

הליך בירור ויישוב התביעה

כלל 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 שנדרשו מהתובע 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 התביעה¹.

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 - 1981². 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 או תקנון קרן פנסיה, על הלקוח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח ג', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח ב'.

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

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח להעביר אל החברה לכתובת: מנחם בגין 48 תל אביב 66180, או לפקס: 077-6383407. 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 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 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 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 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 9 לחוזר גופים מוסדיים 18-9-2009 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 9 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>

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							
חבר קופת חולים		משנת		מקצוע		עובד		מספר טלפון בעבודה	
שם המעסיק		כתובת מקום עבודה / רחוב		מס' עיר		מיקוד			
		<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי							

2. פרטי המקרה תאונה מחלה

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

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, רפואי, 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 הסייעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי 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 מרפאיהם 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 הסייעודי 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 לבטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרפאיהם 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 רפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב וויתור 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 _____