

## פוליסת בריאות: הנחיות להגשת תביעה - החזר הוצאות רפואיות יעוצים ובדיקות

מבוטח יקר,

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

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את טופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בדף הבא

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח אלינו:

פקס שמספרו 077-6383290 או באמצעות מייל לכתובת [mailbritvi@clal-ins.co.il](mailto:mailbritvi@clal-ins.co.il)

או בדואר לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 1123 תל-אביב 6101001

(מסמכים מקוריים יש לשלוח בדואר בלבד)

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](http://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.

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

מתן כתובת המייל עשוי לייעל את הטיפול בעניינך.

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 החזר הוצאות רפואיות יעוצים ובדיקות

### עבור טיפולים אמבולטוריים

לצורך קיצור זמן הטיפול בתביעה נבקשך לצרף את המסמכים ברשימה לעיל

1. טופס תביעה להחזר הוצאות / פיצוי - בטופס בשני 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 קח עמך את הטופס הזה בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי ובקש מהם למלא את החלק המתאים במלואו.
2. פירוט ההוצאה הרפואית
3. קבלות\*
4. סיכום מידע רפואי מהרופא המטפל
5. מסמכים רפואיים הכוללים תולדות מחלה, סיכומי חדר מיון או בית חולים אם קיימים וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.
6. צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.\*
7. במידה והנך תובע בגין IVF, יש לצרף אישור מרופא גניקולוג המאשר ממתי הנך סובלת מהבעיה ודו"ח ביצוע שאיבה והחזרה.
8. צילום תעודת זהות.

\* במידה ומדובר במבוטח מעל גיל 18 והוא שייך לפוליסת ההורים, יש להעביר צילום צ'ק על שמו.  
במידה ואין בבעלותו חשבון בנק או שברצונו שהתשלום עבור התביעה יעבור לחשבון המבוטח הראשי - יש להעביר אישור מהמבוטח הראשי בפוליסה, כולל צילום צ'ק של המבוטח הראשי.

\* במידה ופנית לשב"ן להחזר עבור קבלה בגין יעוץ או כל טיפול אחר (באמצעות הקבלה המקורית) יש לשלוח אלינו העתק מהקבלה ואישור תשלום שב"ן לצורך השלמת התשלום בתביעה.



# נספח ב' - טופס הגשת תביעה - החזר הוצאות רפואיות, יעוצים ובדיקות

## חלק א' - למילוי בידי המבוטח

### א. פרטי המבוטח

|  |            |                                 |  |                               |
|--|------------|---------------------------------|--|-------------------------------|
| שם משפחה   | שם פרטי    | מספר תעודת זהות                 | מין<br><input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ | תאריך לידה                    |
| מספר הפקס  | מספר טלפון | מספר טלפון נייד                 |  |                               |
| כתובת מגורים   | רחוב       | מס' / ת"ד                       | יישוב  | מיקוד                         |
| שם קופת החולים   |            | שם הרופא המקצועי (מקופת החולים) |  | שם רופא המשפחה (מקופת החולים) |
| <b>דוא"ל</b><br>אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי* ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר.<br>* במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי. |            |                                 |  |                               |
| <input type="checkbox"/> אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.  |            |                                 |  |                               |
| <input type="checkbox"/> אני מאשר שחברות בקבוצת כלל תשלחנה אליי, במקום באמצעות דואר ישראל, מסמכים והודעות (לרבות מסמכי פוליסה, דוחות שנתיים ומסמכים הנדרשים על פי דין), בקשר עם כל מוצרי הביטוח, הפנסיה והגמל שלי בקבוצת כלל לכתובת הדואר האלקטרוני שלי המצויה בדיהן.    |            |                                 |  |                               |

### ב. ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?  לא  כן, אם כן פרט את גובה החזר וצורף אסמכתא: \_\_\_\_\_

| סוגי ביטוח נוספים שברשותך | לא                       | כן                       | שם הקופה / חברה |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| ביטוח משלים בקופת החולים  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| ביטוח רפואי במקום העבודה  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |
| ביטוח במקום אחר           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                 |

### ג. פרטי התביעה יש לצרף קבלות

בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות.

