פוליסת סיעוד פרט וקולקטיב
הנחיות להגשת תביעה

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, עפ"י כיסוי בפוליסת סיעוד 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 בענייניך.
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 siud@clal-ins.co.il
או בפקס שמספרו 077-6383051 או בדואר לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 944 תל אביב 6100802.

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

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: 03-6388400 או 6564*

בברכה,
מחלקת תביעות סיעוד
מערך התביעות
כלל חברה לביטוח בע"מ

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

נספח א' - הדרכה בנוגע לטופס הגשת תביעה בגין פוליסת סיעוד והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

טופס הגשת תביעת סיעוד כולל סעיפים, אשר אנו מבקשים למלא, לעניין:

1. פרטים אישיים של המבוטח ובחירת אופן משלוח מסמכים והודעות בקשר לתביעה.
2. פרטי איש הקשר לניהול התביעה ככל שאינו המבוטח על מנת שנוכל לעמוד עמו בקשר בנוגע לתביעה.
3. פרטי השתלשלות המחלה ומתן מידע בנוגע לעבר סיעודי כגון גמלאות וביטוחים סיעודיים ככל שקיימים וכן פרטים רפואיים אודות רופאים, מרפאות ובתי חולים בהם טופל המבוטח.
4. הצהרה על נכונות המידע שנמסר ומתן אישור לגבי שימוש ושמירת המידע.
5. פרטי חשבון בנק בצירוף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון לצורך ביצוע העברה בנקאית במידה והתביעה תאושר.
6. בנוסף, קיים שאלון הערכה תפקודית אשר אנו ממליצים כי ימולא על ידי הרופא המטפל.
7. כמו כן, מצורף טופס ויתור סודיות - בכדי שנוכל לפעול בשם המבוטח לצורך הוצאת מסמכים רפואיים ואחרים, יש למלא את פרטי המבוטח המאשר בחתימתו העברת מידע רפואי לחברת הביטוח כולל החתמת מאמת חתימה. טופס זה אושר על ידי מרבית הגופים במשק כך שמילואו באופן חלקי עלול לגרום להארכת זמן הטיפול ולבקשה חוזרת שלנו למלא באופן תקין בהתאם להנחיות בטופס עצמו.

לצורך טיפול בתביעה נבקשך לצרף את המסמכים ברשימה להלן:

1. טופס הגשת תביעה סיעודית.
2. טופס ויתור סודיות רפואית.
3. אישור על העסקת עובד זר (במידה וקיים) – לרבות מכתב השמה.
4. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון לצורך העברה בנקאית.
5. צילום תעודת זהות.
6. במקרה של תביעה של מבוטח במסגרת משרד החינוך – כתב ויתור סודיות מופנה למשרד החינוך (במידה ורלוונטי).
7. במקרה של תביעה בגין מבוטח שנפטר – העתק נאמן למקור של צו קיום צוואה / צו ירושה / כתב ויתור סודיות ליורשים.
8. במקרה של שהייה בדיור מוגן / מוסד סיעודי / בית אבות – יש לצרף קבלות וחשבוניות.

בנוסף, אנו נפעל לאיסוף מסמכים ומידע רפואי מול גורמים שונים באמצעות טופס ויתור סודיות כפי שיועבר אלינו. במקביל, באפשרותך להעביר אלינו ישירות את המסמכים הבאים והדבר יוכל לייעל את הטיפול בתביעה:

1. שאלון הערכה תפקודית – אנו ממליצים כי ימולא ע"י הרופא המטפל.
2. סיכומי אשפוזים מבתי חולים.
3. סיכומי ביקורים אצל רופאים, חוות דעת רפואיות והערכות תפקודיות / פסיכוגריאטריות.
4. במקרה של תשישות נפש – אבחנה מנוירולוג או פסיכוגריאטר.
5. סיכומי ביקורים וחוות דעת של גורמים פרא רפואיים כגון מרפאים בעיסוק ועובדים סוציאליים.
6. תיק הביטוח הלאומי ואישורי זכאות מביטוח לאומי.
7. במקרה של שהייה בדיור מוגן / מוסד סיעודי / בית אבות – תיק רפואי של המוסד.
8. כל אישור רפואי המעיד על המועד שהחל ממנו חדל המבוטח לתפקד באופן עצמאי.

