

הליך ביחור ויישוב התביעה

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.

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 חובה מתיישנת על פי חוק לאחר 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 5 לחוק ההתיישנות התשי"ח 1958 מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3 ג' לפקודת הביטוח תהיה תקופת התיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים (1).

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 חובה, על הלקוח למלא טופס הודעה על נזק גוף בתאונת דרכים בנוסח הרצ"ב כנספח ג', דרישה כספית מפורטת בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח "ב", דף פרטים בנוסח הרצ"ב כנספח "ד" וטופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות בנוסח הרצ"ב כנספח "ה".

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

את טופס ההודעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח להעביר אל החברה לכתובת: מנחם בגין 48 תל אביב 66180, או לפקס: 03-6387125.

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.

מערכת הכללים

החברה אמצה מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור, אשר אלה עיקריה:

מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תמסור לתובע, ו/או לכ"כ 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 להציג 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 שתימסר לתובע שאינו מיוצג תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד המחלוקת ואת הסכום שנקבע כפשרה.

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 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 מאה ושמונים ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה.

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 2009-9-18 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשון. 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>

רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור ויישוב התביעה תביעה מכוח פוליסת ביטוח חובה

- דרישה כספית מפורטת בצירוף מסמכים להוכחתה.
- טופס הודעה על נזק בתאונת דרכים מלא וחתום, מצ"ב.
- דף פרטים למעורב בתאונת דרכים מעודכן במלואו, חתום ומאושר, מצ"ב.
- טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות חתום ומאושר כדין, מצ"ב.
- כשהתובע מיוצג-יפוי כוח הכולל את שם התובע ותאריך האירוע חתום ומאושר כדין.
- כשהתובע הינו קטין מיוצג-יפוי כוח חתום על ידי 2 הורי הקטין, בציון שמות ההורים, ת.ז שלהם ותאריך האירוע חתום ומאושר כדין.
- צילום תעודת זהות וספח או צילום דרכון
- תעודת חובה משולמת למועד האירוע.
- אישור משטרה בגין האירוע.
- צילום רישיון נהיגה של הנהג על שני צדדיו תקף ליום האירוע.
- במקרה של נהג תושב חוץ-צילום רישיון נהיגה משני צדדיו וצילום דרכון לרבות פירוט כניסות ויציאות מהארץ.
- שמות העדים למקרה ופרטיהם.
- דו"ח שמאי ו/או קבלות על תיקון הנזק לרכב.
- רשימת הרופאים המטפלים לפני ואחרי האירוע.
- תיעוד רפואי מיום האירוע ואילך הקשור לאירוע.
- מסמכי חדר מיון/בית חולים/מוקד רפואי.
- דו"ח כינוי אמבולנס.
- אישור אי כושר.
- תצהיר בריאות מפורט חתום ומאושר כדין.
- תמונות מקוריות מעודכנות של האיבר הפגוע. (על התמונות להיות בצבע בציון תאריך הצילום).
- תלושי שכר 3 חודשים לפני האירוע ומאז האירוע ועד היום.
- פרטי קרן פנסיה.
- במידה והתובע נפטר- תלושי שכר של האלמן/נה מ 3 חודשים לפני האירוע ומאז האירוע ועד היום.
- טפסי 106
- דוחו"ת שומה.
- דוחו"ת מ.ע.מ.
- אישור מעביד על היעדרות מהעבודה בתקופת אי הכושר.
- אישור מעביד על העדר השתכרות בתקופת אי הכושר.
- אישור מביה"ס / גן על ימי ההיעדרות עקב האירוע בציון תאריכים.
- קבלות על הוצאות ככל שקשורות לאירוע.
- חשבון מד"א עבור כינוי ממקום האירוע.
- טופס תביעה לדמי פגיעה של המוסד לביטוח לאומי
- דו"חות הועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי.
- פרוט התגמולים שהתקבלו מהמוסד לביטוח לאומי.
- פירוט אודות קצבאות נוספות המתקבלות מהמוסד לביטוח לאומי.
- פירוט קצבאות המתקבלות מקרן פנסיה או מחברת ביטוח.
- צו ירושה/ צו קיום צוואה מאושר כדין עם חותמת נאמן למקור.
- תעודת פטירה במידת הצורך.
- דו"ח משרד העבודה לגבי האירוע.

