



תאריך: 01.08.2023

מבלי לפגוע בזכויות
מבלי להודות באחריות
מבלי לפגוע בטענות התיישנות

לכבוד

פרייברג אריאל, יגאל רסקין ע"ד
דרך אבא הלל 7
רמת גן 5252204

לקוח/ה יקר/ה,

הנדון: הודעה על קבלת מסמך

תביעה מספר 1/185418946, פוליסה מספר 277357914
שם המוצר: פוליסה לביטוח רכב חובה
ענף הביטוח: ביטוח רכב חובה, סיווג התכנית: אישי
שם התובע אורי יחזקאל, ת.ז. 57245136
תאריך אירוע 11.10.2022
מספר רישוי 7299152

הרינו לאשר קבלת מכתבכם מיום 20072023 בכל פנייה אלינו נא לציין את מספר התביעה.
אנו בודקים את נסיבות האירוע והכיסוי הביטוחי.

בהמשך לתביעה הנ"ל אנו מבקשים לעדכן כי עד לתאריך מכתב זה התקבלו בידינו המסמכים הבאים:

- יפויי כוח חתום ומאושר

- תיעוד רפואי

בכדי שנוכל לטפל בתביעה, הנו מתבקש/ת להמציא את המסמכים הבאים:

- דף פרטים

- טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות חתום ומאושר כדין



המסמכים המבוקשים חיוניים ובלעדיהם לא ניתן לטפל בתביעתך. לפיכך, ככל שלא נקבל מסמכים אלה בתוך 45 יום ממועד מכתבנו זה נאלץ לסגור את תיק התביעה. באפשרותך יהיה לשוב ולפתוח את תיק התביעה מחדש, כשתהיה מעוניין בכך, באמצעות העברת כל המסמכים הדרושים. יובהר למען הסדר הטוב כי אין באמור כדי לגרוע מטענת התיישנות כמפורט להלן.

יודגש כי תביעה 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

לתשומת לבך, אין במשלוח דרישה לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

מועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לטענותיך, כפי שעולה מהמסמכים שהגשת הינו יום 11.10.2022.

כל האמור לעיל, הינו בהתאם לעובדות ולמידע הידועים לנו, ואנו שומרים על זכותנו להעלות טענות נוספות, בכפוף להוראות הדין, ככל שיגיע לידינו מידע נוסף.

לנוחיותך מצ"ב הנחיות וערכת כללים בדבר אופן הגשת תביעה.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון מס' 03-6387309, בפקס 077-6383149, או במייל שכתובתו clal-hova@Clal-Ins.co.il

בברכה,
אביבית צדיק, עו"ד
עורך/ת דין
מחלקת תביעות חובה
כלל חברה לביטוח בע"מ

דף פרטים

מבלי לפגוע בזכויות ומבלי להכיר בחבות

תביעה מס' _____ אירוע מיום _____

דף פרטים בכדי שיהיה באפשרותנו לסכל 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	ישוב	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	ישוב	מס' או ת"ד	מיקוד	דוא"ל
מס' רשיון	בתוקף עד	תאריך הוצאת רשיון		מס' טלפון

פרטי הרכב:

שם המבוטח	מספר רישוי	סוג רכב	מספר הזהות של בעל הרכב
שם בעל הרכב	כתובת בעל הרכב	☐ פרטי ☐ מסחרי ☐ מונית ☐ אוטובוס ☐ אחר	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	ט"ב ההיכרות ביניכם
☐ כן ☐ לא			
שם העד		כתובת	ט"ב ההיכרות ביניכם
האם נמסרה הודעה על האירוע למשטרה ☐ כן, מס' תיק _____ ☐ לא			
האם היו נפגעים נוספים	שם הנפגע	מס' תעודת זהות	כתובת
☐ כן ☐ לא			
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
☐ כן ☐ לא			
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
☐ כן, פרט מס' רישוי _____			
שם חברת ביטוח	מס' מוליסת חובה	האם היה מנע עם רכב צד ג'?	האם היו נפגעי נוף ברכב צד ג'?
		☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא
האם מונית ממקום האירוע באמצעות אמבולנס?	האם אושפזת או טופלת בבית עקב האירוע? ☐ כן, אם כן מתי אושפזת _____ שם ב"ח _____ תקופת האשפוז _____		
אם לא, היכן טופלת/האשונה בעקבות האירוע?	האם קיבלת טיפול רפואי כלשהו עקב האירוע הנדון? ☐ כן, פרט סוג הטיפול, מיהו הגורם המטפל? _____		
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?
☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא	☐ כן ☐ לא