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

מה יקרה בהמשך:

עם קבלת מסמכי התביעה נוציא מכתב המפרט את המסמכים שהגיעו, יתקבל מספר תביעה לצורך המשך טיפול ובמקרים בהם יהיה צורך במידע נוסף או הבהרות, נבקש מידע נוסף בהתאם.

ככל שהמבוטח יידרש לכך, עליו להעמיד עצמו לבדיקה מטעמנו על ידי רופא מומחה או אחות. הבדיקה תתואם עם המבוטח או עם איש הקשר כפי שצוין בטופס התביעה, מראש, לפי זמינות והיא תערך במקום מגורי המבוטח או במוסד הסיעודי בו הוא שוהה.

לאחר קבלת תוצאות הבדיקה וכל המסמכים שהתבקשו, לפי העניין, על מנת שנוכל לקבל החלטה בתביעתך בהתאם לתנאי הפוליסה, נודיעך את עמדתנו בכתב.

מבוטח יחשב כבעל צורך סיעודי אם כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו 3 פעולות מתוך 6: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות או לחלופין במקרה והוא זקוק להשגחה בשל "תשישות נפש" (כמו למשל במקרה של אלצהיימר). ההגדרות המלאות מפורטות בפוליסה.

הכללים לקביעת זכאות לקבלת גמלת סיעוד:

הזכאות לקבלת גמלת סיעוד נקבעת בהתאם להוראות הפוליסה ובהתבסס על מכלול פרמטרים ראייתיים שמצביעים על מצבו תפקודי של המבוטח, ובכלל זה: הערכה תפקודית, הערכה קוגנטיבית, מסמכים רפואיים, מסמכי המוסד לביטוח לאומי, התרשמות עובדת סוציאלית, דוחות תפקודיים וקוגניטיביים של גורמים נוספים וכן ממצאים נוספים. יובהר כי לא בכל המקרים נעשה שימוש בכל הפרמטרים הנזכרים לעיל, וכל מקרה נבחן לגופו.

המבחנים להגדרה של חוסר יכולת לבצע 50% מכל פעולת ADL:

בכל אחת מפוליסות הסיעוד מוגדרת רשימה של פעולות יומיומיות (ADL) ("Activities of Daily Living"). בהתאם לאמור בכל פוליסה ופוליסה, במקרה בו המבוטח אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות X מתוך הפעולות האמורות, הוא יחשב כסיעודי ויהא זכאי לתגמולי סיעוד, הכל בהתאם לתנאי הפוליסה.

על מנת שייקבע כי מבוטח אינו מסוגל לבצע פעולת ADL מסוימת לא נדרשת חוסר יכולת לקיים את הפעולה במלואה, אלא רק 50% ממנה או יותר. במסגרת ביצוע בדיקת ההערכה התפקודית נבדקות יכולותיו של המבוטח לבצע את פעולות ה-ADL. השאלה האם המבוטח יכול או שאינו יכול לבצע 50% מכל פעולת ADL נקבעת במסגרת הבדיקה האמורה לאור התרשמותו של הבודק מטעם המבטח ובהתאם למפורט בטופס ההערכה התפקודית. יובהר שוב כי בסופו של תהליך השאלה האם יכול המבוטח לבצע ADL או לא תקבע בהסתמך על מכלול נתונים ומידע, כאשר בדיקת ההערכה התפקודית היא אחד הפרמטרים.

