

לקוח יקר,

בהמשך לפנייתך למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת הביטוח, מצורפת בזאת לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת התביעה.

אנא העבר אלינו טופס תביעה, המצורף במסגרת נספחי א', לאחר שמילאת בו את הנדרשים, בתוספת כל המסמכים המפורטים בנספח ב'.

צוותי החברה עומדים לרשותך בכל עת.

בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עם נציג החברה בטלפון 03-6388400.

את מסמכי התביעה ניתן לשלוח באמצעות:

1. פקס: 077-6383290

2. מייל : MailBriTvi@Clal-Ins.co.il לכתובת

3. דואר : כלל בריאות – מחלקת תביעות בריאות, בית סונול, רח' מנחם בגין 52, תל אביב מיקוד 67137

בברכת בריאות טובה,

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ

הליך בירור ויישוב התביעה

כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב **כנספת א'**, 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 אלה: תשלום מלוא התביעה, תשלום חלקי של התביעה, תשלום במסגרת פשרה, או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר ללקוח בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח א').

יודגש כי תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981¹. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסת ביטוח, על הלקוח למלא את טופס התביעה המתאים מבין טפסי התביעה המצורפים **כנספת ב'**, בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב **כנספת ג'**.

במידה שהלקוח מבקש לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא, עליו להמציא קבלות מקוריות. הזכאות לשיפוי בגין ההוצאות תקבע בהתאם לדין או לפוליסת הביטוח ובכפוף להמצאת המסמכים.

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח להעביר אל החברה לכתובת: כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ, דרך מנחם בגין 52 תל אביב, מחלקת תביעות בריאות, או לפקס: 03-6388918. מובהר כי לצורך יישוב התביעה יש לשלוח את טופס התביעה ואת המסמכים לכתובת או לפקס הנזכרים לעיל בלבד, ואין די במשלוח הטופס ו/או המסמכים לכל כתובת או פקס אחרים, לרבות לא אל סוכן הביטוח.

במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים, התובע נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

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

מערכת הכללים

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

מסמכים ומידע בבירור התביעה

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 להציאם לצורך בירור התביעה.

בהקדם האפשרי לאחר שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך שנדרשו מהתובע בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע הודעה בכתב על קבלת המסמך ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה.

אם החברה זקוקה למסמך נוסף על אלו שנדרשו על ידי החברה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע- על החברה לדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו נתברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנתבקשו לראשונה מהתובע, ובכל מקרה בתוך 30 ימים ממועד זה, החברה תמסור הודעה לתובע על יישוב התביעה (בדרך של תשלום, תשלום חלקי, פשרה או דחייה), או תמסור לו הודעה בדבר המשך בירור.

הודעת יישוב תביעה שתימסר לתובע, תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החזור, בהתאם לאופן בו יושבה התביעה:

הודעת תשלום תכלול, בין השאר, פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שמדובר בהודעת תשלום עיתי, ההודעה תכלול בנוסף, בין השאר, גם את משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות.

הודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד הפשרה ואת הסכום שנקבע בפשרה.

הודעת דחייה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחייה לרבות התנאי, התניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה.

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.

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

בירור תביעה בעזרת מומחה

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. 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 לחוזר גופים מוסדיים 2011-9-5 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>.

נספח ב'

טופס תביעת בריאות – ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה/מחלה קשה

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנייה. בטופס שני חלקים: חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה לרופא/ה המטפל/ת או לרופא/ה המקצועי/ת את הטופס הנ"ל ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.

מובהר כי קבלת טופס זה על ידי המבטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח.

שים לב: אם תמצא זכאי לכיסוי הניתוח על ידינו, ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, שלא באמצעותנו, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בגין אי תביעת הפוליסה, במידה וקיים סעיף מתאים בפוליסה.

סוג התביעה (יש לסמן X):

ניתוח עתידי	ניתוח שבוצע	טיפול מיוחד	השתלה	מחלה קשה
-------------	-------------	-------------	-------	----------

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	ת. לידה	מס' פוליסה	1. פרטי המבוטח
רחוב	בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס	
שם מקום העבודה של בעל הפוליסה	טלפון בעבודה	טלפון בבית	טלפון סלולרי	0	
כתובת מייל	שם סוכן הביטוח	טלפון הסוכן	טלפון סלולרי	0	
מעבר מידע בין החברות בקבוצת כלל, שמירה במאגרי מידע - הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל ו/או כל מידע בקשר אלי שגייע לידיעת מי מחברות קבוצת כלל יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים ו/או אחרים בהם נוהגת קבוצת כלל לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות אחרות מקבוצת כלל ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת כלל ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות קבוצת כלל, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה. הסכמה לפניה באמצעי תקשורת אלקטרונית - מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שהחברות בקבוצת כלל תוכלנה לספק לי שירות, הצעות שיווקיות וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אלי באמצעים אלקטרוניים שונים, בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר. חתימת המבוטח X					
שם קופת החולים	הסניף	הכתובת			
שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל				
2. ביטוחי בריאות נוספים	האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?	כן, פרט: _____	כן, פרט: _____	כן, פרט: _____	
	האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?	כן, פרט: _____	כן, פרט: _____	כן, פרט: _____	
	האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?	כן, פרט: _____	כן, פרט: _____	כן, פרט: _____	
	האם יש לך ביטוח משלים אחר?	כן, פרט: _____	כן, פרט: _____	כן, פרט: _____	
	האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?	כן, פרט: _____	כן, פרט: _____	כן, פרט: _____	

