

## הנחיות להגשת תביעת בריאות בגין ניתוח

מבוטח/ת נכבד/ה,

הננו לפרט בפניך את הליך הבירור והטיפול בתביעתך ואת ההנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש ממך, על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מהיר ויעיל ככל שניתן.

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס תביעת בריאות בגין ניתוח לאחר שמולא בצירוף המסמכים המפורטים להלן:

- א. חלק א', הכולל את פרטי המבוטח- עליך למלא בעצמך את כל הפרטים בקפידה לשם שיפור ויעול הטיפול בפנייתך.
- ב. חלקים ב' ו-ג' שנועדו למילוי ע"י רופא משפחה/רופא מקצועי קבוע בקופ"ח (רופא המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לניתוח כגון רופא נשים, אורטופד, אג וכו' וכו') ועל ידי הרופא המנתח.
- ג. סיכום שחרור /גיליון ניתוח או הפנייה לניתוח מרופא מנתח במקרה שהניתוח טרם בוצע.
- ד. מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה, תוצאות בדיקות רפואיות כולל בדיקות הדמיה ובדיקות פתולוגיות, או תעודות חדר מיון אם קיימים
- ה. קבלות מקוריות (לרבות בגין השתתפות עצמית) או העתק קבלה ואישור אודות גובה ההחזר מקופ"ח/גורם אחר.
- ו. צילום המחאה אישית או אישור הבנק לגבי פרטי חשבון הבנק.
- ז. טופס ויתור על סודיות רפואית מצ"ב.
- ח. הערה: בניתוחים לילדים יש לצרף מכתב תולדות מחלה מרופא ילדים המטפל בילד באופן קבוע.

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו נבחן את זכאותך לכיסוי ביטוחי בכפוף לתנאי הפוליסה שברשותך.

אם הכל ברור ותקין נאשר זכאותך לפיצוי/שיפוי בגין הניתוח בכפוף לתנאי הפוליסה

אם יתברר שאינך זכאי/ת לפיצוי /שיפוי על פי הפוליסה, תשלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי/ת לפיצוי.

ייתכן ולאחר הגשת המסמכים נדרוש מסמכים נוספים הנחוצים להשלמת בירור התביעה ו/או נפנה לגורמים הרפואיים על ידם טופלת לקבלת צילום תיקן הרפואי (במקרה זה תשלח אליך הודעה בכתב על כך).

הננו להביא תשומת ליבך כי לפי הוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא שלוש שנים מקרות מקרה הביטוח. במידה ומדובר בתביעת קטין לא יבוא במניין תקופת ההתיישנות הזמן עד למלאות לתובע שמונה עשרה שנה. יובהר כי ככלל הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בברכה,

מחלקת תביעות חיים ובריאות

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

את המסמכים יש להחזיר אל: [m.tviotlife@hcsra.co.il](mailto:m.tviotlife@hcsra.co.il)

## בקשה לאישור תביעה בגין ניתוח/להחזר הוצאות ניתוח

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לך לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנ"ה. בטופס שלושה חלקים: חלק א נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב למילוי בידי הרופא המטפל, חלק ג למילוי בידי הרופא המנתח. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה לרופא המטפל או לרופא מקצועי, או לרופא המנתח את הטופס הזה, ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו. יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה, תוצאות בדיקות רפואיות כולל בדיקות הדמיה ובדיקות פתולוגיות, או תעודות חדר מיון אם קיימים, חשבוניות/קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

יש לצרף פרטי חשבון הבנק של התובע: צילום המחאה אישית או אישור הבנק לגבי פרטי החשבון.