שם הסוכן	מספר רישוי
מספר פוליסה	תאריך אירוע

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד

נספח ג' טופס הודעה על נזק גוף בתאונת דרכים

הודעה על נזק גוף בתאונת דרכים

1. פרטי בעל הפוליסה

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות / ס.ב.
רחוב	מס' או ת"ד	יישוב
מספר הטלפון	מספר הנייד	מספר טלפון בעבודה
מקצוע / עיסוק	מיקוד	דוא"ל

2. פרטי הנהג ברכב בעת האירוע

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות / ס.ב.	תאריך לידה
רחוב	מס' או ת"ד	יישוב	מיקוד
מספר הטלפון	מספר הנייד	מספר טלפון בעבודה	האם נהג ברשות המבוטח? ☐ כן ☐ לא
עיסוק / מקצוע	קשר נהג / בעל פוליסה	מספר טלפון בעבודה	תאריך הוצאת רשיון נהיגה
מספר רשיון נהיגה	האם הרשיון נפסל? ☐ כן ☐ לא	סוג / דרגת רשיון	בתוקף עד

3. פרטי הרכב

רשום על שם	שנת ייצור	דגם	יצרן
סוג הרכב	האם בבעלות המעביד? ☐ כן ☐ לא	האם בשימוש המעביד? ☐ כן ☐ לא	האם הרכב מושכר ע"י המעביד? ☐ כן ☐ לא
☐ פרטי ☐ מסחרי ☐ מונית ☐ גורר / נגרר ☐ אוטובוס ☐ אחר			

4. פרטי האירוע

תאריך אירוע	יום בשבוע	שעה	כתובת מקום האירוע: עיר / איזור / כביש
האם הובא לידיעת המשטרה? ☐ כן ☐ לא	מספר יומן / אירוע	שם התחנה	מספר נוסעים

תיאור האירוע:

במקרה הצורך נא צרף דף נוסף

מוקדי הנזק ברכב המבוטח: ☐ קדמי ☐ אחורי ☐ ימני ☐ שמאלי ☐ אחר

מוקדי הנזק ברכב צד ג': ☐ קדמי ☐ אחורי ☐ ימני ☐ שמאלי ☐ אחר

5. פרטי צד ג' 1

סוג הרכב ☐ פרטי ☐ מסחרי ☐ מונית ☐	שנת ייצור	יצרן	דגם	צבע	מספר רישוי
☐ גורר ☐ נגרר ☐ אוטובוס ☐ אחר					
שם בעל הרכב	מספר הזהות / ס.ב.				
כתובת					
שם הנהג	מספר הזהות / ס.ב.				
האם היה מנע עם רכב צד ג' ☐ לא ☐ כן					
האם יש נפגעים בנוף ברכב צד ג' ☐ לא ☐ כן					
שם חברת ביטוח חובה					
מספר פוליסה					

6. פרטי צד ג' 2

סוג הרכב ☐ פרטי ☐ מסחרי ☐ מונית ☐	שנת ייצור	יצרן	דגם	צבע	מספר רישוי
☐ גורר ☐ נגרר ☐ אוטובוס ☐ אחר					
שם בעל הרכב	מספר הזהות / ס.ב.				
כתובת					
שם הנהג	מספר הזהות / ס.ב.				
האם היה מנע עם רכב צד ג' ☐ לא ☐ כן					
האם יש נפגעים בנוף ברכב צד ג' ☐ לא ☐ כן					
שם חברת ביטוח חובה					
מספר פוליסה					

7. עדים למקרה

שם המשפחה	השם הפרטי	מספר הזהות / ס.ב.
קרבה לבעל הפוליסה	מספר הנייד	הקשר של העד למקום הארוע

8. פרטי הנפגעים ברכב המבוטח

באם מספר הנפגעים המעורבים עולה על 2 מא צרף דף נוסף

האם באירוע קיימים נפגעים?
כן ☐ לא ☐

9. פרטי נפגע 1

שם המשפחה	השם הפרטי	תאריך לידה	מספר הזהות / ס.ב.
רחוב	מס' או ת"ד	יישוב	מיקוד
דוא"ל			
סוג הפגיעה ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ רוכב אופנים ☐ אחר, נא פרט			
מהות הפגיעה			
קבלת טיפול רפואי	שם המוסד	פינוי ע"י אמבולנס?	אשפוז בבית חולים
☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
שם בית החולים			
היעדרות מעבודה	מתאריך	עד תאריך	האם נגרמו הפסדי השתכרות?
☐ כן ☐ לא			☐ כן ☐ לא
סוג הנסיעה	במהלך העבודה	בדרך לעבודה או ממנה	נסיעה פרטית
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
פניה למ.ל.ל.	האם נמסרה הודעה למ.ל.ל?	שם הסיף	שם הענף
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא		
חברות בקופת חולים			
☐ כללית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ לאומית			
שם הרופא המטפל			

