

פוליסת ביטוח חיים: הנחיות להגשת תביעה- אובדן כושר עבודה

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, עפ"י כיסוי בפוליסת אובדן כושר עבודה ולפי תנאי פוליסת הביטוח.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, אנו ממליצים לך להשתמש בשירות תביעות On-Line שבאתר החברה בכתובת www.clal.co.il.

השירות מאפשר לך להגיש תביעה דרך האתר ולצפות בסטטוס הטיפול בה, להעלות מסמכים חסרים, להתעדכן בתכתובות הנוגעות לתביעה ועוד.

כמו כן, באפשרותך למלא את טופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בדף הבא.
נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות, פעולה זו עשויה לייעל את הטיפול בעניינך.
 כמו כן, **בחברתנו מופעל שירות הודעות SMS** המעדכן על סטטוס התביעה.
אנא ציין את מספר הטלפון הסלולרי שלך בטופס התביעה לצורך התקשרות ועדכון רציף בסטטוס התביעה.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח אלינו באמצעות מייל לכתובת tvilife@clal-ins.co.il או בפקס שמספרו 077-6383394 או בדואר לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 723 תל אביב 6100701.

לתשומת ליבך, ככל והינך אזרח ותיק, באפשרותך להגיש תביעה בעל פה אל מול נציג שירות המוקד.

באפשרותך לבדוק היתכנות להגשת תביעות בפוליסות נוספות על שמך באתר האינטרנט המרכזי לאיתור מוצרי ביטוח ("הר הביטוח") בכתובת <https://harb.cma.gov.il>.

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 ביטוח חיים
 מערך התביעות
 כלל חברה לביטוח בע"מ



נספח א' - הנחיות לעניין אופן מילוי טופס הגשת תביעה בגין כיסוי אובדן כושר עבודה ורשימת המסמכים הנדרשים מהתובע/ת במסגרת הטיפול בתביעה

על מנת לבדוק את זכאותך, ולצורך טיפול בתביעתך, נבקשך למלא את טופס התביעה, כולל נספחים, באופן מפורט, הכולל, בין היתר, את הפרטים הבאים:

1. פרטים אישיים של המבוטח/ת ובחירת אופן משלוח מסמכים והודעות בקשר לתביעה.
2. פרטי חשבון בנק, בצירוף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון, לצורך ביצוע העברה בנקאית במידה והתביעה תאושר.
3. פרטי התביעה ופרטים על אובדן כושר העבודה - נבקשך למסור מידע מפורט על סיבת אובדן כושר העבודה, המועד, וכן פרטים בגין מצבך התעסוקתי והרפואי.
4. פרטים נוספים על המבוטח/ת - נבקשך למסור מידע בנוגע לעיסוק, השכלה והכשרה מקצועית.
5. הצהרה על נכונות המידע שנמסר ומתן אישור לגבי שימוש ושמירת המידע.
6. טופס ויתור סודיות - לצורך הוצאת מסמכים רפואיים ואחרים, ככל שיידרשו, במסגרת בירור התביעה, יש למלא את פרטי המבוטח/ת ולחתום על הטופס. חתימת המבוטח/ת תאומת על ידי מאמת חתימה.
7. טופס 101 (כרטיס עובד) - כולל הנחיות למילוי בגוף המסמך.

לצורך טיפול בתביעה, הנך נדרש/ת לצרף את המסמכים ברשימה להלן:

1. טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח.
2. אישורים רפואיים הנמצאים ברשותך, המעידים על מצבך הרפואי.
3. טופס ויתור על סודיות רפואית.
4. ככל שפנית בתביעה אל המוסד לביטוח לאומי, בקשר לתאונת עבודה, נכות כללית, חופשת לידה ושמירת הריון - יש לשלוח את העתק החלטת המוסד לביטוח לאומי, ככל שיש החלטה.
5. למבוטח/ת שכיר/ה - יש לשלוח 12 תלושי שכר אחרונים, לפני קרות מקרה הביטוח וכן אסמכתא על תקופת ההיעדרות מהעבודה. ככל שחזרת לעבוד באופן מלא או חלקי, יש לשלוח תלושי שכר מיום החזרה למעגל העבודה.
6. למבוטח/ת עצמאית - יש לשלוח אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסות המבוטח/ת לאחר מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסות, כאמור.
7. למבוטח/ת המקבלת ו/או הזכאית לקצבה מגורמים אחרים (כגון חברת ביטוח, קרן פנסיה או ביטוח לאומי) - יש לשלוח אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה ככל שאושרה.
8. טופס 101.
9. העתק המחאה או אישור ניהול חשבון.
10. צילום תעודת זהות קריא וברור, כולל ספח פתוח.

מה יקרה בהמשך:

עם קבלת מסמכי התביעה, יישלח מכתב המפרט את המסמכים שהתקבלו. במקרים בהם יהיה צורך במידע ו/או מסמכים נוספים ו/או הבהרות, נבקש מידע נוסף בהתאם, וכמו כן, ייצור עמך קשר נציג שירות מטעמנו. במקרים מסוימים, תידרש/י להיבדק על ידי רופא חברה. במקרים אלו, תשלח הודעה בכתב והבדיקה תתואם עמך מראש על ידינו או על ידי מי מטעמנו. לאחר קבלת מלוא המסמכים הנדרשים ותוצאות בדיקת רופא חברה, ככל שבוצעה, נודיעך על הכרעתנו בתביעה.



להלן לוחות זמנים לטיפול בתביעות אובדן כושר עבודה

נושא	סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
תביעה לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה	7(א)	מסירת המסמכים הנדרשים בקשר להגשת התביעה	עד 2 ימי עסקים אחד מהמועד שבו התקבלה הפנייה
	7(ו)	עדכון המבוטח בשיחה טלפונית על קבלת המסמכים ובקשת מידע נוסף לפי הצורך	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	8(א)	פנייה לכל הגורמים הרלוונטיים לקביעת יכולתו התפקודית והתעסוקתית של המבוטח (לרבות חקירה ואיסוף תיק רפואי)	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	8(ח)	הודעה בדבר תוצאות מהלך בירור התביעה	עד 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	9(א)	פנייה טלפונית למבוטח לצורך קביעת מועד להתייצבות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 3 ימי עסקים ממועד ההודעה של החברה על הצורך בהתייצבות לבדיקה רפואית
	9(ב)	מועד התייצבות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 10 ימי עסקים ממועד הפניה הטלפונית למבוטח
	9(ה)	מסירת ההכרעה בתביעה לאחר בדיקה רפואית	עד 3 ימי עסקים ממועד התייצבות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה
ועדה רפואית	10(א)	הגשת ערעור	עד 90 ימים ממועד הכרעת החברה בתביעה
	10(ג)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	10(ד)	התכנסות הוועדה הרפואית	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	10(ר)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית	עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית
	11(א)	הגשת ערעור ע"י המבוטח	עד 90 ימים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית
ועדה רפואית לערעורים	11(ב)	הגשת ערעור ע"י החברה	עד 5 ימים ממועד החלטת הוועדה הרפואית
	11(ד)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	11(ה)	התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	11(ח)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית לערעורים	עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית לערעורים



קוד מסמך 126

נספח ב' - בקשה למימוש זכויות - אובדן כושר עבודה

א. פרטי התובע/מבוטח

מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
	ז / נ			

כתובת מגורים/ישוב	רחוב/ת.ד.	מספר	מיקוד

טלפון	טלפון נייד

אופן קבלת הודעות ומסמכים – יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עמך:

☐ מספר טלפון נייד _____ אני מסכים כי המסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו במסרון לנייד שלי, במקום באמצעות הדואר.

☐ דוא"ל (לצורך קבלת מסמכים בדוא"ל יש לציין גם מספר טלפון נייד) _____ אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר.

* במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי.

☐ אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה לפרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין) בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל באמצעות: ☐ אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) ☐ דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון 5454*

אני מוסר.ת לכלל חברה לביטוח בע"מ מידע אישי מרצוני ובהסכמתי. לרוב אין חובה חוקית למסור את המידע, אך בלעדיו לא ניתן יהיה לרכוש את המוצר או לקבל את השירות לגביו לא אמסור את המידע. גופים מוסדיים בקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח בע"מ ישתמשו במידע זה, במידע אחר שבידם ובמידע שיגיע אליהם, כבעלי שליטה, לצורך אספקת שירות, ניהול עסקים, עמידה בהוראות החוק, פיתוח עסקי (כולל שיווק ופרסום מותאם אישית), להגנה על זכויותיהם ולשימושים לגיטימיים אחרים. המידע יועבר גם לגורמים המספקים לקבוצה שירותים שונים, לסוכני ביטוח, ולגורמים אחרים לפי דין, למטרות כאמור לעיל. פירוט נוסף אודות מטרות השימוש, למי יימסר המידע, דרכי ההתקשרות עם הממונה על הגנת הפרטיות בקבוצה וזכותך לבקש לעיין במידע האישי אודותיך במאגרי המידע ולבקש לתקנו אם אינו נכון, נמצא במדיניות הפרטיות בכתובת <https://www.clalbit.co.il/policy>.

ב. פרטי איש קשר שאינו המבוטח לניהול התביעה

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	קרבה למבוטח
כתובת מגורים	רחוב	מס'	ת"ד
ישוב	מספר טלפון נייד	מיקוד	
דוא"ל	אני מסכים כי מסמכים והודעות בנושאי תביעות מטעם החברה יישלחו לדואר האלקטרוני שלי וזאת במקום באמצעות הדואר. חתימה: _____ @ _____		
תאריך	חתימת המבוטח המאשר מינוי איש קשר _____		

ג. פרטים נוספים

מספרי הפוליסה/ות לביטוח חיים

מעמד (מחק את המיותר)	מקצוע	עיסוק בפועל (לפני קרות האירוע)	מקום העבודה
שכיר/עצמאי			



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

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.
הריני להצהיר כי להלן פרטי הבנק שלי לצורך העברה בנקאית בגין תשלום התביעה הנידונה:

שם בעל החשבון		מספר זהות		כתובת למשלוח הודעת זיכוי	
שם בנק		מס' בנק	שם סניף		מס' סניף
מספר חשבון					

*ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון הבנק כמפורט לעיל משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי. לידיעתך, חברתנו משלמת תגמולי ביטוח באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבוטח. ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים לצורך תשלום בהעברה בנקאית, אנו נשלם את תגמולי הביטוח באמצעות משלוח המחאה לפקודתך לכתובת המצוינת בערכת תביעה זו.
שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות.

תאריך: _____ חתימת בעל החשבון: X _____ *

ה. פרטי התביעה

1. תביעה לאובדן כושר עבודה מלא ☐ חלקי ☐
2. תאריך קרות האירוע

שנה	חודש	יום

ו. פרטים על אובדן כושר עבודה

1. סיבת אובדן כושר עבודה (סמן):

- מחלה
- מחלת מקצוע
- תאונת עבודה
- תאונת דרכים - עבודה
- תאונת דרכים
- פעולת איבה או מלחמה
- שמירת הריון

2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? אנא תאר את פרטי הארוע

3. האם אתה עדיין מטופל במרכז רפואי כלשהו? כן ☐ לא ☐

אם כן פרט את שם המרכז הרפואי: _____



4. עד מתי עבדת לאחרונה?

5. באיזה עיסוק?

6. מה שמו של המעסיק האחרון אצלו הועסקת?

7. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות הרופא? אם כן-עד מתי?