| חלק א' - למילוי בידי המבוטח                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|------------------|---------|-------|------------|-------------|--|--|--------------------------------|--|--|-------------------|--|--|---------------------|--|--|------------------|--|--|------------------------------------------|--|--|-------------------------------|
| <b>פרטי המבוטח:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| שם המשפחה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | השם הפרטי        |                                          | מס' פוליסה:      |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| רחוב                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | מס' בית          | יישוב                                    | מיקוד            | מס' פקס |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| כתובת דוא"ל                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| *הכתובת דרושה להעברת דיוורים /מידע ומסמכים (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) ביחס לתביעה ולמוצרי הביטוח שלך בקבוצת הכשרה.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| שם מקום העבודה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | מס' טלפון בעבודה | מס' טלפון בבית                           | מס' טלפון סלולרי |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| שם מקום העבודה בן/בת הזוג                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | מס' טלפון בעבודה | מס' טלפון בבית                           | מס' טלפון סלולרי |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| שם קופת חולים                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | סניף             | הכתובת                                   |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| שם הרופא המקצועי המטפל                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  | שם הרופא המשפחה המטפל                    |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| <b>ביטוחי בריאות נוספים:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| <p>האם הגשת או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, פרט _____</p> <p>האם יש לך ביטוח בריאות בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, משנת _____ בחברת _____</p> <p>האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, משנת _____ מסוג _____</p> <p>האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____</p> <p>האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____</p>                                           |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| <b>ביטוחי בריאות נוספים:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| <p><input type="checkbox"/> האם יש השתתפות של קופת חולים? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, שם קופ"ח _____ הכיסוי בקופ"ח _____</p> <p><input type="checkbox"/> האם יש השתתפות של גורם אחר כולל חברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן, פרט _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| <p><input type="checkbox"/> החזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>תאריך</th> <th>הסכום בש"ח</th> <th>פרטי ההוצאה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>חוות דעת בגין תביעת פני ניתוח:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>פיצוי בגין ניתוח:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>החזר שכר טרחת מנתח:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>החזר הוצאות ב"ח:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>החזר הוצאות רפואיות ואחרות - פרט ההוצאה:</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>פיצוי בגין תותבת/אביזר/מושתל:</td> </tr> </tbody> </table> |                  |                                          |                  |         | תאריך | הסכום בש"ח | פרטי ההוצאה |  |  | חוות דעת בגין תביעת פני ניתוח: |  |  | פיצוי בגין ניתוח: |  |  | החזר שכר טרחת מנתח: |  |  | החזר הוצאות ב"ח: |  |  | החזר הוצאות רפואיות ואחרות - פרט ההוצאה: |  |  | פיצוי בגין תותבת/אביזר/מושתל: |
| תאריך                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | הסכום בש"ח       | פרטי ההוצאה                              |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  | חוות דעת בגין תביעת פני ניתוח:           |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  | פיצוי בגין ניתוח:                        |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  | החזר שכר טרחת מנתח:                      |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  | החזר הוצאות ב"ח:                         |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  | החזר הוצאות רפואיות ואחרות - פרט ההוצאה: |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  | פיצוי בגין תותבת/אביזר/מושתל:            |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| <p>ככל שלא מצורפות קבלות מקוריות נא השב: האם הגשת את הקבלות המקוריות לגורם אחר לצורך קבלת החזר? <input type="checkbox"/> לא / <input type="checkbox"/> כן</p> <p>אם כן, נא העבר אישור של הגורם אליו הוגשו הקבלות בדבר גובה החזר אשר ניתן על ידו. אם כוונתך להגיש את הקבלות לגורם אחר וטרם עשית כן, עליך לעדכן את הכשרה ואת הגורם הנוסף על מנת שלא ישולמו החזרים כפולים.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| <p>הריני מתחייב כי אדווח להכשרה חברה לביטוח בע"מ על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין תביעה זו, והריני מאשר להכשרה חברה לביטוח לערוך כל בדיקה שהיא באשר לזכאותי להחזר/ פיצוי בגין תביעה זו.</p> <p>ניתנה בזאת זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.</p> <p>אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.</p> <p>(במקרה של קטין/חסוי יציין את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס -יש לצרפו).</p>                                                                                                                                                |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |
| <p>תאריך: _____ שם משפחה ופרטי: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                          |                  |         |       |            |             |  |  |                                |  |  |                   |  |  |                     |  |  |                  |  |  |                                          |  |  |                               |

