

לקוח/ה יקר/ה

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה עפ"י הכיסוי לתאונות אישיות לפי תנאי הפוליסה.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים אנא העבר אלינו:

כלל חברה לביטוח, רח' ראוול ולנברג 36 ת.ד. 37070 תל אביב 6136902, לפקס שמספרו:

077-6383172 או למייל שכתובתו, clalvielemetar@clal-ins.co.il.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו: *6564

מחלקת תביעות תאונות אישיות

מעריך התביעות

כלל חברה לביטוח בע"מ

הליך בירור וישוב תביעה

לקוח/ה יקר/ה

כלל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור ולישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב נספח 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).

בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981², 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". (הוראה ספציפית זו תחול על עילת תביעה שהיא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה שטרם התיישנה לפי הדין שחל עליה ביום 23.3.14). 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/ה למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב נספח ג', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב נספח ב'.

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

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח/ה להעביר אלינו: כלל חברה לביטוח בע"מ רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 37070 תל אביב 6136902, או לפקס שמספרו, 077-6383172, אנו מבקשים להבהיר כי לצורך יישוב התביעה יש לשלוח את טופס התביעה ואת המסמכים לכתובות הנזכרים לעיל בלבד, אין 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 התיישנות הרלוונטית לסוג הפוליסה נשוא תביעתך, וזאת בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות.

יודגש - הגשת תביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ התיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ התיישנות.

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 המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

תביעה מכוח פוליסת ביטוח תאונות אישיות

- טופס הגשת תביעה (תאונות אישיות/מחלה) – מלא וחתום, מצ"ב.
- מסמכים רפואיים מיום האירוע.
- אישור מהעמותה/מהמאמן המאשר נסיבות הפציעה ותאריכי ההיעדרות עקב התאונה.
- מסמכי חדר מיון/בית חולים/מוקד רפואי.
- אישור רפואי שהתובע לא סבל בעבר מבעיות רפואיות.
- סיכום מידע רפואי אודות מצב רפואי עדכני.
- צילומי רנטגן/צילומי שיניים שבוצעו בעקבות האירוע כולל פענוח.
- יפוי כוח חתום במלואו, הכולל את תאריך האירוע.
- כתב ויתור על סודיות רפואית חתום, מצ"ב.
- חוות דעת מרופא מומחה המעידה על נכות צמיתה, במידה ונותרה.
- אסמכתאות מקוריות המבססות את הדרישה לתשלום הוצאות רפואיות, כמוגדר בפוליסה.
- מסמכי המוסד לביטוח לאומי.
- דוחות הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי.
- אישור היעדרות ממנגנון כ"א במקום העבודה/המוסד החינוכי, האישור יכלול תקופת היעדרות מלאה/חלקית, פירוט שיעור המשרה בפועל, כתוצאה ישירה מהאירוע.
- תעודת פטירה.
- צו ירושה/צו קיום צוואה מאושר כדין עם חותמת נאמן למקור.
- פרטי העברה בנקאית בצירוף צילום המחאה.

שם הסוכן		מחלקה/מרחב	
מספר זהות/ח"פ		שם מבוטח	
מספר פוליסה			

מטעמי נוחות בלבד נכתב טופס זה בלשון זכר אך פנייתו אל נשים וגברים כאחד

נספח ג' טופס הגשת תביעה תאונה/מחלה במסגרת פוליסת תאונות אישיות (בצירוף טופס וס"ר)

1. פרטי המבוטח/הנפגע

מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		דואר אלקטרוני	
שנה חודש יום		שנה חודש יום		שנה חודש יום		שנה חודש יום			
כתובת מגורים / רחוב		מספר בית		עיר		מיקוד		מספר טלפון בית	
מספר זהות/ח"פ		מספר טלפון נייד		מספר טלפון עבודה		מספר טלפון בעבודה			
חבר קופת חולים		משנת		מקצוע		עובד		מספר טלפון בעבודה	
שם המעסיק		כתובת מקום עבודה / רחוב		מס' עיר		מיקוד			
מס' עיר		מיקוד		מס' עיר		מיקוד			