8. האם סבלת מבעיות רפואיות קודם לתאונה/מחלה? אלו בעיות רפואיות? מתי סבלת מאותן בעיות רפואיות?

9. האם חזרת לעיסוקך או לעיסוק אחר? כן _____ לא _____

אם כן, פרט מהו העיסוק:

שם מקום העבודה:

מתי התחלת לעסוק בה _____ מהי ההכנסה החודשית _____ מהו היקף המשרה _____

(נא לצרף תלושי שכר)

10. האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו או בחברה כלשהי? כן _____ לא _____

אם כן, מהו העסק, מה שיעור בעלותך בו ומהם התקבולים שאתה מקבל ממנו?

11. האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו לעיל? כן _____ לא _____

אם כן, פרט את כל מקורות ההכנסה מכל מין שיש לך:

12. האם יש לך ביטוחים אחרים לרבות קרנות פנסיה, המכסים נכות ו/או אובדן כושר עבודה? נא מסור פרטים שם חברה,

מספר פוליסה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד.

13. האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי בעקבות התאונה/המחלה? כן _____ לא _____

אם כן- פרט:

14. האם הגשת תביעה לגורם ממשלתי כלשהו? והאם הינך מקבל פיצוי מאותו גורם?

15. במקרה של תאונת דרכים: האם הגשת תביעה לחברת הביטוח עקב התאונה? אם כן, מהו שם החברה? האם נבדקת על ידי

מומחה מוסכם / מומחה בית משפט כן _____ לא _____ אם כן – נא להמציא לנו עותק חוות דעת רפואית



ז. פרטים נוספים על המבוטח

1. מהי השכלתך / הכשרתך המקצועית?

2. פרט מה היו עיסוקיך ב-5 השנים האחרונות, כדלהלן:

עיסוק	השנים בהם עסקת בו	מעמדך שכיר/עצמאי	שם העסק	סיבה להפסקת עבודתך באותו עיסוק

ח. הצהרת המבוטח

אני מאשר/ת לכלל ביטוח ופיננסים לפנות לבנק בו מתנהל חשבוני לצורך אימות פרטי החשבון בטרם ביצוע התשלום. האימות יבוצע באמצעות השוואת הפרטים שמסרתי במעמד הגשת התביעה עם הפרטים המצויים בידי הבנק. כלל תשמור תיעוד של האימות במאגר המידע שלה. אני מוותר/ת על כל טענה בדבר הפרת חובת הסודיות המוטלת על הבנק בגין האימות, והנני מורה בזאת לבנק להשיב לבקשת האימות שהתקבלה לאחר שהבנתי את משמעות האמור. ידוע לי כי באפשרותי לחזור מהסכמתי זו ע"י פניה למוקד השירות וזאת כל עוד לא נשלחה בקשת האימות. ידוע לי כי לבנק לא תהיה כל אחריות מכל מין וסוג שהוא על המידע שהועבר לכלל ושנשמר בידי כלל ולאבטחת המידע בידי כלל.

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי ו/או שאמסור נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

במידה וממונה אפוסטרופוס (חתימתו):

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

אני מאשר לחברות מקבוצת כלל ביטוח ופיננסים להציע לי מעת לעת מוצרים ושירותים שונים בהתאם למידע אודותיי שישולב מכל חברות הקבוצה. ההצעות יישלחו בין השאר בדואר אלקטרוני, במסרונים ובוואטסאפ, ובדיוור ישיר בכל אמצעי התקשורת.