פרטי נפגע 2

שם המשפחה		השם הפרטי		תאריך לידה		מספר הזהות / ס.ב.	
רחוב		מס' או ת"ד		יישוב		מיקוד	
דוא"ל							
סוג הפגיעה ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ רוכב אופנים ☐ אחר							
מהות הפגיעה _____							
קבלת טיפול רפואי		שם המוסד		פינוי ע"י אמבולנס?		אשפוז בבית חולים	
☐ כן ☐ לא				☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא	
שם בית החולים				חופשת מחלה		עד תאריך _____	
☐ כן ☐ לא				☐ כן ☐ לא			
היעדרות מעבודה		מתאריך _____		עד תאריך _____		האם נגרמו הפסדי השתכרות?	
☐ כן ☐ לא				☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא	
סוג הנסיעה		במהלך העבודה		בדרך לעבודה או ממנה		נסיעה פרטית	
☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא	
פניה למ.ל.ל.		האם נמסרה הודעה למ.ל.ל.?		שם הסניף		שם הענף	
☐ כן ☐ לא		☐ כן ☐ לא					
חברות בקופת חולים		סניף		שם הרופא המטפל			
☐ כללית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ לאומית							

8. מסמכים שיש לצרף

- צילום רישיון רכב
- צילום רישיון נהיגה
- צילום תעודת זהות
- צילום תעודת ביטוח חובה.
- אישור משטרה
- תיעוד רפואי

9. התיישנות:

יודגש כי תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 5 לחוק ההתיישנות, תשי"ח 1958 (1).
מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3 ג לפקודת הביטוח תהיה תקופת התיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים.

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. אין בקבלת טופס הודעה זה, משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי ו/או בנסיבות ו/או בחובה לשלם תגמולי ביטוח.

10. הצהרות:

אני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח, מיד עם קבלת הודעה/תביעה כלשהי בקשר לתאונה הנ"ל, מכל גורם שהוא.
 הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי היום נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה.
 אני מאשר כי הובא לידיעתי ואני מסכים כי הפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה, יוחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בנושא הביטוח וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים בקבוצת "כלל ביטוח", מאגרי מידע המשמשים את ענף הביטוח בארץ, וכן ככל הנדרש על-פי כל דין.
 תאריך _____ שם _____ מספר זהות _____ חתימה _____

נספח ד' - דף פרטים

מבלי לפגוע בזכויות ומבלי להכיר בחבות

תביעה מס' _____ אירוע מיום _____

דף פרטים בכדי שיהיה באפשרותנו לטפל בתביעה נבקשך למלא את דף הפרטים המפורט להלן ולהחזירו לחברתנו. שאלון זה נוקט בלשון זכר, וזאת למען הנוחות בלבד, ולפיכך בכל מקום בו מצוין לשון זכר, הכוונה הינה בהתאם גם לנקבה- תובעת.

שם המשפחה	השם הפרטי	תאריך לידה	מספר הזהות / דרכון	מס' נייד
רחוב	יישוב	מס' או ת"ד	מיקוד	דוא"ל
				מס' טלפון

ארץ לידה _____ אם לא נולדת בארץ, נא ציין ארץ מוצא ושנת עליה _____ אזרחות ישראלית / שטחים / אחר.
פרטי הנהג בעת האירוע:

שם המשפחה	השם הפרטי	תאריך לידה	מספר הזהות / דרכון	מס' נייד
רחוב	יישוב	מס' או ת"ד	מיקוד	דוא"ל
מס' רישיון	בתוקף עד	תאריך הוצאת רישיון		

פרטי הרכב:

שם המבוטח	מספר רישוי	סוג רכב	מספר הזהות של בעל הרכב
	☐ פרטי ☐ מסחרי ☐ מונית ☐ אוטובוס ☐ אחר		
שם בעל הרכב	כתובת בעל הרכב	מס' טלפון	

פרטי האירוע:

תאריך האירוע	יום בשבוע	מקום האירוע	שעת האירוע
האם נפגעת כ- ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ רוכב אופניים ☐ אחר _____			
כיצד התרחש האירוע: _____			
האם היו עדים לאירוע	שם העד	כתובת	טיב ההיכרות ביניכם
☐ כן ☐ לא			
שם העד	כתובת	טיב ההיכרות ביניכם	
האם נמסרה הודעה על האירוע למשטרה		פרטי התחנה	
☐ לא ☐ כן, מס' תיק _____			
האם היו נפגעים נוספים	שם הנפגע	מס' תעודת זהות	כתובת
☐ לא ☐ כן			
הנפגע הנוסף שימש כ- ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ רוכב אופניים ☐ אחר, פרט _____		אם מדובר בנוסע נפגע נא ציין את מקום ישיבתו ברכב: _____	
האם היו נפגעים נוספים	שם הנפגע	מס' תעודת זהות	כתובת
☐ לא ☐ כן			
הנפגע הנוסף שימש כ- ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ רוכב אופניים ☐ אחר, פרט _____		אם מדובר בנוסע נפגע נא ציין את מקום ישיבתו ברכב: _____	
האם היו מעורבים באירוע כלי רכב נוספים?	שם הנהג	מס' תעודת זהות	סוג רכב
☐ לא ☐ כן, פרט מס' רישוי _____			
שם חברת ביטוח	מס' פוליסת חובה	האם היה מגע עם רכב צד ג'?	האם היו נפגעי גוף ברכב צד ג'?
		☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן
האם מונית ממקום האירוע באמצעות אמבולנס?	האם אושפזת או טופלת בבי"ח עקב האירוע?	שם בי"ח _____ תקופת האשמוז _____	
☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן, אם כן מתי אושפזת _____		
אם לא, היכן טופלת לראשונה בעקבות האירוע?	האם קיבלת טיפול רפואי כלשהו עקב האירוע הנדון?	מתי _____	
☐ לא ☐ כן, פרט סוג הטיפול, מיהו הגורם המטפל?	☐ לא ☐ כן		
אילו כאבים ומגבלות הנך סובל כיום כתוצאה מהאירוע? _____			
האם התאונה ארעה בדרך לעבודה?	האם התאונה ארעה בדרך מהעבודה הביתה?	האם התאונה ארעה במהלך העבודה?	האם הרכב שייך למעבידך?
☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן	☐ לא ☐ כן

פרטי האירוע:

באם התאונה ארעה במהלך העבודה או בדרך אליה, האם הועברה הודעה למוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן, סניף _____

האם המוסד לביטוח לאומי הכיר בארוע כתאונת עבודה? ☐ לא ☐ כן

אם לא, נא פרט את הסיבות לדחיית התביעה וצרף את טופס הודעת הדחייה של המ.ל.ל. _____

אם כן, נא פרט:

מהו סך דמי הפגיעה שקיבלת מהמוסד לביטוח לאומי ובגין איזו תקופה? _____

מהו סך גמלת/קצבת הנכות הזמנית שקיבלת מהמוסד לביטוח לאומי ובגין איזו תקופה? _____

אם קיבלת מענק נכות נא פרט סכומו ומועד קבלתו _____

אם הנך מקבל קצבת נכות צמיתה, נא פרט את סכום הקצבה החודשית ב- 12 החודשים האחרונים _____

מהן יתר טובות ההנאה שקיבלת או שהנך מקבל מהמוסד לביטוח לאומי עקב האירוע? פרט אותן ובאם הן מתבטאות בכסף ציין את סכומיהן: _____

האם פנית לקבלת קצבת נידודת ו/או קצבה מיוחדת? אם כן פרט סיבת הפניה ומה היתה תוצאתה: _____

אם לא, פרט מדוע לא פנית _____

האם פנית לשיקום במסגרת הביטוח הלאומי? אם כן פרט מה עברת במסגרת השיקום ומה היו תוצאותיו _____

פרט השכר שקיבלת בזמן השיקום: _____ אם לא פרט מדוע לא פנית _____

אם לא מדובר בתאונת עבודה, נא פרט כדלקמן:

האם פנית בבקשה לקצבת נכות במסגרת נכות כללית במוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן, אם כן מתי פנית? _____ לאיזה סניף? _____

מה היתה ההחלטה? _____ מה הנכות שנקבעה והחל ממתי? _____ אם לא, מדוע לא פנית? _____