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

להלן טבלת המועדים להליך יישוב התביעה בהתאם לחוזר ישוב תביעות – ביטוח סיעודי

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד הקבוע בחוזר
5.1.6(ב)(1)	שליחה טפסי תביעה למבוטח (לרבות טופס ויתור סודיות)	עד יום עסקים אחד (1) ממועד הפנייה
5.1.6(ב)(1)	שליחת טפסי תביעה למבוטח (לרבות טופס ויתור סודיות) אשר פנה באמצעות דואר או פקס	עד חמישה (5) ימי עסקים ממועד הפנייה
5.1.6(ב)(3)(ב)	הודעת קבלת מסמכים על-ידי הנציג האישי בשיחה טלפונית	עד שני (2) ימי עסקים ממועד קבלת הטפסים
5.1.6(ב)(3)(ב)	הודעת קבלת מסמכים על-ידי הנציג האישי בשיחה טלפונית למבוטח אשר פנה באמצעות דואר או פקס	עד חמישה (5) ימי עסקים ממועד קבלת הטפסים
5.1.6(ב)(3)(ג)	פניית החברה לגורמים הרלוונטיים לקבלת מידע הנדרש לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח	עד שני (2) ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
5.1.6(ב)(4)	הכרעת בתביעת המבוטח	עד עשרים (20) ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים ולאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח
5.1.6(ב)(5)	הפניית המבוטח לביצוע הערכת תפקוד קובעת	עד עשרים (20) ימי עסקים ממועד קבלת הודעת המסמכים ולאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה אינו מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח
5.1.6(ב)(7)	הכרעה בתביעת המבוטח	עד חמישה-עשר (15) ימי עסקים ממועד קבלת הערכת התפקוד הקובעת
5.1.6(ג)(2)	יצירת קשר עם המבוטח לתיאום מועד לביצוע הערכת תפקוד	עד שלושה (3) ימי עסקים לאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה אינו מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח
5.1.6(ג)(2)	ביצוע הערכת תפקוד קובעת	עד שלושה (3) ימי עסקים ממועד יצירת קשר עם המבוטח לתיאום הערכת התפקוד (אלא אם ביקש המבוטח שההערכה תתבצע במועד מאוחר יותר)
5.1.6(ג)(10)	העברת ממצאי הערכת התפקוד על-ידי הספק המעריך למבוטח ולחברת הביטוח	בתוך שלושה (3) ימי עסקים ממועד ביצוע הערכת התפקוד
5.1.6(ג)(10)	שליחת ממצאי הערכת תפקוד למבוטח	בתוך שלושה (3) ימי עסקים ממועד בקשת המבוטח
5.1.6(ד)(1)(ב)	דחיית החברה את ממצאי הערכת התפקוד הקובעת	עד חמישה-עשר (15) ימי עסקים ממועד קבלת תוצאות הערכת התפקוד הקובעת
5.1.6(ד)(1)(ג)	הודעה למבוטח על דחיית ממצאי הערכת התפקוד הקובעת	בסמוך לקבלת החלטה כאמור בסעיף 5.1.6(ד)(1)(ב)
5.1.6(ד)(2)(ב)	מינוי ספק מכריע	עד שלושה (3) ימי עסקים ממועד ההודעה למבוטח על דחיית הערכת התפקוד הקובעת
5.1.6(ד)(2)(ג)	הגשת חוות דעתו המקצועית של הספק המכריע לחברת הביטוח	עד חמישה (5) ימי עסקים מקבלת החומר הרלוונטי
5.1.6(ד)(2)(ג)	העברת חוות דעתו המקצועית של הספק המכריע למבוטח	מיד עם קבלתה
5.1.6(ה)	ערעור המבוטח על כל החלטה לגבי תביעתו	בכל עת (בכפוף להתיישנות)

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

נספח ב' - טופס הגשת תביעה - פוליסת סיעוד

א. פרטי המבוטח

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

כתובת מגורים	רחוב	מס'	ת"ד	יישוב

מספר טלפון נייד	מספר טלפון	שם קופת החולים

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.

☐ **דואל"ל** (לצורך קבלת מסמכים בדואל"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/.

