

מבוטח יקר

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, על פי הכיסוי לתאונות אישיות לתלמידים לפי תנאי הפוליסה.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את הטופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בנספחים המצורף בזאת.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח אלינו אל:
כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 723 תל אביב 6100701, או לפקס שמספרו 077-6383172,
או למייל שכתובתו clalstudentsrika@clal-ins.co.il

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 כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.

שים לב!

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

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו: *6564

בברכה,

מחלקת תביעות תאונות אישיות

מערך התביעות

כלל חברה לביטוח בע"מ

נספח א' - רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב תביעה

- טופס הגשת תביעה (תאונות אישיות תלמידים) - מלא וחתום ע"י המוסד החינוכי בו למד התובע במועד קרות התאונה.
- אישור לימודים במוסד החינוכי / אישור היעדרות תלמיד מלימודים מהמוסד החינוכי על גבי הטופס המצ"ב.
- צילום תעודת זהות של התובע. אם מדובר בקטין - צילום תעודות זהות של שני ההורים כולל הספח בו מופיעים פרטי התובע.
- אם מדובר בהורה יחיד - תצהיר אפוסטרופוס חתום ע"י ההורה וכן הסכם גירושין, אם רלוונטי.
- מסמך רפואי מיום התאונה, מסמכים רפואיים עדכניים בתחום הפגיעה, בדיקות, צילומי רנטגן, צילומי שיניים וכיו"ב.
- הכול בהתאם לסוג הפגיעה.
- מסמכים רפואיים עדכניים, אם יחולו התפתחויות בנדון.
- מסמכים מהמשטרה, מגן דוד, המוסד לביטוח לאומי, ככל שהייתה מעורבות שלהם באירוע.
- כתב ויתור סודיות חתום המצ"ב.
- אם התביעה מטופלת ע"י עו"ד, ייפוי כוח חתום במלואו, הכולל את תאריך האירוע.
- במקרה פגיעת שיניים - אישור רופא השיניים המתייחס לפרטים להלן:
 - מספר השיניים שאבדו עקב המקרה.
 - מספר השיניים לגביהם נדרש על פי המלצת רופא להרכיב כתר על השן שנפגעה.
 - מהות הטיפול בשיניים שנפגעו.
 - האם שיניים אלו קיבלו טיפולים בעבר, אם כן מהו סוג הטיפול.
 - צילומי רנטגן שבוצעו בעקבות התאונה, לפני ביצוע הטיפול.
- נבקש להבהיר, במידה ולא יתקבלו המסמכים המפורטים לעיל במלואם לא יהיה ניתן לקדם את הטיפול בתביעתך.

נספח ב' - חוברת הגשת תביעה - ביטוח תאונות אישיות לתלמידים

שים לב! חוברת הגשת תביעה זו כוללת 5 עמודים.
אי מילוי או אי צירוף כל המסמכים הנדרשים לצורך בירור החבות עשוי לעכב את הטיפול בתביעתך.

פרטי הנפגע

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ת. לידה
כתובת	טלפון	טלפון נייד	
דוא"ל: _____ @ _____			
אני מסכים כי מסמכים מטעם החברה בנושאי תביעות, ניהול שוטף של המוצרים שלי בקבוצת כלל ומסמכים נדרשים עפ"י דין יישלחו לדואר האלקטרוני שלי ו/או יוצגו באמצעות אתר האינטרנט של החברה, וזאת מקום באמצעות הדואר. חתימה: _____			

פרטי המוסד החינוכי בו למד הנפגע במועד התאונה

שם המוסד	כתובת	מס' טלפון	סמל מוסד

התאונה

מקום האירוע (חצר, כיתה וכו')	תאריך האירוע	שעה	במסגרת שעות לימוד
			כן ☐ לא ☐

תיאור מפורט של התאונה/אירוע

תיאור ההיזק הגופני (להלן "הפגיעה") וצירוף מסמכים רפואיים פירוט סוג הפגיעה (נא לצרף מסמכים רפואיים)

