

פרטי מבוטח

| | | | | |
|------------|---------|----------|----------|----------|
| שם משפחה | שם פרטי | מס' זהות | טל' בבית | טל' נייד |
| כתובת: עיר | רחוב | מס' בית | מיקוד | |
| @ | | | | |
| כתובת מייל | | | | |

מעבר מידע בין החברות בקבוצת כלל, שמירה במאגרי מידע- הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים ו/או אחרים בהם נוהגת קבוצת כלל לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות אחרות מקבוצת כלל ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת כלל ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות קבוצת כלל, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה.

הסכמה לפניה באמצעי תקשורת אלקטרונית- מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שהחברות בקבוצת כלל תוכלנה לספק לי שירות, הצעות שיווקיות וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אליי באמצעים אלקטרוניים שונים, בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.

חתימת המבוטח _____

| |
|--------------|
| שם הפוליסה |
| מספר הפוליסה |

פרטי איש קשר

| | | | | |
|------------|---------|----------|----------|----------|
| שם משפחה | שם פרטי | מס' זהות | טל' בבית | טל' נייד |
| כתובת: עיר | רחוב | מס' בית | מיקוד | |
| @ | | | | |
| כתובת מייל | | | | |

במקרה של נזק גוף/מחלה

פרטי האירוע

| | |
|--|---------------|
| המדינה בה ארע האירוע: | תאריך האירוע: |
| כיצד ארעה/הופיעה התאונה/מחלה: _____ _____ _____ | |

| | | |
|--|--|---------------|
| פרט את ההוצאות הרפואיות ומהות הטיפול: _____ _____ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | האם הייתה פניה לחברת הסיוע ("Femi Premium Ltd." או IMA) (סמן V) | סוג המטבע: |
| סכום התביעה: | | |

פרטי קופ"ת, רופאים מטפלים, ומרפאות בהן ביקרת בשנה האחרונה:

| קופת החולים | שם הסניף | כתובת | טלפון |
|-------------|----------|-------|-------|
| | | | |
| שם רופא | התמחות | כתובת | טלפון |
| | | | |
| שם רופא | התמחות | כתובת | טלפון |
| | | | |
| שם מרפאה | התמחות | כתובת | טלפון |
| | | | |
| שם מרפאה | התמחות | כתובת | טלפון |
| | | | |

במקרה של נזק/אובדן רכוש

| | | | | |
|-------------------|------------|-----------------------|-------------|-------|
| תאריך האירוע: | | המדינה בה ארע האירוע: | | |
| כיצד ארע המקרה? | | | | |
| | | | | |
| פרטי הרכוש הניזוק | תיאור החפץ | סכום הקניה (מטבע) | תאריך הקניה | הערות |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | | |
|---|-----------|-------------|--|
| | | | |
| | | | |
| האם מצורפות קבלות קניה: כן [] לא [] | סוג המטבע | סכום התביעה | |

* ניתן לצרף מכתב גלווה עם פירוט החפצים, במידה ואין מספיק מקום בטבלה.

כללי

| | | | | |
|---|------------|-----------|---------|------|
| <p>במידה והתביעה תאושר התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.</p> | | | | |
| | | | | |
| שם בעל החשבון | מספר חשבון | מספר סניף | שם סניף | בבנק |

| | |
|-------|-------|
| | |
| תאריך | חתימה |

הנדון: טופס ויתור סודיות

אני הח"מ: _____ ת.ז. _____, הואיל והגשתי תביעה נגד כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ (להלן: "חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח ו/או למי מטעמה את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, 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 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 אודותיי.

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.

בחתמתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.

בכבוד רב,

_____ תאריך

_____ חתימה

חתימת עד (שאינו בן משפחה):

שם העד _____ חתימה _____ תאריך _____.

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

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____ תאריך _____.

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____ תאריך _____.