האם פנית בבקשה לקצבת נידודת במוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן, אם כן מתי פנית? _____ לאיזה סניף? _____

מה היתה ההחלטה? _____ מה הנכות שנקבעה והחל ממתי? _____

אם לא מדוע לא פנית? _____

האם פנית בבקשה לקצבת סיעוד במוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן, אם כן מתי פנית? _____ לאיזה סניף? _____

מה היתה ההחלטה? _____ מה הנכות שנקבעה והחל ממתי? _____

אם לא מדוע לא פנית? _____

האם פנית בבקשה לקצבת שירותים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי? אם כן מתי פנית? _____ לאיזה סניף? _____

מה היתה ההחלטה? _____ מה הנכות שנקבעה והחל ממתי? _____

אם לא, מדוע לא פנית? _____

במקרה של תובע שנפטר, האם נעשתה פניה לענף תלויים/שארית במוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן, אם כן מה היתה ההחלטה? _____

אם לא, מדוע לא פנית? _____

האם מדובר בהסעה מאורגנת של מעבידך? ☐ לא ☐ כן.

האם נשאת בהוצאות מיוחדות עקב האירוע מאז האירוע ועד היום? ☐ לא ☐ כן,

אם כן נא פרט כל הוצאה בנפרד - סכום ומועד הוצאה, או צרף הקבלות בגינן. _____

האם העסקת עזרה בבית לפני התאונה? ☐ לא ☐ כן. אם כן, נא פרט מועדי ההעסקה ותכיפותה _____

פרטי נותן העזרה _____ נא פרט הסכומים ששילמת לנותן העזרה _____

האם העסקת עזרה בבית אחרי התאונה? ☐ לא ☐ כן. אם כן, נא פרט מועדי ההעסקה ותכיפותה _____

פרטי נותן העזרה _____ נא פרט הסכומים ששילמת לנותן העזרה _____

שם קופת החולים בה הנך חבר _____ סניף _____ שם רופא משפחה _____

האם היית חבר בקופ"ח אחרת קודם לקופ"ח הנוכחית? ☐ לא ☐ כן, אם כן פרט את קופ"ח, הסניפים ומועדי החברות _____

האם שרתת שירות סדיר בצה"ל? ☐ לא ☐ כן, מספר אישי _____ פרופיל צבאי בעת גיוסך _____

האם היו שינויים בפרופיל הצבאי ובסעיפי הליקוי מאז גיוסך ועד היום? ☐ לא ☐ כן _____

אם כן, פרט אילו שינויים חלו ומתי _____

האם שוחררת שחרור מוקדם עקב סיבות רפואיות או אחרות? ☐ לא ☐ כן, אלו סיבות ומתי? _____

אם לא שרתת בצה"ל, נא פרט הסיבה לכך _____

האם ארעו לך תאונות ו/או פגיעה/פגיעות ו/או מחלה/ות כלשהן לפני הארוע? ☐ לא ☐ כן, אם כן מתי? _____

אלו פגיעות נגרמו? _____

נספח ד' - דף פרטים

פרטי האירוע:

האם אושפזת או טופלת עקב פגיעות אלה? ☐ לא ☐ כן, פרט היכן ומתי _____
האם הגשת תביעה בבית דין תאונות/פגיעות הנ"ל לגורם כלשהו לרבות חברות ביטוח, הביטוח הלאומי, קצין התגמולים או כל גורם אחר? ☐ לא ☐ כן, אם כן פרט לאיזה גורם _____
האם נקבעו לך ע"י גורם כלשהו נכויות בקשר לתאונות / פגיעות הללו? ☐ לא ☐ כן, אם כן בקשר לאיזה תאונות/פגיעות? _____
מהם שיעורי הנכות? _____ באילו תחומי רפואה נקבעו? _____
האם ארעו לך תאונות ו/או פגיעות ו/או מחלה/ות כלשהן אחרי האירוע? ☐ לא ☐ כן, אם כן מתי? _____
אלו פגיעות נגרמו? _____