טיפול ראשוני ניתן ע"י קופ"ח / בי"ח / מוסד אחר (נא לצרף מסמכים רפואיים)

אשפוז בבי"ח	מתאריך	עד תאריך

הנפגע נעדר מבית הספר בהוראת רופא מתאריך _____ עד תאריך _____ (נא לצרף אישור כמפורט בסעיף 2 מטה) לתשומת לבך, היעדרות מהמוסד החינוכי מתחת ל-21 ימים רצופים אינה מזכה בתגמולי ביטוח בגין נכות זמנית / אי כושר במידה והייתה היעדרות מהמוסד החינוכי של מעל 21 ימים ברציפות, נא לצרף: אישור היעדרות מהמוסד החינוכי בו למד הנפגע במועד התאונה (בנוסח המצ"ב בעמוד 3 לחוברת זו). אישור רפואי בגין ימי היעדרות מרופא מומחה בתחום הפגיעה או מהמוסד הרפואי בו אושפז או טופל הנפגע.

לתביעה בגין פגיעה בשיניים - במקרה של אובדן שן נא לצרף אישור רופא שיניים וצילומי שיניים כמפורט ברשימת המסמכים הנדרשים בעמוד 5 לחוברת זו. לתשומת לבך, במקרה של פגיעה בשיניים הפוליסה מכסה מקרים של אובדן שן (הניתנת לשיקום או שאינה ניתנת לשיקום) בלבד! הפוליסה אינה מכסה הוצאות בגין טיפולי שיניים.

עדים לתאונה

שם _____ כתובת _____ טלפון _____

שם _____ כתובת _____ טלפון _____

האם הילד נפגע בתאונה בעבר? ☐ כן ☐ לא

אם כן, ציין/י - תאריך _____ ופרט את סוג הפגיעה בעבר _____

תביעה לתשלום תגמולי ביטוח:

אני הח"מ מגיש תביעה לתשלום תגמולי ביטוח בגין התאונה על פי סעיפי הנזק שנגרמו לי המפורטים להלן (נא סמן):

נכות קבועה: ☐ כן ☐ לא

אי כושר זמני (נכות זמנית) ☐ כן ☐ לא

מותנה בהיעדרות מהמוסד החינוכי של לפחות 21 ימים רצופים) פגיעה בשיניים: ☐ כן ☐ לא

(אובדן שן הניתנת לשיקום או שאינה ניתנת לשיקום בלבד. הפוליסה אינה מכסה הוצאות בגין טיפולי שיניים) מקרה מוות: ☐ כן ☐ לא

מקרה ביטוח אחר המכוסה על פי תנאי הפוליסה. נא פרט: _____

אם וככל שתאושר תביעתי, אבקש להעביר את תגמולי הביטוח (נא סמן):

- בהמחאה
- בהעברה בנקאית לחשבון הבנק המפורט מטה (יש לצרף העתק המחאה או אסמכתא לניהול חשבון בנק)

לבנק	מס' סניף	שם הסניף	מס' חשבון	ע"ש

אני/ו מצהיר/ים על נכונות המידע שפורט לעיל וכי לא העלמתי/נו דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.
(חתימת ההורים או אפוטרופוס / חתימת התובע במידה ובגיר)

שם	ת.ז.	תאריך	חתימה
שם	ת.ז.	תאריך	חתימה

- הסכמה לפניה באמצעי תקשורת אלקטרונית: מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שכלל חברה לביטוח תוכל לספק לי שרות בגין התביעה, וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אליי באמצעים אלקטרוניים שונים, בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעת מסר קצר.
- חתימת המבוטח: _____

את חוברת הגשת התביעה והמסמכים המלאים יש לשלוח למשרדי כלל חברה לביטוח בע"מ.