חתימת המבוטח _____



טופס ויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני הח"מ מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תעודת זהות _____ שם האב _____
 רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____ טלפון _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון - השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או למשטרת ישראל / לת"ן ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין לרבות תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשטרת הגבולות ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור - מ.א.ר. ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או עיריות לרבות שירותי ומחלקות הרווחה השונים ו/או לשכת הבריאות ו/או למוסד לביטוח לאומי לרבות כל הנוגע לתשלומים ו/או לכל עובד ו/או מוסד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או גמילה ו/או בתי אבות וכמו כן בהדגשה גם ל- _____ למסור **לכלל חברה לביטוח בע"מ** (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הגנטי ו/או הנפשי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או קרן מבטחים ו/או קרן מקפת ו/או עמיתים ו/או כל קרן פנסיה אחרת ו/או קופות גמל למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים, פוליסות, מידע רפואי לרבות ביחס למחלת האיידס, תשלומים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות ו/או מחלות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכן מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או חברות הביטוח ו/או קרנות הפנסיה מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או גנטי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

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 השירותים שיפורטו להלן. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.



טופס ויתור על סודיות רפואית

חלק ב'

שמות נותני השירותים

שם קופ"ח _____ סניף _____ מס' חבר _____ שם המוסד _____
 מס' אישי בצה"ל _____ שם קופ"ח קודמת _____
 רופאים 1. _____ 2. _____

חתימת המבוטח

תאריך _____ מס' ת"ז _____ חתימה _____

עד לחתימה

תאריך _____ עד לחתימה מס' ת"ז / מ.ר _____ חתימה _____

על עד מהימן לחתום חתימה וחותרמת לרבות פרטיו המלאים: שם מלא + מ.ר או תעודת זהות. חתימת עד מהימן הינו: רופא, אחות, עו"ד, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח בצירוף מספר רשיון.

יפויי כח

הריני מייפה את כוחו של הנציג _____ לקבל עבורנו את המידע הרפואי כולל מידע ממשד הפנים המפורט לעיל.

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____



הנחיות למילוי כרטיס עובד

יש למלא את שני העמודים של הטופס.

עמוד ראשון:

כותרת	שנת מס	יש להקפיד לציין בחלק העליון של הטופס באיזו שנת מס מדובר.
סעיף א'	פרטי מעביד	אין למלא סעיף זה.
סעיף ב'	פרטי העובד	יש למלא את כל הפרטים האישיים.
סעיף ג'	פרטים על ילדים	יש למלא רק אם יש לך ילדים שבשנת המס עוד לא מלאו להם 19 שנה.
סעיף ד'	פרטים על הכנסות ממעביד זה	יש לסמן ב- X את האופציה "קצבה".
סעיף ה'	פרטים על הכנסות אחרות*	יש לסמן ב- X את האופציה המתאימה.
סעיף ו'	פרטים על בן/בת הזוג	יש למלא את הפרטים האישיים של בן/בת זוג ואת המידע על הכנסותיו.
סעיף ז'	שינויים במהלך השנה	למלא אם היו שינויים בפרט כלשהו שציינת (לדוגמה, מצב משפחתי, מצב הכנסות נוספות). לגבי כל שינוי חשוב לציין את תאריך השינוי.

עמוד שני:

סעיף ח'	סיבות לפטור/דיכוי	יש לסמן ב- X את הסעיפים הרלוונטיים לך. שים לב כי עבור חלק מהסיבות יש צורך לצרף אישור מיוחד.
סעיף ט'	בקשה לתיאום מס	רלוונטי רק אם הנך מצרף אישור תיאום מס מפקיד שומה.
סעיף י'	הצהרה	חובה לחתום ולכתוב תאריך.

*אם יש לך הכנסות נוספות, ינוכה מהפנסיה מס מקסימלי אלא אם כן נקבל תיאום מס.

אם ברצונך לגשת לפקיד שומה לבקש תיאום מס, יש באפשרותך שתי אופציות:

- לקבל את תשלום הקצבה הראשון בניכוי מס מקסימלי ולגשת למס הכנסה עם התלוש שתקבל מאיתנו. ובתשלום שישולם לך לאחר קבלת האישור, נעדכן את שיעור המס על פי האישור מתחילת התשלומים באותה שנה.
- לבקש שנשלח לך הפנייה למס הכנסה לפני שנבצע את התשלום הראשון (במקרה זה התשלום הראשון עשוי להידחות בחודש).