רופא נכבד,

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

| חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל                                         |  | חלק ג' - למילוי בידי הרופא המנתח        |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| <b>פרטי המבוטח:</b>                                                      |  |                                         |  |
| שם המשפחה                                                                |  | שם פרטי                                 |  |
| 1.                                                                       |  |                                         |  |
| <b>הטיפול במבוטח:</b>                                                    |  |                                         |  |
| מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח                                           |  | המבוטח בטיפול<br>החל מתאריך<br>שנה חודש |  |
| מתאריך                                                                   |  |                                         |  |
|                                                                          |  |                                         |  |
|                                                                          |  |                                         |  |
|                                                                          |  |                                         |  |
| <b>האבחנה:</b>                                                           |  |                                         |  |
| האבחנה הנוכחית                                                           |  |                                         |  |
|                                                                          |  |                                         |  |
| המבוטח בטיפול                                                            |  | התלונות/הסימנים                         |  |
| בנוגע לאבחנה זו                                                          |  | למחלה הנוכחית                           |  |
| החל מתאריך                                                               |  | התחילו בתאריך                           |  |
| 3.                                                                       |  |                                         |  |
| האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של:                                  |  |                                         |  |
| תאונת עבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט |  |                                         |  |
| תאונה אחרת <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט  |  |                                         |  |
| תאונת דרכים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט |  |                                         |  |
| <b>פרטי הרופא:</b>                                                       |  |                                         |  |
| שם המשפחה                                                                |  | שם פרטי                                 |  |
| רחוב                                                                     |  | מספר בית                                |  |
| 4.                                                                       |  |                                         |  |
| מספר תלפון                                                               |  | מספר פקס                                |  |
| מספר סלולרי                                                              |  | מיקוד                                   |  |
|                                                                          |  | ישוב                                    |  |
|                                                                          |  | התמחות                                  |  |
|                                                                          |  | מספר תלפון                              |  |
|                                                                          |  | מס' תלפון סלולרי                        |  |
| תאריך: _____ חתימת הרופא וחותמת: _____                                   |  |                                         |  |
| <b>חלק ג' - למילוי בידי הרופא המנתח</b>                                  |  |                                         |  |
| <b>פרטים על הניתוח המומלץ:</b>                                           |  |                                         |  |
| שם הניתוח/ הטיפול המומלץ:                                                |  |                                         |  |
| בדיקות וטיפולים מומלצים על-ידי:                                          |  |                                         |  |
| 1.                                                                       |  |                                         |  |
| את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך:                                            |  |                                         |  |
| בבית חולים:                                                              |  |                                         |  |
| <b>הערות נוספות:</b>                                                     |  |                                         |  |
| 2.                                                                       |  |                                         |  |
| <b>פרטי הרופא:</b>                                                       |  |                                         |  |
| שם המשפחה                                                                |  | שם פרטי                                 |  |
| רחוב                                                                     |  | מספר בית                                |  |
| 3.                                                                       |  |                                         |  |
| מספר תלפון                                                               |  | מספר פקס                                |  |
| מספר סלולרי                                                              |  | מיקוד                                   |  |
|                                                                          |  | ישוב                                    |  |
|                                                                          |  | התמחות                                  |  |
|                                                                          |  | מספר תלפון                              |  |
|                                                                          |  | מס' תלפון סלולרי                        |  |
| תאריך: _____ חתימת הרופא וחותמת: _____                                   |  |                                         |  |

## טופס ויתור על סודיות רפואית / כללית

| חלק א' אני הח"מ (במקרה של קטין ירשמו פרטיו):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |        |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|---------|
| שם מלא:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ת.ז.: | כתובת: | שם האב: |
| <p>נותן בזה רשות לכל עובד מוסד רפואי ו/או מוסד רפואי, בתי חולים לרבות קופות-חולים ו/או מכון מור ו/או המכון הרפואי לבריאות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לעובדיהם, ו/או מכונים רפואיים ו/או מעבדות רפואיות ו/או רופאים ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או צבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון- (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים ו/או השתלשלות פרופיל ו/או משרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או לשירות התעסוקה ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע -כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד ו/או לשירות הפסיכולוגי-חינוכי ו/או למשרד הבריאות והחינוך ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרכז לבריאות הנפש ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או בתי חולים לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי (להלן: "נותני השירותים") למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה (להלן: "המבקשת") את כל הפרטים והמסמכים המצויים בידי נותני השירותים שפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שתדרוש המבקשת לרבות על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין הישגיי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת לרבות HIV ו/או כרטיס טיפת חלב ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות ולרבות מידע ותיעוד על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי לרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח על עובדיהם ו/או קרנות הפנסיה וכן ל"הפול"-המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ- ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על-ידי צד ג' כלשהו למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה כל מידע, חוות דעת, תיעוד רפואי וכן כל מידע ומסמכים המתייחסים לתאונות קודמות או מאוחרות שעברתי ו/או לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג אודותיי, לרבות רשימת הרופאים אצלם ביקרתי, מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את מוטבי, את באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p> <p>אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם ולא תהיה לי כל תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.</p> <p>בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.</p> |       |        |         |