Re: **Confidentiality Waiver**

I, the undersigned: _____, Israeli id.no. _____, [hereby declare that] owing to the fact that I submitted a claim against Clal Health Insurance Company Ltd. (hereinafter: the "Insurance Company") and/or I am insured by the Insurance Company and/or I have requested to be insured by the Insurance Company, I hereby verify and allow the information that is in your possession regarding myself, without exception, as required by the Insurance Company, including information about the state of my health and/or my rehabilitation and/or social state and/or convalescence and/or mental health and/or psychiatric state, to be submitted to the Insurance Company and/or a representative thereof. I hereby release the Insurance Company from the duty of confidentiality with regard to all the information noted above. The foregoing shall apply with regard to the Insurance Company and/or any officer and/or employee and/or attorney and/or researcher and/or physician and/or other expert of the Insurance Company or [acting] on its behalf. [Moreover, I hereby declare that] I shall have no complaint or claim of any kind regarding the submission of the information described above, and no disclosure of information pursuant to this waiver and/or any information that shall be obtained pursuant to this waiver shall give rise to a claim and/or complaint. This request is valid under the Israeli Privacy Law, 1981; the Israeli Patients' Rights Law, 1996; and the Israeli Freedom of Information law, 1988 and applies to all the information regarding myself which is in your possession. This written waiver hereby binds me and/or my estate and/or my attorney and/or my representative and all of my legal representatives and substitutes. **With my signature below I hereby confirm that you have permission to submit the information described above on the basis of this waiver.**

Sincerely,

Signature

Date

.....

In the case of a minor, please have both parents sign, the natural legal guardians

Mother _____ Israeli ID No. _____ Signature _____

Date _____

Father _____ Israeli ID No. _____ Signature _____

Date _____

רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה
תביעה מכוח פוליסת נוסעים לחו"ל

1. פוליסה/ דף הרשימה
2. טופס הודעה על תביעה ומכתב הכולל את נסיבות הארוע.
3. צילום תעודת זהות.
4. טופס ויתור סודיות עברית – למעט במקרה של תביעה בגין נזק/אבדן למטען בלבד.
5. טופס ויתור סודיות אנגלית – למעט במקרה של תביעה בגין נזק/אבדן למטען בלבד.
6. צילום העמודים הרלוונטים בדרכון המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ או תעודת ברור על פרטים על נוסע ממשד הפנים.
7. צילום של כרטיס הטיסה המעיד על תאריכי היציאה והחזרה לארץ.
8. במקרה של תביעה בגין הוצאות רפואיות ו/או הוצאות אשפוז בחו"ל –
 - 8.1. סיכום מחלה מפורט מבית החולים בחו"ל.
 - 8.2. דיאגנוזה מהרופא המטפל בחו"ל.
 - 8.3. אישור מהרופא המטפל בארץ על עבר רפואי, לרבות מאיזה מחלות סבלת ו/או הינך סובל.
 - 8.4. קבלות מקוריות בגין הוצאות או תדפיסי אשראי המעידים על ביצוע התשלומים.
 - 8.5. חשבונות מהגופים שהעניקו שירות רפואי בחו"ל.
 - 8.6. במקרה של תאונת דרכים בה נהג המבוטח בכלי הרכב (מכל סוג שהוא) – העתק/צילום רשיון נהיגה לכלי הרכב.
 - 8.7. במקרה של תאונת דרכים- אישור משטרה מפורט ממקום הארוע, הכולל את נסיבות התאונה.
9. במקרה של תביעה בגין נזק ו/או אבדן למטען –
 - 9.1. אישור המוביל (כגון חברת תעופה, חברת ספנות) כי ניתן דיווח בגין האירוע. במקרה בו המוביל הוא חברת תעופה יש להמציא טופס PIR, לרבות רשימת הפריטים כפי שנמסרה לחברת התעופה.
 - 9.2. אישור משטרה מקורי מחו"ל כי ניתן דיווח בגין האירוע.
 - 9.3. קבלות מקוריות ו/או תדפיסי אשראי המעידים על רכישת המטען שאבד או ניזוק.
 - 9.4. במידה וניתן פיצוי על ידי המוביל (כגון חברת תעופה, חברת ספנות) – אישור בדבר הפיצוי שניתן וגובהו.
 - 9.5. במידה ונתלווה לנסיעה בן/בת זוג – יש לציין את פרטיהם האישיים והיכן נעשה עבורם ביטוח נסיעות.