כרטיס עובד⁽¹⁾

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעביד⁽¹⁾

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס ("א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעביד למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת⁽¹⁾ העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעביד (למילוי ע"י המעביד)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
			9: : : : : : :

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים)

מספר זהות (9 ספרות)		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		תאריך עליה										
כתובת פרטית <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">רחוב/שכונה</td> <td>מספר</td> <td>עיר/ישוב</td> <td>מיקוד</td> <td colspan="2">מספר טלפון</td> <td colspan="2">מספר טלפון נייד</td> </tr> </table>										רחוב/שכונה		מספר	עיר/ישוב	מיקוד	מספר טלפון		מספר טלפון נייד	
רחוב/שכונה		מספר	עיר/ישוב	מיקוד	מספר טלפון		מספר טלפון נייד											
מין		מצב משפחתי		תושב ישראל		חבר קיבוץ/מושב שיתופי		חבר בקופת חולים										
☐ זכר	☐ רווק/ה	☐ נשוי/אה		☐ כן	☐ לא		☐ לא											
☐ נקבה	☐ אלמן/ה	☐ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)		☐ לא	☐ לא		☐ כן, שם הקופה _____											
כתובת דואר אלקטרוני																		

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעביד זה

סמן/י ✓ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך

בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

תאריך תחילה העבודה⁽¹⁾ בשנת המס	אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)
	☐ משכורת חודש ⁽²⁾
	☐ משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾
	☐ משכורת חלקית ⁽⁴⁾
	☐ שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾
	☐ קצבה ⁽⁶⁾
	☐ מלגה ⁽¹⁾

[illegible]

ה. פרטים על הכנסות אחרות

☐	אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות:
☐	יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
☐ משכורת חודש ⁽²⁾	☐ קצבה ⁽⁶⁾
☐ משכורת בעד משרה נוספת ⁽³⁾	☐ מלגה ⁽¹⁾
☐ משכורת חלקית ⁽⁴⁾	☐ ממקור אחר _____
☐ שכר עבודה (עובד יומי) ⁽⁵⁾	_____
☐ אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/:	
☐	אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד.) איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת ⁽⁷⁾
☐	אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו ⁽⁸⁾
☐	אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת. ⁽⁹⁾
☐	אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעביד לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת. ⁽¹⁰⁾

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
☐ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה	☐ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ:			
			☐ עבודה/קצבה/עסק	☐ הכנסה אחרת

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי השינוי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	



ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים) מספר זהות _____ דף 2 מתוך 2 101

1 ☐ אני תושב/ת ישראל.

2 ☐ אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בפרק ה' כי "אין לי הכנסות אחרות לרבות מלגות" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

3 ☐ אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מוכה ⁽¹³⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 ☐ אני ☐ עולה חדש/ה ☐ תושב/ת חוזר/ת מתאריך _____.
לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____.
מי שתקופת זמנה (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תכנונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה. **חובה לצרף: תושב/ת חוזר/ת - אישור משרד הקליטה (תעודת "תושב חוזר" מעל 6 שנים). עולה חדש/ה - תעודת עולה.**

5 ☐ בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס.
רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת עפ"י סעיף 9(5) לפקודה.

6 ☐ אני הורה במשפחה חד הורית ⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגנים מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 ☐ בגין ילדיי שבחוקתי המפורטים בחלק ג.
ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגנים, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד ⁽¹²⁾.
☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____.
☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____.
☐ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____.
☐ מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____.

8 ☐ בגין ילדיי הפעוטים. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד ⁽¹²⁾.
☐ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____.
☐ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד 5 שנים בשנת המס _____.

9 ☐ אני הורה יחיד ⁽¹²⁾ לילדיי שבחוקתי (המפורטים בסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 ☐ בגין ילדיי שאינם בחוקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם.
ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 ☐ אני הורה לילד נטול יכולת שטרם מלאו לו 19 שנים. בגינו אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדי, בגינו אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.