| חלק ב'                                                                                                                        |         |                                                                                                   |                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| שם קופ"ח:                                                                                                                     | סניף:   | קופ"ח קודמת:                                                                                      | מס' אישי בצה"ל                                                                             |
| שמות רופאים, מכונים ומעבדות:                                                                                                  |         |                                                                                                   |                                                                                            |
| 1.                                                                                                                            | 2.      |                                                                                                   |                                                                                            |
| 3.                                                                                                                            | 4.      |                                                                                                   |                                                                                            |
| 5.                                                                                                                            |         |                                                                                                   |                                                                                            |
| תאריך:                                                                                                                        | שם מלא: | חתימת המבוטח:  |                                                                                            |
| (במקרה של קטין/חסוי יצינו את שמם ומס' ת.ז. ויחתמו שני ההורים/כל האפוטרופוסים עפ"י דין ובמידה ויש צו מינוי אפוטרופוס יש לצרפו) |         |                                                                                                   |                                                                                            |
| שם האב/אפוטרופוס:                                                                                                             | ת.ז.:   | תאריך:                                                                                            | חתימה:  |
| שם האם/אפוטרופוס:                                                                                                             | ת.ז.:   | תאריך:                                                                                            | חתימה:  |
| חתימת עד מהימן (סוכן ביטוח, רופא, עו"ד כולל חותמת ומס' רשיון. לסוכן ביטוח יש לצרף צילום רשיון סוכן)                           |         |                                                                                                   |                                                                                            |
| עד לחתימה (שם מלא):                                                                                                           | ת.ז.:   | תאריך:                                                                                            |                                                                                            |
| חתימה (+ חותמת עם מס' רשיון):                                                                                                 |         |                                                                                                   |                                                                                            |

## **מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור ביטוח חיים ובריאות - בהכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן "הכשרה")**

(בהתאם לחוזר גופים מוסדיים 9-9-2016)

להלן מערכת הכללים לבירור וליישוב תביעות ביטוח חיים. אנו נפעל בהתאם לחוזר זה ביישוב התביעות יברר ויישב תביעות ויטפל בפניות ציבור בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות.

**מערכת הכללים לא תחול על תביעה המתנהלת בבית משפט.**

### **1. הגדרות**

"תביעה" דרישה מגוף מוסדי למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח או לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות כאמור;

"תובע" מי שהציג תביעה לגוף מוסדי, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי הגוף המוסדי להיפרע את הטבת הנזק כאמור.

"ממומחה" על מקצוע שהכשרה חברה לביטוח נעזרת בו לבירור החבות בתביעה, באמצעות חוות דעת.

"יום/ימים" ימי עסקים שאינם כוללים ימי שישי, ימי שבת, ערבי חג, חגי ומועדי ישראל

### **2. כללים לבירור וליישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור**

#### **א. מסמכים ומידע בבירור תביעה**

(1) פנה אדם בקשר להגשת תביעה לגוף מוסדי או למי מטעמו, ימסור לו הגוף המוסדי בהקדם האפשרי ממועד הפניה לגוף המוסדי או למי מטעמו, את המסמכים המפורטים להלן, הרלבנטיים לסוג התביעה:

א. מערכת הכללים של הגוף המוסדי;

ב. מסמך שבו יפורט הליך בירור וליישוב התביעה;

ג. הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע;

ד. פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור וליישוב תביעה;

ה. טופס הגשת תביעה, ככל שישנו, והנחיות לגבי מילוי;

ו. הודעה על תקופת ההתיישנות.

(2) המסמכים המפורטים יפורסמו באתר האינטרנט.

(3) הכשרה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד שבו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה אצל הכשרה או מי מטעמה, הודעה בכתב. בהודעה יצוין המסמך שנתקבל, מועד קבלתו, ויפורט בה המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע. מצאה הכשרה כי דרוש לה מהתובע מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור תביעה, ידרוש מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר לו הצורך בהם.

הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

#### **ב. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו**

על הכשרה למסור לתובע, בתוך שלושים ימים מהיום שהיו בידיה כל המידע והמסמכים שהיא דרשה מהתובע לשם בירור התביעה או עם תשלום התביעה, הודעה לגבי מצב התביעה לפי העניין ( הודעת תשלום תביעה, הודעת המשך טיפול ובירור התביעה, הודעת פשרה או הודעת דחייה מנומקת. דרשה הכשרה כי תביעה תוגש בכתב, באמצעות טופס הגשת תביעה, תחל להימנות התקופה לא לפני שנתקבל הטופס בידי הכשרה. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

#### **ג. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי**

(1) החליטה הכשרה על תשלום תביעה - תמסור לתובע במועד התשלום הודעה בכתב שתכלול, בין השאר, התייחסות לגבי העניינים הבאים, ככל שהם רלבנטיים או שתכלול הפנייה למסמכים בעניינים כאמור, שיצורפו להודעה (חוות דעת מומחה):

א. לגבי תשלום חד פעמי - עילת התשלום; פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב; סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה; פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהכשרה בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה, או הדין קוזזו מהתשלום; סכום ההשתתפות העצמית; פירוט בדבר קיזוז סכומים שאינם שניים במחלוקת אם שולמו כאלה; סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה; הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה; הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור; המועד שבו היו בידי הכשרה כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.

ב. לגבי תשלום עיתי (לרבות קצבה) יפורט, במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בפסקה (א) - סכום התשלום הראשון; מנגנון עדכון התשלומים; המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום; משך התקופה המירבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה, או הדין; משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.

(2) החליטה הכשרה על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - ימסור לתובע במועד התשלום הודעה בכתב שבה שני חלקים כמפורט להלן:

**החלק הראשון - בחלק זה יפורטו מרכיביו של התשלום שבו הכירה הכשרה, ויחולו לגבי ההוראות הקבועות בהתאם למפורט לעיל.**

**החלק השני - בחלק זה יפורטו הנימוקים העומדים בבסיס החלטת של הכשרה לדחות חלק מהתביעה, כולל אסמכתאות בהתאם לתנאי הביטוח, או החוק ככל שהדחייה נסמכת עליהם.**

בכל מקרה בו מדובר על תביעה שנדונה בבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.

#### ד. הודעת פשרה

(1) הכשרה תציע לתובע הצעת פשרה סבירה למועד ההצעה.

(2) הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה - תמסור הכשרה לתובע הצעת פשרה בכתב ותיתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.

(3) בהודעת הפשרה יפורטו מקרה הביטוח, הנימוקים שביסוד הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שניים במחלוקת ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כאמור.

(4) כל עוד לא אישר התובע את הודעת הפשרה היא לא תחייב את הצדדים. הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו התובע מיוצג על ידי עורך דין וכן במקרה שבו נדונה תביעה בבית משפט. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט

#### ה. הודעת דחייה

החליטה הכשרה על דחיית תביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב. נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי הפוליסה, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחתה התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.

הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

#### ו. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

(1) סברה הכשרה כי דרוש לה זמן נוסף לשם בירור התביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגין נדרש לה זמן נוסף לבירור התביעה.

(2) על הכשרה לציין בהודעת המשך בירור כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מהתובע לשם בירור התביעה.

(3) הודעת המשך בירור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת פשרה, לפי העניין. אם בהודעת המשך הבירור הקודמת ועל פי תנאי הפוליסה.

(4) הכשרה פטורה מחובת משלוח הודעות המשך בירור נוספות אם פנה התובע לערכאות משפטיות או אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע ציין הכשרה כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.

הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## ז. הודעה בדבר התיישנות תביעה

(1) הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה - תכלול פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה להכשרה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

(2) כל הודעה הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקת התיישנות, את מועד קרות מקרה הביטוח וכן יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.

(3) לא כללה הכשרה פסקת התיישנות בהודעה לפי פסקה 2) שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות יראוה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת הכשרה בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה של הכשרה.

(4) לא כללה הכשרה פסקת התיישנות בהודעה לפי פסקה 2) שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות - יראוה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין המועד שבו שלחה הודעה שבה כללה פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת הכשרה בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה של הכשרה במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות.