2. פרטי איש קשר שאינו המבוטח לניהול התביעה

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	קרבה למבוטח

כתובת מגורים	רחוב	מס'	ת"ד	יישוב	מיקוד

מספר טלפון נייד	מספר טלפון

דואל"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. פרטי המקרה

השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אשפוז: _____

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

ד. עבר סיעודי

	% הגמלה	החל מתאריך		% הגמלה	החל מתאריך
☐ ביטוח לאומי - גמלת סיעוד:			☐ קצבת ניידות		
☐ גמלת שירותים מיוחדים:			☐ משרד הבטחון		
☐ גמלת ילד נכה:			☐ הקרן לניצולי שואה		
☐ האם הנך מבוטח בביטוח סיעודי נוסף? ☐ לא, ☐ כן, פרט: החל מתאריך _____ באמצעות חברת _____					
☐ האם הנך מעסיק עובד זר / ברשותך אישורים להעסקת עובד זר? ☐ לא, ☐ כן, פרט: החל מתאריך _____ באמצעות חברת _____					

פרטי מוסד סיעודי

מוסד סיעודי / גריאטרי	שם המוסד	כתובת מלאה	תאריך כניסה	סה"כ תשלום חודשי
בית אבות	שם המוסד	כתובת מלאה	תאריך כניסה	סה"כ תשלום חודשי

במידה וקיימת ו/או היתה בעבר זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, מומלץ לצרף אישורי הזכאות הרלוונטיים.

ה. **פרטים רפואיים** - למילוי ע"י המבוטח

נא ציין את כל שמות הרופאים שטיפלו בך בעבר וכיום	**שם הרופא**	**סניף קופת חולים**
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
באם טופלת / היית במעקב במרפאת זיכרון - נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם במוסד	**שם הרופא / מרפאה**	**שם המוסד**
	_____	_____
	_____	_____
בתי חולים, מחלקות ומרפאות, בתי חולים בהם טופלת	**שם בית החולים**	**מחלקה / מרפאה**
	_____	_____
	_____	_____

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

ו. פרטי תשלום

במידה והתביעה תאושר , התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

שם בעל החשבון	שם הבנק	שם סניף	מס' סניף	מס' 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

ז. 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 אפוטרופוס (חתימתו):

תאריך _____ **שם פרטי ושם משפחה** _____ **חתימה** _____

במידה והמבוטח הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על-ידי שני ההורים שבו יצויין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות זהות של המוטבים.

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 _____

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

שאלון הערכה תפקודית

אנו ממליצים כי ימולא על ידי הרופא המטפל.

א. פרטי המוערך

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	מין
			☐ ז ☐ נ

ב. מקום ביצוע ההערכה התפקודית

תאריך ביצוע הערכה תפקודית	☐ בית המבוטח	☐ מוסד סיעודי / גריאטרי שם המוסד _____	שם בית אבות בו שוהה המבוטח _____ החל מ- _____

ג. אבחנות רפואיות ותאריכים

תאריך	אבחנה רפואית

ד. טיפול תרופתי שמקבל המבוטח

_____

_____

_____

ה. מצב תפקודי

ניידות	שיתוק	לקום ולשכב	לאכול ולשתות	להתלבש ולהתפשט
☐ עצמאי ☐ מרותק לכסא גלגלים ☐ רתוק למיטה ☐ הולך בעזרת מכשיר	☐ אין שיתוק ☐ שיתוק גף ימין / שמאל, עליון / תחתון ☐ שיתוק 2 גפיים תחתונות ☐ שיתוק 4 גפיים	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה בהאכלה ☐ זונדה	☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה

להתרחץ	לשלוט על הסוגרים	התמצאות	מצב רגשי	מטופל ע"י
☐ עצמאי ☐ זקוק לעזרה חלקית ☐ זקוק לעזרה מלאה	שתן: ☐ שליטה מלאה ☐ שליטה חלקית ☐ חוסר שליטה מוחלט - שימוש בחיתולים, פדים, ספוגיות פעולות מעיים: ☐ שליטה מלאה ☐ חוסר שליטה מוחלט	☐ מתמצא בזמן ובמקום ☐ לא מתמצא בזמן ובמקום ☐ מבולבל לעתים רחוקות ☐ מבולבל לעתים קרובות	מדוכא: ☐ לעתים רחוקות ☐ לעתים קרובות ☐ מצב דכאוני קבוע תוקפן: ☐ לעתים רחוקות ☐ לעתים קרובות ☐ תוקפני כל הזמן	☐ עובד זר ☐ מטפל מטעם ביטוח לאומי ☐ בן משפחה