מומלץ לשלוח בדוא"ל לכתובת: clalstudentsrika@clal-ins.co.il

ניתן לשלוח גם ל - ת.ד. 37080 תל-אביב 6136902 או לפקס שמספרו 2713836 -

מבוטח נכבד שים לב!
צירוף טופס זה בעת הגשת תביעה ימנע עיכוב בטיפול בתביעתך.

תאריך _____

לכבוד:
כלל חברה לביטוח בע"מ

הנדון: אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי עקב תאונה

הריני לאשר כי התלמיד _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____
למד כתלמיד מן המניין במוסד החינוכי (שם המוסד) _____
במועד תאריך האירוע _____ (יש לציין תאריך).
כתובת המוסד החינוכי _____ סמל מוסד _____ טלפון _____
התלמיד למד במוסד החינוכי מתאריך _____ עד תאריך _____
על פי רישומי המוסד החינוכי, כתוצאה מהאירוע נעדר התלמיד מהלימודים
מתאריך _____ עד תאריך _____

בכבוד רב,

חתימה + חותמת

שם החותם ותפקידו במוסד החינוכי / הרשות המקומית

מס' תביעה: _____

כתב ויתור על סודיות

אני הח"מ (במקרה של קטין יירשמו פרטיו) _____ ת.ז. _____ מבקש בזה מכל אדם ו/או מוסד ובכלל זה כל רופא, בית חולים, מרפאה, תחנה לבריאות הנפש ו/או קופ"ח ו/או כל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או כל רופא ו/או כל עובד של המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ו/או כל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל עובד במוסדות צה"ל ו/או במשרד הביטחון ו/או משטרת ישראל ו/או כל מוסד אחר כלשהו (לרבות קרנות פנסיה) ועובדיו למסור **"כלל חברה לביטוח בע"מ"** ו/או לבאים מכוחה ו/או מי מטעמה (להלן: **"המבקש"**), את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת לרבות פרטים על מחלות, ניתוחים, בדיקות, צילומים ו/או מצבי הסוציאלי ו/או הנפשי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או כל מוסד סוציאלי ו/או ביטוחי שילם או משלם לי וכל מסמך ו/או מידע אחר ללא יוצא מן הכלל ובכלל זה לעיין, להעתיק ולצלם כל מסמך ומידע הנוגע לאמור לעיל לפי ראות עיניהם ושיקול דעתם הבלעדי, לרבות חומר ומסמכים המצויים בידי משרד הביטחון ו/או שלטונות צה"ל ו/או משטרת ישראל ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או מוסדות רפואיים וציבוריים אחרים.

כל מי שיתן למבקש או למי מטעמו מסמך או מידע כלשהו הנדרש כאמור, משוחרר בזה מחובת הסודיות הרפואית ואחרת ולא יהיו כלפיו כל טענות או תביעות מסוג כלשהו. בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מאגר מידע רפואי או אחר של כל מוסד שהוא ו/או כל נותן שירותים שהוא.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

ולראיה באתי על החתום

שם ומשפחה: _____ מס' ת.ז. _____ מען: _____
 שם הקופה: _____ סניף: _____ מס' אישי בצה"ל: _____
 שמות הרופאים המטפלים (משפחה ומקצועיים): _____

קופ"ח - סניפים קודמים

שם הקופה:	שם הסניף:	מס' חבר:	שמות רופא/ים מטפלים ומומחיותם:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

במקרה של קטין

שם האב _____ ת.ז. _____
 שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך _____
 חתימה _____
 (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

אישור

הנני מאשר בזה כי ביום _____ הופיע בפני עו"ד _____ במשרדי ברח' _____, _____
 גב"מר _____ שזהה עצמו ע"י תעודת זהויה מס' _____ / המוכר לי באופן אישי ואחרי שהסברתי לו מהות
 כתב ויתור על סודיות זה, אישר בפני כי הבין תוכנו וחתם עליו בפני.

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 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 ג'). 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 למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב 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 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 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.

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:

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 כנספח ג', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח 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.
במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים התובע נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

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 הפוליסה 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 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>

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