### ד. פרטי הוצאות רפואיות יש לצרף קבלות

| פרטי הוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו') | סכום בש"ח | תאריך רכישה |
|---|-----------|-------------|
|   |           |             |
|   |           |             |
|   |           |             |

### ה. 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

#### ו. הצהרת המבוטח:

#### שימוש במידע ושמירותו:

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, ישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שסיפק לה מפרטם 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.

### הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
 במידה וממונה אפוסטרופוס (חתימתו): \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



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 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 חיגו אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע לקבוצת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

## חלק ב' - למילוי בידי רופא מקצועי / משפחה מקופת החולים

חלק זה ימולא ע"י רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא ע"י רופא משפחה / ילדים.

**רופא נכבד,**

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

### א. פרטי המבוטח

|          |         |                 |
|----------|---------|-----------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר תעודת זהות |
|          |         |                 |

### ב. פרטים על טיפול רפואי במבוטח

| מתאריך | מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח |
|--------|--------------------------------|
|        |                                |
|        |                                |
|        |                                |
|        |                                |

### ג. אבחנה

המבוטח בטיפולי החל מתאריך: \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_

פירוט האבחנה הנוכחית: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ד. טיפולים תרופתיים

פירוט רשימת תרופות שבהן המבוטח משתמש: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ה. פרטי הרופא המקצועי / המשפחה (מטעם קופת החולים)

|          |          |                   |                |          |
|----------|----------|-------------------|----------------|----------|
| שם משפחה | שם פרטי  | התמחות            | מס' טלפון בבית | מס' נייד |
| תאריך    | שם הרופא | חתימת הרופא המטפל |                |          |



## 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 אודותי, 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 אודותי.

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, מומלץ 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 \_\_\_\_\_



## 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<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח (להלן: "תקופת ההתיישנות"). 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). 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.

<sup>1</sup> לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

<sup>2</sup> יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח - 1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות למשל לעניין קטין.



## נספח ג' - 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 להמציאם 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 התברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

לידיעתך: בכל מקרה בו תובע לא המציא מידע ומסמכים שהתבקשו וזאת בתוך 30 יום מהדרישה המקורית, יסתיים הטיפול בתביעה והתובע רשאי לשוב ולפנות בעניין התביעה בכפוף לדיני ההתיישנות.

### 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 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 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.

### התיישנות

תשומת לבך, בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תתווסף פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת ההתיישנות הרלוונטית לסוג הפוליסה נשוא תביעתך, וזאת בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות.

יודגש - הגשת תביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.



## 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 9-9-2016 (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>

## טבלת המועדים והתקופות הקבועות בחוזר "יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור"

| המועד או התקופה הקבועים בחוזר | הפעולה  | סעיף בחוזר |
|-------------------------------|---|------------|
| 14 ימי עסקים                  | דרישה מידע ומסמכים נוספים                             | 8(א)(7)    |
| 30 ימים                       | מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו          | 8(ב)       |
| כל 90 ימים                    | מסירת הודעת המשך בירור תביעה                          | 8(ו)(3)    |
| 30-60 ימים                    | מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם | 8(ט)(6)    |
| 14 ימי עסקים                  | העברת העתק מפסק דין או הסכם                           | 8(יב)(2)   |
| 14 ימי עסקים                  | מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה                       | 8(יג)(1)   |
| 7 ימי עסקים                   | הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח של צד שלישי        | 8(יג)(2)   |
| 30 ימים                       | מענה בכתב לפניית ציבור                                | 8(יד)      |
| 14 ימי עסקים                  | מסירת העתקים מפוליסה או תקנון                         | 8(טו)(1)   |
| 21 ימי עסקים                  | מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע                 | 8(טו)(3)   |