עד מתי המבוטח תיפקד באופן עצמאי? _____

מה גרם לשינוי? _____

המלצות להמשך טיפול _____

המלצות לשרותי עזר / סעד _____

המלצה לסידור מוסדי _____

תאריך _____ שם הרופא _____ חתימת וחותמת הרופא _____

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

טופס ויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות

כתובת מגורים	רחוב	מס'/ת"ד	יישוב	מיקוד

הואיל והגשתי תביעה נגד כלל חברה לביטוח בע"מ (להלן "חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה בזאת למוסד לביטוח לאומי, לקופות החולים ובתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח וכל מאן דבעי למסור לחברת הביטוח ו/או למי מטעמה ו/או ליועץ הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי.
אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מי מטעמה ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור ולא יהיה בכל גילוי שמקורו בטופס זה ו/או בכל חומר שהושג בקשר עם טופס זה כל עילת תביעה ו/או טענה.
בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981. חוק זכויות החולה התשנ"ו 1996 וחוק חופש המידע התשנ"ח 1998 והיא חלה על כל מידע המצוי ברשותכם אודותיי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.
כתב ויתור זה מחייב אותי ו/או את עזבוני ו/או את בא כוחי ו/או מי מטעמי וכל באי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

בחתימתי להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.
בכבוד רב,

חתימה _____ תאריך _____

חתימת עד (חתימה וחותמת)

*לתשומת לבך, יש מוסדות שלא מאפשרים קבלת תיקים רפואיים ללא חתימת עד רופא/ עו"ד / סוכן (עם מספר רישיון) ולכן על מנת לחסוך זמן, יש להחתים רופא או עו"ד כעד על טופס זה.

שם העד _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה וחותמת _____

*לתשומת לבך, תאריך חתימת העד חייבת להיות בהתאמה לחתימת המבוטח.

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים, האפוטרופוסים הטבעיים של הקטין:

שם האב _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

שם האם _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

במקרה שמונה אפוטרופוס - יש להחתים את האפוטרופוס שמונה על פי החוק (יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס)

שם מלא _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

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 במומחה[1] 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 - 1981[2], תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח 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).

בפוליסות ביטוח אשר נכרתו או חודשו החל מיום 25.11.2020 לעניין ביטוח חיים, ביטוח מפני מחלות ואשפוז וביטוח סיעודי - תקופת ההתיישנות של תביעה היא 5 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח. לעניין זה, "ביטוח חיים" - ביטוח שמקרה הביטוח הוא מותו של המבוטח או של זולתו.

בנוגע לתגמולי ביטוח חובה - בהתאם להוראות סעיף 5 לחוק ההתיישנות, התשי"ח-1958[2] - תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח חובה היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3ג' לפקודת הביטוח תהיה תקופת ההתיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים.

בנוגע לתגמולי ביטוח רכב צד ג' - בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981[2] תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

בחישוב תקופת ההתיישנות של תביעה, לא תבוא במניין התקופה שמיום 7.10.2023 ועד ליום 6.4.2024 או מועד אחר שיקבע בחוק.

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 של תשלום תגמולי ביטוח המכסים תשלומים חד פעמיים לספק שירות מוכר העובד עם הגוף המוסדי או לחילופין במקרה של תשלומים עיתיים העולים על 5,000 ₪, באפשרותך לבחור האם ברצונך שהתשלום לספק יעשה על ידי החברה ועליך לפנות למוקד תביעות בטלפון 6564*.

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

* מובהר כי המידע האמור בחלק זה הינו מידע כללי ובכל מקרה, לעניין ביטוח סיעודי, טבלת המועדים הכלולה בנספח א' לעניין יישוב תביעות בביטוח סיעודי, תגבר.

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

נספח ג' - מערכת הכללים

החברה אמצה מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור, 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 ודואר אלקטרוני. 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.

החברה תאפשר לתובע שהוא אזרח ותיק[3] להגיש תביעה בעל פה כך שמילוי טופס התביעה יבוצע על ידי נציג החברה.

כמו כן תשלח החברה לפונה, סמוך למועד פנייתו, את פירוט הפוליסות הנוספות שבהן הוא מבוטח 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 שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע בהקדם האפשרי 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 - החברה תדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו נתברר לה הצורך במסמך הנוסף.