2. פרטי המקרה תאונה מחלה

תאריך האירוע		שעה		מקום האירוע (כתובת מדוייקת)	
שנה חודש יום		שעה		מספר טלפון נייד	
נסיבות האירוע ומהות הפגיעה:					
בדקתי לראשונה ע"י רופא בתאריך: שנה חודש יום					
עד ראייה למקרה (שם פרטי ומשפחה)		כתובת		מספר טלפון נייד	
אושפזתי בביה"ח		מתאריך		ועד תאריך	
נעדרתי מעבודתי באופן מלא		שנה חודש יום		שנה חודש יום	
נעדרתי מעבודתי באופן חלקי		שנה חודש יום		שנה חודש יום	
האם תביעתך סופית		שם הרופא המטפל		כתובת	
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>					

3. כללי

האם בגין פגיעה/מחלה זו הגשת תביעה לגופים, מוסדות, מבטחים נוספים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט
האם סבלת בעבר מפגיעה / מחלה דומה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט
האם הגשת תביעה בעבר לחברת ביטוח ו/או מוסד אחר בשל פגיעה גופנית או מחלה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט

4. אישור מנהל הקבוצה, מאמן, רכז, גורם אחר, על פגיעה בעת פעילות ספורט:

שם המאשר	תפקיד	כתובת מגורים	מספר טלפון נייד
תאריך	חתימת בעל התפקיד המאשר	חותמת האגודה	

5. מסמכים שיש לצרף


- יש להעביר אלינו את טופס הויתור על סודיות רפואית המצ"ב כשהוא מלא וחתום ע"י הנפגע.
- אישורים רפואיים לרבות תעודת חדר מיון, סיכומי אשפוז, מוקד רפואי, אישורי המוסד לביטוח לאומי.
- אישור היעדרות ממקום העבודה/ לימודים ואישור היעדרות מהאגודה (במקרה של תאונה בעת פעילות ספורט).

6. פרטי חשבון בנק (נא צרף צילום המחאה מבוטלת)

הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה:

שם בעל החשבון		מספר זהות/ח"פ		כתובת למשלוח הודעת זיכוי	
שם בנק	מס' בנק	שם סניף	מס' סניף	מספר חשבון	


ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

תאריך _____ חתימת בעל החשבון 

7. התיישנות

בהתאם לסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, תשמ"א-1981, התביעה תתיישן תוך 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח או במקרה של קטין בהגיעו לגיל 21 לפי המאוחר. ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות רק הגשת תביעה לבימ"ש עוצרת את ההתיישנות.

הצהרה: הנני מצהיר כי למיטב ידיעתי, המידע שמסרתי לעיל הינו מלא, נכון ומדויק.

תאריך _____ מספר זהות/ח"פ _____ שם מוסר ההודעה/המבוטח _____ חתימה וחותמת המבוטח / מוסר ההודעה 

טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: שם מבוטח/נפגע _____ מס' זהות _____

עיר _____ רחוב _____ מס' _____ מיקוד _____ טלפון/נייד _____

במקרה של קטין יירשמו גם פרטי ההורים:

שם האב _____ מס' זהות _____, שם האם _____, מס' זהות _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים ובתי החולים, הפאיו, עובדיו ו/או מי טעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשטרת ישראל ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למוסד שיקומי ו/או מוסד פסיכיאטרי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

כמו כן, הנני נותן בזאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקשים את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת קופת חולים והרשומים במאגר המידע של קופת חולים ו/או בכל מסגרת אחרת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם 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 בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם, האגורה במאגר המידע של המוסדות כאמור, ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים כאמור, לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר, לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, 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.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____

או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____

שם המוסד: _____ תאריך תחילת חברות: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

שמות נותני השירותים כפי שמופיעים במאגרי הנתונים:
רופאים:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מכונים, מעבדות:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

מס' אישי בצה"ל: _____

במקרה של קטין:

שם האב _____, מס' זהות _____, שם האם _____, מס' זהות _____

תאריך _____ מס' זהות _____ חתימה _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

שם העד לחתימה _____ מס' זהות העד _____ חתימת העד _____

ייפוי כוח

הריני מייפה את כוחו של: _____ מס' זהות: _____ לטפל בשמנו ומטעמנו בהשגת החומר הרפואי של הנ"ל.

חתימת המאשר _____