12 ☐ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

13 ☐ מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

14 ☐ אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____.
מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

15 ☐ בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י ✓ בריבוע המתאים)

1 ☐ לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעביד זה.
הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה.
2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 ☐ יש לי הכנסות נוספות ממשכורת ⁽¹⁾ כמפורט להלן:

ה מ ע ב ד / מ ש ל מ ה מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾			
ש	כ	מספר תיק ניכויים	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)
		9	הכנסה חודשית (לפי הלושים)
		9	
		9	

3 ☐ פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעביד על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השני.

תאריך _____ חתימת המבקש/ת _____

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעביד" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש
- (3) משכורת בעד משרה נוספת
- (4) משכורת חלקית
- (5) שכר עבודה
- (6) קצבה
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מיריבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעביד מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מיריבי לפי התקנות מכל תשלומי המעביד.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעביד לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רווק, גרוש, אלמן, פרד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
- (13) ישוב מוכה - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק סא"ח, לפי העניין.



הליך בירור וישוב תביעה

מבוטח יקר

כלל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות העוסק בין היתר בתביעות אובדן כושר עבודה בפוליסות ביטוח חיים ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב **כנספח ג'**, אשר החברה אימצה לשם כך. מבוטח המעוניין להגיש תביעה למימוש זכויותיו לפי תנאי פוליסת ביטוח, מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהמבוטח, תבחן החברה את זכאות המבוטח לתגמולי ביטוח בהתאם לתנאי הכיסוי הביטוחי.

לתשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, לבקש להעמיד את המבוטח לבדיקת רופא חברה לצורך 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 למבוטח בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח ג').

בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981¹, תקופת ההתיישנות הרלוונטית של תביעה לתגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה היא 3 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח. 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).

בחישוב תקופת ההתיישנות של תביעה, לא תבוא במניין התקופה שמיום 7.10.2023 ועד ליום 6.4.2024 או מועד אחר שיקבע בחוק. תנאי הכיסוי הביטוחי 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 הכיסוי הביטוחי, על המבוטח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב **כנספח ב'**, בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב **כנספח א'**. במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים, נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

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



נספח ג' - מערכת הכללים לתביעות אובדן כושר עבודה בפוליסות ביטוח חיים

החברה אמצה מערכת כללים ליישוב תביעות אובדן כושר עבודה בפוליסות ביטוח חיים, אשר אלה עיקריה:

מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תאפשר לתובע בעת הגשת תביעה לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, בהתאם לחלופות הקיימות בחברה ואשר כוללות דואר ולכל הפחות באחד מהאמצעים הבאים: מסרון, דואר אלקטרוני או אתר אינטרנט. החברה תמסור לתובע, בתוך 2 ימי עסקים ממועד קבלת פנייתו, ערכת מסמכים הכוללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורך בירור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורך בירור התביעה. כמו כן תשלח החברה לפונה, סמוך למועד פנייתו, את פירוט הפוליסות הנוספות שבהן הוא מבטח אצלה ותציין בפניו את האפשרות להגשת תביעה בפוליסות הנוספות. בנוסף, לצורך איתור פוליסות נוספות, ככל שקיימות, החברה תפנה את המבוטח לאתר האינטרנט המרכזי של משרד האוצר לאיתור מוצרי הביטוח "הר הביטוח", לרבות משלוח קישור באמצעות מסרון. לאחר שיתקבל אצל החברה מידע או מסמך בקשר לתביעה, נציג שירות מטעם החברה יצור קשר עם התובע וימסור לו אם המסמכים הנדרשים התקבלו במלואם או באופן חלקי וכן אם הם תקינים. בנוסף, תשלח הודעה בכתב על קבלת מסמכים ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה.