דף פרטים מבלי לפגוע בזכויות ומבלי להכיר בחבות

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 ובנין איזו תקופה? _____

מהו סך גמלת/קצבת הנכות הזמנית שקיבלת מהמוסד לביטוח לאומי ובנין 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 כנית לקבלת קצבת נידות ו/או קצבה מיוחדת? אם כן פרט סיבת הפניה ומה היתה תוצאתה: _____

אם לא, פרט מדוע לא כנית _____

האם כנית לשיוקום במסגרת הביטוח הלאומי? אם כן פרט מה עברת במסגרת השיוקום ומה היו תוצאותיו _____

פרט השכר שקיבלת בזמן השיוקום: _____ אם לא פרט מדוע לא כנית _____

אם לא מדובר בתאונת עבודה, נא פרט כדלקמן: _____

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

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

האם כנית בבקשה לקצבת נידות במוסד לביטוח לאומי? ☐ לא ☐ כן, אם כן מתי כנית? _____ לאיזה סניף? : _____

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

אם לא מדוע לא כנית? _____

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

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

אם לא מדוע לא כנית? _____

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

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

אם לא, מדוע לא כנית? _____

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

אם לא, מדוע לא כנית? _____

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 בכפרד - סכום ומועד הוצאה, או צרף הקבלות בנין. _____

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

פרטי נותן העזרה _____

נא פרט הסכומים ששילמת לנותן העזרה _____

האם העסקת עזרה בכית 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 _____ כרומיל צבאי בעת גיוסך _____

האם היו שינויים בפרומיל הצבאי ובסעיפי הלקוי 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 תאונה/ות 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 בגין תאונות/פגיעות הנזיל 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 ארעו לך תאונות/וואו פגיעה/ות ואו 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 בגין התאונות/פגיעות הנזיל 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 זמנות 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 שכרך ו/או הכנסותך 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 שביצע 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.
אישור עו"ד
הנני עו"ד מאשר/ת בזה כי ביום הופיע בפני בעל ת.ז. ואחרי שהזהרתיו כי עליו להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, חתם על ההצהרה הנזיל בכני.
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 המולסה

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



פוליסת ביטוח רכב חובה: הנחיות להגשת תביעה - בגין נזקי גוף בתאונת דרכים

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה בגין נזקי גוף בתאונת דרכים על פי ביטוח רכב חובה.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את טופס ההודעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בנספחים המצורף בזאת.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח אלינו אל:
כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 תל-אביב 6100701 או לפקס שמספרו 077-6383149,
או למייל שכתובתו clal-hova@clal-ins.co.il.

לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות הודעות SMS המעדכן על סטטוס תביעה. אנא ציין את מספר הטלפון הסלולרי שלך בטופס התביעה לצורך התקשרות ועדכון רציף בסטטוס התביעה.

כלל ביטוח מאפשרת לך לנהל את תביעתך בכל זמן ומכל מקום באמצעות שירות "תביעות און-ליין" שבאתר החברה בכתובת www.clal.co.il.
שירות "תביעות און-ליין" מאפשר לך להגיש תביעה דרך האתר ולצפות בסטטוס הטיפול בה, להעלות מסמכים חסרים, לראות את כל התכתובות הנוגעות לתביעה ועוד.

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

כמו כן, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.

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 רכב חובה
מערך התביעות
כלל חברה לביטוח בע"מ



נספח א' - רשימת המסמכים הנדרשים

לצורך טיפול בתביעתך, אנו נדרשים לחלק מהמסמכים המופיעים ברשימה להלן, על מנת לקצר את משך זמן הטיפול, אנא העבר את המסמכים הקיימים ברשותך.