3.	☐ האם יש השתתפות של קופ"ח? ☐ לא ☐ כן, אמציא התחייבות מקופ"ח (ט' 17): ☐ לרופא ולבי"ח ☐ לבי"ח ☐ לרופא															
למלא במקרה של בקשה לאישור ולתיאום ניתוח/טיפול מיוחד/הש תלה	☐ בקשה להחזור הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט															
	<table border="1"> <tr> <th>תאריך</th> <th>הסכום ב- ש"ח</th> <th>פרטי ההוצאה</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>אחר -1.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>2.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3.</td> </tr> </table>	תאריך	הסכום ב- ש"ח	פרטי ההוצאה			התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח			אחר -1.			2.			3.
תאריך	הסכום ב- ש"ח	פרטי ההוצאה														
		התייעצות לפני הניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח														
		אחר -1.														
		2.														
		3.														
4.	☐ בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבי"ח ציבורי או בבי"ח פרטי במימון קופ"ח או הביטוח המשלים (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח וסיכום מחלה בגין הניתוח שבוצע). ☐ בקשה לפיצוי בגין מחלה קשה / מוות / אובדן כושר עבודה כתוצאה מניתוח וכדומה.															
למלא במקרה של תביעה להחזר הוצאות/פיו	☐ בקשה להחזור הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) – פירוט: פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')															
	<table border="1"> <tr> <th>תאריך</th> <th>הסכום ב- ש"ח</th> <th>פרטי ההוצאה</th> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	תאריך	הסכום ב- ש"ח	פרטי ההוצאה												
תאריך	הסכום ב- ש"ח	פרטי ההוצאה														
4.	☐ נא להעביר לזכות חשבוני:															
אופן תשלום התביעה	<table border="1"> <tr> <th>בבנק</th> <th>שם הסניף</th> <th>מס' הסניף</th> <th>מס' חשבון</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	בבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון											
בבנק	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון													

תאריך	שם משפחה ופרטי	מס' ת.ז.	חתימה
			X

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי

קופות חולים, בתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח

וכל מאן דבעי

הנדון: טופס ויתור סודיות

אני הח"מ: _____ ת.ז. _____¹ הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח: "כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן - "חברת הביטוח") ו/או הנני מבטח שלה ו/או בקשתי להיות מבטח על ידי, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח ו/או למי מטעמה את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי 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 מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

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

תאריך

חתימה

עד לחתימה: שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____ תאריך: _____

אל: _____ תאריך: _____

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, עובד / עורך דין של חברת הביטוח _____ מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.

חותמת חברת הביטוח / עורך הדין

חתימה

אל: _____ תאריך: _____

אני הח"מ _____ ת.ז. _____, עובד / עורך דין של חברת הביטוח _____ מצהיר בזאת כי כתב ויתור הסודיות דלעיל הינו בתוקף וכי הוא לא בוטל מכל סיבה שהיא.

חותמת חברת הביטוח / עורך הדין

חתימה

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים, האפוטרופסים הטבעיים של הקטין:
שם האב: _____ ת.ז. _____ חתימה _____ תאריך _____.

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

במקרה שמונה אפוטרופוס - יש להחתים את האפוטרופוס שמונה על פי חוק:
להלן פרטי האפוטרופוס:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____ חתימת האפוטרופוס: _____ תאריך _____

¹ במקרה של קטין או של אפוטרופוס שמונה עפ"י חוק, יש למלא הפרטים המפורטים בסוף טופס ויתור סודיות זה.

חלק ב' - למילוי ע"י הרופא

רופא/ה נכבד/ה,
על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא עני/ה על כל השאלות שלהלן:

למילוי בידי הרופא/ה המטפל/ה - חלק זה ימלא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפל/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימלא על ידי רופא/ה משפחה / ילדים.

1. פרטי המבוטח	שם המשפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.													
2. הטיפול במבוטח	המבוטח בטיפול החל מתאריך: / שנה חודש		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח										מתאריך					
3. האבחנה	האבחנה הנוכחית:																	
	הסיבה לניתוח: ת.דרכים/ ת.עבודה/ ת.ספורט/אחר																	
4. פרטי הרופא המטפל	שם המשפחה		שם הפרטי		ההתמחות		מס' טלפון		מס' טלפון סלולרי		המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -				התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -		הצורך בניתוח/טיפול מיוחד/השתלה נקבע בתאריך -	
4. פרטי הרופא המטפל	רחוב		מס' בית		יישוב		מיקוד		מס' פקס									

תאריך	שם הרופא	חתימת הרופא וחזות
		X

למילוי בידי הרופא המנתח/מבצע הטיפול המיוחד/ההשתלה

שם הניתוח/הטיפול המיוחד המומלץ:					1. פרטים על הניתוח/הטיפול המיוחד המומלץ
בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:					
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך			בב"ח		2. הערות נוספות
שם המשפחה	שם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולרי	3. פרטי הרופא המנתח/מבצע הטיפול המיוחד
			0	0	
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס	
				0	

תאריך	שם הרופא	חתימת הרופא וחתימת
		✕