מידע שעל בסיסו תיושב תביעה

החברה תיישב תביעה על בסיס המידע המעודכן או הרלבנטי ביותר שיש ברשותה. החברה תפעל להשגת מידע רלבנטי ליישוב התביעה אם מהנתונים שברשותה עולה כי קיים מידע נוסף שנדרש לצורך יישוב התביעה. במידת הצורך, תפנה החברה לתובע, בבקשה להשלמת מידע בעת הליך בירור תביעה ויישובה. מועד קרות מקרה הביטוח ייקבע בהתאם לכלל המידע הרלבנטי והמסמכים המצויים בידי החברה. מועד קרות מקרה הביטוח לא יקבע כמועד הגשת התביעה אם בהתאם למסמכים שמצויים אצל החברה, אירע המקרה הביטוחי קודם למועד זה.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע. בכל מקרה בתוך 20 ימי עסקים ממועד זה, החברה תמסור לתובע הכרעה בתביעה או דרישה להתייצבות לבדיקה רפואית בפני רופאי החברה. בהתאם להכרעה בתביעה, תשלח לתובע הודעה מתאימה אשר תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החוזר, בהתאם להכרעה בתביעה. ככל שתאושר התביעה במלואה או בחלקה, תשלח החברה הודעת התשלום אשר תכלול, בין היתר, פירוט בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שהתביעה תאושר לתקופה עתידית, ההודעה תכלול בנוסף, גם את משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות. הודעת תשלום חלקי תכלול בנוסף לפירוט מרכיביו של התשלום, גם פירוט הנימוקים העומדים בבסיס ההחלטה לדחות חלק מהתביעה. הודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד הפשרה ואת הסכום שנקבע בפשרה.



ככל שתידחה התביעה, הודעת דחייה תכלול, בין היתר, את נימוקי הדחייה לרבות התנאי, התניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה ופירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחות את התביעה.

ככל שההחלטה לדחות את התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, תציין החברה את רשימת המסמכים עליהם היא מתבססת ולפי העניין תצרף חו"ד רופא חברה ככל שניתנה ו/או מסמך מאמת חקירה כמפורט מטה. הודעת דחיה תכלול התייחסות לחוות דעת רופא מומחה שהוגשה מטעם התובע, ככל שהוגשה וככל שהיא רלוונטית לנימוקי הדחיה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.

החלטה בתביעה המסתמכת בין היתר על דוח חקירה, תכלול פירוט של עיקרי הממצאים מדוח החקירה ותציין את מועד ביצוע החקירה ומיקומה וכן תצרף תמונה מתוך החקירה ממנה ניתן יהיה לאמת את זהות המבוטח. ככל שהתובע זנח את תביעתו לאחר תקופה, יופסק הטיפול בתביעה והתובע יהיה רשאי, בכפוף לתקופת ההתיישנות לפנות מחדש להמשך טיפול בה.

חלק המבוטח על חוות הדעת הרפואית עליה התבססה החברה, יהא רשאי להגיש ערעור לוועדה הרפואית בתוך 90 ימי עסקים ממועד הכרעת החברה בתביעה.

חלק המבוטח על קביעת הוועדה הרפואית, יהא רשאי להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית. חלקה חברת הביטוח על קביעת הוועדה הרפואית, תהא רשאית להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, בתוך 5 ימי עסקים ממועד החלטת הוועדה הרפואית.

היענות לפניית מבוטח או תובע

בקשה של תובע לקבל העתק מהפוליסה תיענה בתוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה. בקשה של תובע לקבל העתק ממסמך אשר התובע מסר לחברה או כל מסמך שהתקבל אצל החברה מכוח הסכמת המבוטח, תיענה בתוך 7 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 בחוזר 22-1-2020 יישוב תביעות אובדן כושר עבודה או חוזר אחר אשר יבוא במקומו. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בחוזר כאמור, יגבר האמור בחוזר. הנוסח המלא של חוזר יישוב תביעות אובדן כושר עבודה מצוי באתר האינטרנט של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת: <https://mof.gov.il/hon>