- דרישה כספית מפורטת בצירוף מסמכים להוכחתה.
- טופס הודעה על נזק בתאונת דרכים מלא וחתום, מצורף בזאת.
- דף פרטים למעורב בתאונת דרכים מעודכן במלואו, חתום ומאושר, מצורף בזאת.
- טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות חתום ומאושר כדין, מצורף בזאת.
- כשהתובע מיוצג - יפוי כוח הכולל את שם התובע ותאריך האירוע 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 - רישיון רכב, צילום רישיון נהיגה משני צדדיו וצילום דרכון לרבות פירוט כניסות ויציאות מהארץ.
- רישיון רכב.
- 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 פינוי אמבולנס.
- אישורי 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.
- דוחות שומה.
- דוחות מע"מ.
- אישור מעביד על היעדרות מהעבודה בתקופת אי הכושר.
- אישור מעביד על העדר השתכרות בתקופת אי הכושר.
- אישור מביה"ס/ גן על ימי היעדרות עקב האירועים בציון תאריכים.
- קבלות על הוצאות ככל שקשורות לאירוע.
- חשבון מד"א עבור פינוי ממקום האירוע.
- טופס תביעה לדמי הפגיעה של המוסד לביטוח לאומי.
- דוחות הועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי.
- פירוט התגמולים שהתקבלו מהמוסד לביטוח לאומי.
- פירוט אודות קצבאות נוספות המתקבלות מהמוסד לביטוח לאומי.
- פירוט קצבאות המתקבלות מקרן פנסיה או מחברת הביטוח.
- צו ירושה / צו קיום צוואה מאושר כדין עם חותמת נאמן למקור.
- תעודת פטירה במידת הצורך.
- דו"ח משרד העבודה לגבי האירוע.





מספר הפוליסה	מספר רישוי

נספח ב' - הודעה על נזק גוף בתאונת דרכים

1. פרטי המבוטח

מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי	
סב					
מספר טלפון בבית		מספר טלפון נייד	מספר טלפון בעבודה	עיסוק / מקצוע	
כתובת מגורים / רחוב		מספר בית	עיר	מיקוד	

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 לקוחות בטלפון 5454*

2. פרטי איש קשר שאינו המבוטח לניהול התביעה

שם משפחה		שם פרטי		מספר תעודת זהות		קרבה למבוטח	
כתובת מגורים		רחוב		מס'		יישוב	
מספר טלפון נייד						מספר טלפון	
דוא"ל							
תאריך							

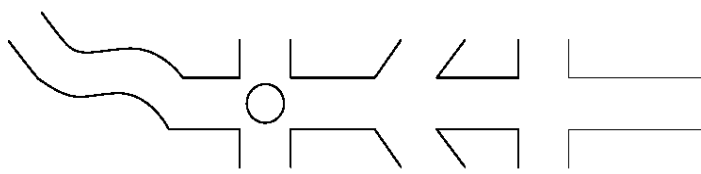
3. פרטי הנהג ברכב בעת המקרה

מספר זהות			שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		
מספר טלפון בבית			מספר טלפון נייד						
כתובת מגורים / רחוב		מספר בית		עיר		מיקוד		דואר אלקטרוני	
סוג / דרגת רשיון			בתוקף עד			תאריך הוצאת רשיון נהיגה			

4. פרטי הרכב

רשום על שם	שנת ייצור	דגם	יצרן
סוג הרכב			
הרכב משועבד / מעוקל לטובת			
פרטי ☐ מסחרי ☐ מונית ☐ גורר / נגרר ☐ אוטובוס ☐ אחר: _____			

5. פרטי התאונה

תאריך אירוע	שעה	כתובת מקום האירוע: עיר / אזור / כביש	האם הובא לידיעת המשטרה
			☐ כן ☐ לא
תיאור המקרה: _____ במקרה הצורך נא צרף דף נוסף			
			
מוקדי הנזק ברכב		מי אשם בתאונה?	
ברכב המבוטח: ☐ קדמי ☐ אחורי ☐ ימני ☐ שמאלי ☐ אחר		☐ אני ☐ צד ג' ☐	
ברכב צד ג': ☐ קדמי ☐ אחורי ☐ ימני ☐ שמאלי ☐ אחר			

6. כלי הרכב המעורבים (פרטי צד ג')

סוג הרכב	שנת ייצור	יצרן	דגם	צבע	מספר רישוי
פרטי / מסחרי / מונית / גורר / נגרר / אוטובוס / אחר					
שם בעל הרכב	מספר זהות		כתובת		מספר טלפון נייד
שם הנהג	מספר זהות		כתובת		מספר טלפון נייד
סוג הביטוח	מספר פוליסה		סוכן / טלפון		שם חברת הביטוח
מקיף / צד ג' / חובה					

7. נפגעים

האם באירוע קיימים נפגעים? ☐ כן ☐ לא



פרטי נפגע 1

שם המשפחה		השם הפרטי	תאריך לידה	מספר זהות / 0.0
רחוב	מס' או ת"ד	ישוב	מיקוד	דוא"ל
סוג הפגיעה ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ רוכב אופניים ☐ אחר, נא פרט _____				
מהות הפגיעה _____				
קבלת טיפול רפואי ☐ לא ☐ כן	שם המוסד	פינוי ע"י אמבולנס? ☐ לא ☐ כן	אשפוז בית חולים ☐ לא ☐ כן	משך האשפוז
היעדרות מעבודה ☐ לא ☐ כן	מתאריך _____	עד תאריך _____	האם נגרמו הפסדי השתכרות? ☐ לא ☐ כן	
סוג הנסיעה	במהלך עבודה ☐ לא ☐ כן	בדרך לעבודה או ממנה ☐ לא ☐ כן	נסיעה פרטית ☐ לא ☐ כן	הסעה בשכר של המעביד ☐ לא ☐ כן
חברות קופת חולים ☐ כללית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ לאומית		הסניף	שם הרופא המטפל	