האם אושפזת או טופלת עקב פגיעות אלה? ☐ לא ☐ כן, פרט היכן ומתי _____
האם הגשת תביעה בבית דין תאונות/פגיעות הנ"ל לגורם כלשהו לרבות חברות ביטוח, הביטוח הלאומי, קצין התגמולים או כל גורם אחר. ☐ לא ☐ כן, אם כן פרט לאיזה גורם _____
פנית _____ מה היה סוג התביעה ומה היתה תוצאתה _____
האם נקבעו לך ע"י גורם כלשהו נכויות בקשר לתאונות/פגיעות הללו? ☐ לא ☐ כן, אם כן בקשר לאיזה תאונות/פגיעות, _____
מהם שיעורי הנכות? _____ באילו תחומי רפואה נקבעו? _____
האם נקבעה לך נכות על פי כל דין בקשר לאירוע? ☐ לא ☐ כן, אם כן פרט את הנכות שנקבעה ומיהו הגורם שקבע _____
האם הנך חבר בקרן הפנסיה? ☐ לא ☐ כן, אם כן ציין פרטי הקרן _____
האם קיימת זכאות לקבלת כספים מקרן פנסיה בקשר לאירוע? ☐ לא ☐ כן _____

פרטי מקום העבודה

שם המעסיק	תפקיד	האם יש קרבה בינך לבין המעסיק? ☐ לא ☐ כן
רחוב	מס' או ת"ד	דוא"ל
	ישוב	מיקוד

מקומות עבודה בהן עבדת ב-3 השנים האחרונות

שם המעביד	התפקיד אותו מילאת	תקופת העבודה אצל כל מעביד
מהן כל העבודות בהן עבדת מאז האירוע ועד היום? _____		
פרט שכר ו/או הכנסותיך מכל מקור שהוא בכל חודש לגבי התקופה של 12 חודשים לפני האירוע ועד היום. ניתן לצרף תלושי שכר במקום הפירוט. לגבי עצמאי, יש לצרף דוחות מס הכנסה, שומת מס _____		

האם נעדרת מעבודתך בעקבות האירוע? ☐ לא ☐ כן, מיום _____ עד _____ תאריך חזרה לעבודה _____ האם חזרת לעבודה מלאה? ☐ לא ☐ כן		

יודגש כי תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 5 לחוק ההתיישנות התשי"ח 1958 (1) נבחר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3 ג' לפקודת הביטוח תהיה תקופת ההתיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים.

הריני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי היום נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונה. אני מאשר כי הובא לידיעתך ואני מסכים כי הפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שניתן לידיעת החברה, יוחזקו במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בנושא הביטוח וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע נוספים בקבוצת "כלל ביטוח", מאגרי מידע המשמשים את ענף הביטוח בארץ, וכן ככל הנדרש על-פי כל דין.
חתימה _____
אישור עו"ד _____ מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני _____ בעל ת.ז. _____ ואחרי שהוזהרתי כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, חתם על ההצהרה הנ"ל בפני.
שם _____ חתימה _____

אין בקבלת טופס זה משום הכרה בחבות ו/או משום הודאה בטענה כלשהי העומדת לנו על פי כל דין ו/או על פי תנאי הפוליסה

1. יצויין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח - 1958 קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

נספח ה' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א':

אני הח"מ _____ במקרה של קטין ירשמו פרטיו.

שם פרטי	שם משפחה	מס' תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס' או ת"ד	מיקוד	יישוב
			דוא"ל

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים ולרבות בתי חולים פסיכיאטריים, רופאים, עובדיהם, ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או למבטחים ו/או לקרן מקפת ו/או לקג"מ למסור **לקבוצת כלל ביטוח** ו/או בא כוחה ו/או מי מטעמה (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורט להלן 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.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ולרבות בתי חולים פסיכיאטריים 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 הסייעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורט להלן 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 עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהלן, 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 המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שיפורטו להלן.

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

או על המידע המפורט להלן _____ :

חלק ב':

קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
רופאים	1.	2.	3.
מכונים מעבדות	1.	2.	3.
מס' אישי בצה"ל	קופ"ח קודמת		
שם האב	שם האם	תעודת זהות	תעודת זהות
במקרה קטין			

תאריך _____ עד לחתימה ומס' ת.ז. _____ חתימה _____ במקרה של קטין - חתימת אפוטרופוס _____

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מתיר בזאת לכל חברת ביטוח למסור **לקבוצת כלל ביטוח** ו/או לכל מי שבא או פועל מטעמה, מידע אודות תאונות דרכים, לרבות נזקי גוף שנגרמו, אם נגרמו או ארעו לי בעבר.
לא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

תאריך _____ שם _____ חתימה _____
מס' תביעה _____ שם המטפל _____