במידה ומדובר בתובע אשר הינו אזרח ותיק, החברה תיצור קשר טלפוני עם התובע ותעדכן על ההודעה כאמור, למעט אם האזרח הותיק ביקש לעדכן אמצעי אלקטרוני לצורך התקשרות עימו ולמעט במקרים שהאזרח הותיק מיוצג.

מידע שעל בסיסו תיושב תביעה

החברה תיישב תביעה על בסיס המידע המעודכן או הרלוונטי ביותר שיש ברשותה.

החברה תפעל להשגת מידע רלוונטי 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, גם אם מסר לה את פירוט המידע והמסמכים שנדרשו על ידה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע.

מועד קרות מקרה הביטוח ייקבע בהתאם לכלל המידע הרלוונטי 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 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. לענין תובע שהוא אזרח ותיק החברה תפעל ככל יכולתה על מנת לצמצם את זמני המענה.

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 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.

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.

לאזרח ותיק תמסר הודעת המשך בירור גם בעל פה על ידי נציג החברה, למעט אם האזרח הותיק ביקש לעדכן אמצעי אלקטרוני לצורך התקשרות עימו ולמעט במקרים שהאזרח הותיק מיוצג.

ככלל, הודעת המשך בירור תימסר לתובע כל תשעים ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה.

ככל שהתובע זנח את תביעתו לאחר תקופה, יופסק הטיפול בתביעה והתובע יהיה רשאי, בכפוף לתקופת ההתיישנות לפנות מחדש להמשך טיפול בה.

(3) בהתאם לחוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור – מי שמלאו לו 67 שנים.

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**

הודעת דחיה

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

ב. ככל שההחלטה לדחות את התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, החברה תפנה אליהם ותאפשר לתובע לקבלם לפי דרישה. החברה תהיה רשאית שלא למסור מסמכים שהם חסויים על פי דין, ובלבד שתיידע את התובע על כך שיש בידיה מסמכים שהיא נמנעת מלצרפם בשל חסיון, ותצרף להודעה הסבר מדוע היא סבורה שהמסמכים חסויים.

ג. הודעת דחיה תכלול התייחסות לחוות דעת מומחה שהוגשה מטעם התובע, ככל שהוגשה וככל שהיא רלוונטית לנימוקי הדחיה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.

ד. החלטה בתביעה המבוססת על דוח חקירה, תכלול פירוט של עיקרי הממצאים מדוח החקירה שמעידים על כך שלא קרה מקרה הביטוח.

בירור תביעה בעזרת מומחה

מקום שהחברה מתכוונת להיעזר במומחה לצורך בירור התביעה, החברה תודיע על כך מראש לתובע ותיתן הסבר לתובע בדבר תפקידו של המומחה ובדבר זכותו של התבוע להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו.

לאזרח ותיק תמסר הודעה גם בעל פה על ידי נציג החברה, למעט אם האזרח הותיק ביקש לעדכן אמצעי אלקטרוני לצורך התקשרות עימו ולמעט במקרים שהאזרח הותיק מיוצג.

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 לפנייה מבוטח או תובע

כל פניה בכתב של מבוטח או תובע תיענה על ידי החברה בכתב בתוך שלושים ימים לכל היותר ממועד קבלת הפניה בחברה. קיבלה החברה פנייה של מבוטח או תובע כאמור ומצאה שהיה ליקוי בהתנהלותה או בהתנהלות מי מטעמה ואותו הליקוי שנמצא מצביע על היותו ליקוי מערכתי, תערוך בדיקה לאיתור מקרים דומים, תפיק לקחים ממקרים אלו ותפעל לתיקונם בתוך זמן סביר.

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 ובנספח ב' לחוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 ובנספח ב' לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 ונספח ב' לחוזר מצוי באתר האינטרנט של רשות שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת:
https://mof.gov.il/hon

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

כלל חברה לביטוח בע"מ | **מערך התביעות** | משרד ראשי: ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | **מערך התביעות לשירותך:** 6564* | **www.clal.co.il**