10. במקרה של תביעה בגין ביטול נסיעה –

- 10.1. כרטיס טיסה מקורי שנרכש טרם היציאה מהארץ.
- 10.2. קבלות מקוריות המעידות על תשלום בגין שירותים שלא נוצלו, כגון טיול מאורגן, מלון ורכב שכור.
- 10.3. מסמכים ואישורים המפרטים אם ניתן החזר בגין שירותים שלא נוצלו, כגון טיול מאורגן, מלון ורכב שכור, ומה גובהו.
- 10.4. מסמכים המעידים על קיומו של האירוע בגינו בוטלה הנסיעה, כגון: מסמכים המעידים על אירוע רפואי שעבר המבוטח, מסמכים המעידים על אירוע רפואי שעבר בן משפחה קרוב (לרבות אישורו של הרופא המטפל) או מותו של בן משפחה קרוב (לרבות תעודת פטירה ומסמכים רפואיים המעידים על סיבת הפטירה).

11. במקרה של תביעה בגין שינוי מועד החזרה לארץ –

- 11.1. כרטיס טיסה מקורי שנרכש טרם היציאה מהארץ.
- 11.2. כרטיס טיסה חלופי במידה ונרכש.
- 11.3. במקרה של הקדמת מועד החזרה לארץ - קבלות מקוריות המעידות על תשלום בגין שירותים שלא נוצלו, כגון טיול מאורגן, מלון ורכב שכור.
- 11.4. במקרה של הקדמת מועד החזרה לארץ - מסמכים ואישורים המפרטים אם ניתן החזר בגין שירותים שלא נוצלו, כגון טיול מאורגן, מלון ורכב שכור, ומה גובהו.
- 11.5. במקרה של דחייה במועד החזרה לארץ - מסמכים המעידים על קיומם של הוצאות נוספות עקב דחיית מועד הטיסה, לרבות קבלות מקוריות ותדפיסי אשראי.
- 11.6. מסמכים המעידים על קיומו של האירוע בגינו חזר המבוטח במועד שונה מהמועד המקורי, כגון: מסמכים המעידים על אירוע רפואי שעבר המבוטח לרבות המלצת הרופא המטפל בחו"ל על הצורך בשינוי מועד החזרה המקורי, מסמכים המעידים על אירוע רפואי שעבר בן משפחה קרוב (לרבות אישורו של הרופא המטפל) או מותו של בן משפחה קרוב (לרבות תעודת פטירה ומסמכים רפואיים המעידים על סיבת הפטירה).

12. במקרה של תביעה בגין תאונות אישיות –

- 12.1. מסמכים המעידים על קרות התאונה בחו"ל, לרבות: דו"ח משטרה ומסמכים רפואיים.
- 12.2. במקרה של מוות – תעודת פטירה וצו ירושה או צו קיום צוואה.
- 12.3. במקרה של נכות צמיתה בלבד – תעודה מהמוסד לביטוח לאומי או חוות דעת מרופא מומחה בתחום בדבר אחוזי הנכות הצמיתה שנקבעו.
- 12.4. במקרה של תאונת דרכים בה נהג המבוטח בכלי הרכב (מכל סוג שהוא) – העתק/צילום רשיון נהיגה לכלי הרכב.

13. במקרה של תביעה בגין נזק לצד ג' –
- 13.1. מסמכים המעידים על האירוע.
- 13.2. מסמכים המעידים על קיומו של הנזק.
14. במקרה של תביעה בגין איחור בנסיעה –
- 14.1. אישור בכתב מהמוביל (כגון חברת תעופה, חברת ספנות) הכולל את סיבת ומשך האיחור.
15. במקרה של תביעה הפסד שכר לימוד/שכר דירה –
- 15.1. קבלות מקוריות המעידות על תשלום שכר הדירה ו/או שכר הלימוד.
- 15.2. אישור כי לא ניתן החזר בגין תשלומים שכבר שולמו.
- 15.3. מסמכים המעידים על קיומו של האירוע בגינו נדרש המבוטח לקצר את שהותו בחו"ל.
- לכל מסמך שאינו בעברית או באנגלית יש לצרף תרגום רשמי ומוסמך לעברית או אנגלית.
מובהר כי לא כל הכיסויים המפורטים מעלה קיימים בכל פוליסות הנוסעים לחו"ל.