## ז. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:

(1) להשיג על ההחלטה והדרך להגשת השגה, ככל שנקבעו בפוליסה, לרבות זכותו להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.

(2) להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור של הכשרה, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.

(3) להשיג על החלטת הגוף המוסדי בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

## ח. בדיקה מחודשת של זכאות

(1) הכשרה רשאית לבחון מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, ובלבד שהיא תפעל על פי כללים סבירים שקבעה בעניין זה.

(2) הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאות התובע לקבלת תשלומים עיתיים יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי וכן יפורטו באתר האינטרנט שלה.

(3) בע לא ישא בעלויות בדיקה כאמור לעיל אם תידרשנה.

(4) הכשרה לא תקטין ולא תפסיק תשלומים עיתיים בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לכך בפוליסה ולאחר שהודיעה לתובע כי בכוונתה להקטין או להפסיק את התשלומים. לא נקבעו כללים כאמור, תמסור הכשרה לתובע הודעת שינוי לפחות שלושים ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר משישים ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של הכשרה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.

(5) הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת הכשרה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים.

#### ט. בירור תביעה בעזרת מומחה

- (1) במקרה והכשרה נעזרת לשם בירור תביעה במומחה הפוגש בתובע, יודיע על כך לתובע מראש, יסביר לתובע את תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, ויודיע לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה.
- (2) המומחה כאמור בפסקה (1) (1) למעט עובד של הכשרה שעיקר עיסוקו יישוב תביעות, לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה ולא יציע פשרה אלא ייתן חוות דעתו בהתאם לממצאי הבדיקה והמסמכים שיעמדו בפניו.
- (3) הוראות פסקה (1) לא תחול על הכשרה כאשר תיעזר בחוקר במסגרת חקירה סמויה.

#### י. חוות דעת מומחה

- (1) חוות דעת של מומחה שעליה מסתמך הכשרה לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.
- (2) חוות דעת של מומחה, לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.
- (3) נסמכת הכשרה על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תמסור הכשרה את חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה לגבי החלטה לתביעה. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע להכשרה או למומחה מטעמו לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו.
- (4) הייתה חוות הדעת של המומחה חסויה על פי דין, תמסור הכשרה הודעה בכתב לתובע שבה תסביר מדוע היא סבורה כי חוות הדעת חסויה.
- (5) היוועצות פנימית שלא עולה כדי חוות דעת, תתועד בתיק התביעה.

#### יא. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

הכשרה תשיב בכתב לכל פניה בכתב של מבוטח או תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר הכשרה, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה.

#### 3. תחולה

- א. הוראות אלו לביטוח חיים ובריאות - לגבי סיכוני אבדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד; ביטוח מפני תאונות אישיות; ביטוח מפני מחלות ואשפוז, תאונות, מחלות ואשפוז בנסיעות לחוץ לארץ.
- ב. תביעה תתברר לפי מערכת הכללים אשר תהיה תקפה במועד שבו הוגשה התביעה.

#### 4. תחילה

- א. תחילתן של הוראות ביום 2 ביוני 2011.

### טבלת המועדים והתקופות ליישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור בהכשרה חברה לביטוח בע"מ

| המועד או התקופה הקבועים בחוזר                | הפעולה                                                         |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| בתוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה           | הכשרה תעביר לתובע דרישה מידע ומסמכים נוספים לבירור חבות התביעה |
| תוך 30 ימים ממועד כל המסמכים הנדרשים מהתובע. | הכשרה תמסור הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו             |
| כל 90 ימים                                   | הכשרה תמסור הודעת המשך בירור תביעה                             |
| בין 60-30 ימים                               | הכשרה תמסור הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם    |
| תוך 14 ימי עסקים                             | הכשרה תעביר העתק מפקס דין או הסכם                              |
| תוך 14 ימי עסקים                             | הכשרה תמסור מידע בדבר קיומה של פוליסה                          |
| תוך 30 ימים                                  | הכשרה תענה בכתב לפניית ציבור                                   |
| תוך 14 ימי עסקים                             | הכשרה תמסור העתקים מפוליסה                                     |
| תוך 21 ימי עסקים                             | הכשרה תמסור העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע                    |