פוליסת בריאות: הנחיות להגשת תביעה - מחלה קשה

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, עפ"י כיסוי בפוליסת בריאות 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 mailbritvi@clal-ins.co.il
או בפקס שמספרו 077-6383290 או בדואר לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 1123 תל אביב 6101001.

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: 03-6388400 או *6564

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

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

לצורך קיצור זמן הטיפול בתביעה נבקשך לצרף את המסמכים הרלוונטים מהרשימה להלן:

1. טופס תביעה.

   אם המבוטח קטין, יחתמו שני ההורים.

2. טופס ויתור סודיות מלא.
3. בדיקות פתולוגיות.
4. בדיקות המעידות על קיומה של המחלה.
5. מסמכים רפואיים הכוללים תולדות מחלה, סיכומי חדר מיון או בית חולים אם קיימים, היסטוריה רפואית מרופא כללי או משפחה המציין את הבעיה הרפואית הפעילה/כרונית ממנה הנך סובל ותאריך גילוי וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.
6. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.
7. צילום תעודת זהות

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

נספח ב' - טופס הגשת תביעה - מחלה קשה

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

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	מספר פוליסה			

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	יישוב	מיקוד
מספר טלפון נייד				מספר טלפון	

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. פרטי התביעה - פיצוי בגין מחלה קשה

1. מהי שם המחלה ממנה הנך סובל? _____

2. מהו תאריך גילוי/קרות האירוע?

שנה	חודש	יום

ד. 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

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

☐ **קבלת תשלום באופן דיגיטלי**

לחלופין, ככל שתבחר בכך, חברתנו מאפשרת לך לקבל את התשלום באמצעות אפליקציות תשלום דיגיטלי מובילות, וזאת בתחומים שונים ובסכומים משתנים, במידה והינך מעוניין לקבל תשלום באופן דיגיטלי כאמור, אנא סמן סעיף זה, בחר את האפליקציה המבוקשת, **וודא כי האפליקציה מותקנת במכשירך**, והזן הפרטים הבאים כפי שמעודכנים באפליקציה:

☐ bit.

ת.ז: _____ **טלפון נייד:** _____

נציין כי במידה ותביעתך לא תתאים לתשלום מסוג זה, התשלום יועבר באמצעי אחר בהתאם לאמור בסעיף זה.

העברת תשלום לחשבון אחר

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ (להלן: "**המבוטח/ת**" או "**אב/אם המבוטח/ת**") מבקש/ת בזאת כי תגמולי הביטוח להם אני / בני/בתי _____ ת.ז _____ זכאי/ת במסגרת תביעה שמספרה _____ (להלן: "**התביעה**") מטעם כלל חברה לביטוח (להלן: "**החברה**"), ישולמו במלואם לפקודת מר/גב' _____ ת.ז. _____ (להלן: "**מקבל/ת התגמול**") מטעמי.

הוראה זו הינה בלתי חוזרת ואינה ניתנת לביטול.

הנני להצהיר כי תשלום תגמולי הביטוח כאמור פוטר את החברה מתשלום התגמולים ישירות לחשבוני וכי לאחר שהתגמולים ישולמו למקבל/ת התגמול, לא אבוא בכל טענה או דרישה כלפי החברה ו/או מי מטעמה ביחס לתשלום התגמולים.

ידוע לי כי תגמולי הביטוח ישולמו למקבל/ת התגמול לאחר הסכמת החברה ובכפוף לכך שיצורפו המסמכים שידרשו על ידי החברה הדרושים לביצוע תשלום התגמולים, לרבות אישור על ניהול ספרים וניכוי מס במקור של מקבל/ת התשלום (ככל שיהיו רלבנטיים).

כמו כן ידוע לי כי תשלום תגמולי הביטוח ישולם למקבל/ת התגמול כאמור לעיל וזאת עפ"י תנאי הפוליסה בלבד.

הנני מאשר/ת ומתחייב/ת לשפות את החברה ו/או את מי מטעמה מיד עם דרישתה הראשונה בגין כל דרישה, או תביעה בקשר עם העניין הנ"ל, לרבות הוצאות ושכ"ט עו"ד.

ידוע לי כי הסכמתכם אינה מהווה הכרה בחבות ו/או בכיסוי ביטוחי.

כל האמור במסמך זה כפוף לחוק המחאת חיובים, תשכ"ט-1969.

על החתום: שם: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

אישור עו"ד

הנני מאשר/ת כי ביום _____ הופיע בפני עו"ד _____ , מר/גב' _____ המוכר/ת לי באופן אישי, ואחרי שהזהרתיו/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה את נכונות הצהרתה הנ"ל וחתם/ה עליה.

חתימה _____

ה. 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** | ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | שירות לקוחות 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)

על עד מהימן לחתום חתימה וחותמת לרבות פרטיו המלאים. חתימת עד רופא/עו"ד/סוכן (עם מספר רישיון), אחות, עובד/ת סוציאלי/ת.

שם העד _____ ת.ז. /מ.ר: _____ 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 הורה _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

שם הורה _____ 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** | ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | שירות לקוחות 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. 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. 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).

בנוגע לתגמולי ביטוח חובה - בהתאם להוראות סעיף 5 לחוק ההתיישנות, התשי"ח - 19582 - תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח חובה היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3 ג' 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** | ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | שירות לקוחות 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 ליישם 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** | ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | שירות לקוחות 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** | ראול ולנברג 36 | קריית עתידים, מגדל 8 תל אביב
מען למשלוח דואר: ת.ד. 37070 תל אביב 6136902 | שירות לקוחות 6564* | **www.clal.co.il**