פרטי נפגע 2

שם המשפחה		השם הפרטי	תאריך לידה	מספר זהות / 0.0
רחוב	מס' או ת"ד	ישוב	מיקוד	דוא"ל
סוג הפגיעה ☐ נהג ☐ נוסע ☐ הולך רגל ☐ רוכב אופניים ☐ אחר, נא פרט _____				
מהות הפגיעה _____				
קבלת טיפול רפואי ☐ לא ☐ כן	שם המוסד	פינוי ע"י אמבולנס? ☐ לא ☐ כן	אשפוז בית חולים ☐ לא ☐ כן	משך האשפוז
היעדרות מעבודה ☐ לא ☐ כן	מתאריך _____	עד תאריך _____	האם נגרמו הפסדי השתכרות? ☐ לא ☐ כן	
סוג הנסיעה	במהלך עבודה ☐ לא ☐ כן	בדרך לעבודה או ממנה ☐ לא ☐ כן	נסיעה פרטית ☐ לא ☐ כן	הסעה בשכר של המעביד ☐ לא ☐ כן
חברות קופת חולים ☐ כללית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ לאומית		הסניף	שם הרופא המטפל	

8. עדים למקרה

שם משפחה ושם פרטי	כתובת	מספר טלפון נייד	קרבה לבעל הפוליסה





9. פרטי חשבון בנק

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 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. לידעתך, 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.

תאריך: _____ חתימת בעל החשבון: X _____ *

שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות

☐ 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.



הצהרת המבוטח

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי בתצהיר זה נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אלי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

הריני מייפה את כוחה של החברה לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש ע"י צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי.
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 אפטרופוס (חתימתו):

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

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

אני מאשר כי חברות מקבוצת כלל יהיו רשאיות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי ו/או פרסומי, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר.
אני אהיה רשאי להודיע לחברת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח _____



טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)

שם פרטי ומשפחה	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	מיקוד

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים ולרבות בתי חולים פסיכיאטריים, מרפאות פסיכיאטריות, רופאיהן, עובדיהן, 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 מחלקות רווחה ו/או הסיעודי ו/או למבטחים ו/או לקרן מקפת ו/או לקג"מ ו/או לכל חברות הבטוח ו/או לקרנית 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 הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי 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 מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם. מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי 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 מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים 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 השירותים שיפורטו להלן. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

במקרה של קטין:

שם האב _____ ת.ז. _____
שם האב _____ ת.ז. _____

ולראיה באתי על החתום:

שם ומשפחה: _____ תאריך: _____ חתימה _____
(במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס _____)

אישור

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע/ה בפני עו"ד _____ במשרדי ברח' _____

גב'/מר _____ שזהה עצמו ע"י תעודת זיהוי מס' _____ המוכר/ת לי באופן אישי ואחרי שהסברתי לו/ה מהות כתב ויתור על סודיות זה, אישר/ה בפני כי הבין/נה תוכנו וחתם/מה עליו בפני.

תאריך _____ חתימת עו"ד + חותמת _____

קופת חולים:

שם הקופה: _____ סניף: _____ מס' אישי בצה"ל: _____

שמות הרופאים המטפלים (משפחה ומקצועיים) _____

קופ"ח - סניפים קודמים:

שם הקופה: _____ שם הסניף: _____ מס' חבר: _____ שמות רופא/ים מטפלים ומומחיתם: _____



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 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 - 1981², 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, תשי"ח-1958¹ - 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-1981² תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

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 הוצאות 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 יצוין 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.



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 ותיק³ 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 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 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 ייקבע כמועד הגשת התביעה אם בהתאם למסמכים שמצויים אצל החברה, אירע המקרה הביטוחי קודם למועד זה.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה

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.



הודעת דחיה

- א. הודעת דחיה תכלול, בין השאר, את נימוקי הדחיה 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 התובע 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 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. 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) כלשון. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 ובנספח ב' לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 ובנספח 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

