

לקוח/ה יקר/ה,

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

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים אנא העברי/י אלינו אל:

כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 1123 תל אביב 6101001, או לפקס שמספרו

077-6383290, או למייל שכתובתו, MailBriTvi@Clal-Ins.co.il

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון מס' 03-6388400

מחלקת תביעות בריאות

מעריך התביעות

כלל חברה לביטוח בע"מ

הליך בירור ויישוב התביעה

לקוח/ה יקר/ה

כלל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב כנספח א', אשר החברה אימצה לשם כך.

לקוח/ה המעוניין/ת להגיש תביעה למימוש זכויותיו/ה לפי תנאי פוליסת ביטוח, מתבקש/ת לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהלקוח/ה, 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 במומחה¹ 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 א').

בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981², 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, על הלקוח/ה למלא את טופס התביעה המתאים מבין טפסי התביעה המצורפים כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח ג'.

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

את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים על הלקוח/ה להעביר אלינו לכתובת: כלל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 1123 תל אביב 6101001, מחלקת תביעות בריאות, או לפקס: 077-6383290. אנו מבקשים להבהיר 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 לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.
² יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות למשל לעניין קטין.

נספח א'

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.

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 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 וחיסכון במשרד האוצר בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>

נספח ב'

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

לקוח/ה יקר/ה

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 תימצא 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.

מחלה קשה	השתלה	טיפול מיוחד	ניתוח שבוצע	ניתוח עתידי	סוג התביעה (יש לסמן X):
----------	-------	-------------	-------------	-------------	-------------------------

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

1. פרטי המבוטח	שם המשפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.		ת. לידה		מס' פוליסה	
	רחוב		בית		יישוב		מיקוד		מס' פקס'	
	שם מקום העבודה של בעל הפוליסה		טלפון בעבודה		טלפון בבית		טלפון סלולרי			
	כתובת מייל		שם סוכן הביטוח		טלפון הסוכן		טלפון סלולרי			

מעבר מידע בין החברות בקבוצת כלל, שמירה במאגרי מידע - הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע 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 אליי 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. האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?		<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
2. האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?		<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?		<input type="checkbox"/> לא	מסוג _____
האם יש לך ביטוח משלים אחר?		<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, בחברת _____
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?		<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, בחברת _____
3. האם יש השתתפות של קופ"ח?		<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן, אמציא התחייבות מקופ"ח (ט' 17): _____
למלא במקרה של בקשה לאישור ולתיאום ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה		<input type="checkbox"/> לרופא	<input type="checkbox"/> לבי"ח
<input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט		<input type="checkbox"/> לרופא ולבי"ח	
פרטי ההוצאה		הסכום - ב- ₪	תאריך

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 חברה לביטוח בע"מ" (להלן - "חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח ו/או למי מטעמה ו/או ליועץ הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי 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. בחתימתי 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, האפוטרופוסים 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 ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפל/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימולא על ידי רופא/ה משפחה / ילדים.

1.	שם המשפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.		
	פרטי המבוטח						
2.	המבוטח בטיפולי החל מתאריך: _____ / _____ שנה חודש		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		מתאריך		
3.	האבחנה הנוכחית:						
	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>לניתוח: ת.דרכים/ ת.עבודה/ ת.ספורט/אחר</p>						
4.	המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -		התלונות / הסימנים למחלה		הצורך בניתוח/טיפול מיוחד/השתלה נקבע בתאריך -		
	שם המשפחה		שם הפרטי		ההתמחות		
פרטי הרופא המטפל	0		0		מס' טלפון סלולרי		
	0		0		מס' טלפון		
	0		0		מס' פקס		
רחוב		מס' בית		יישוב		מיקוד	
0		0		0		0	

תאריך	שם הרופא	חתימת הרופא וחותמת
		✕

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:										
<hr/> <hr/>										
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך			בכ"ח		2. הערות נוספות					
<hr/>										
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
		✘

נספח ב' - המשך

טופס תביעת בריאות - תרופות

לקוח/

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פניה.

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. אלא קחו בכל פנייה למטפל או לרופא מקצועי, את הטופס הזה 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.

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

פרטי המבוטח

שם המשפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מס' פוליסה/שם קולקטיב
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס
שם מקום העבודה		מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג		מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי
שם קופת חולים	סניף	שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל	

מעבר מידע בין החברות בקבוצת כלל, שמירה במאגרי מידע - הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע 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 אליי באמצעים אלקטרוניים שונים, בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.

חתימת המבוטח X _____

ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? לא כן, פרט _____
 אם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? לא כן, משנת _____ מסוג _____

האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? לא כן, בחברת _____

במקרה של בקשה להתחזר הוצאות רפואיות - פרטי ההוצאה: _____

אופן תשלום התביעה

במידה והתביעה תאושר התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית.

נא למלא את הפרטים וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

שם _____ מספר _____

בנק _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר חשבון _____

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

לכבוד

המוסד לביטוח לאומי
קופות חולים, בתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח

וכל מאן דבעי

הנדון: טופס ויתור סודיות

אני הח"מ: _____ ת.ז. _____² הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח: "כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן - "חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידיה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח ו/או למי מטעמה ו/או ליועץ הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי 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.
רב,

_____ חתימה
_____ תאריך
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.

_____ חתימה
_____ תאריך
חותמת חברת הביטוח / עורך הדין
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.

_____ חתימה
_____ תאריך
חותמת חברת הביטוח / עורך הדין
במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים, האפוטרופוסים 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 _____

² 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/ת - חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפל/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימולא על ידי רופא/ה משפחה / ילדים.

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.
----------	---------	----------

האבחנה

המבוטח בטיפולי החל מתאריך:	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח:	מתאריך:
חודש _____ שנה _____	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

שם התרופה והתאריך בו הוחלט על הטיפול בתרופה לראשונה:

האבחנה בגינה קיים הצורך בתרופה/ות והתאריך בו התגלתה המחלה:

לכמה זמן הומלץ למבוטח ליטול את התרופה:

עלות התרופה לחודש

פירוט רשימת תרופות שבהן המבוטח משתמש:

פרטי הרופא

שם המשפחה	שם פרטי	התמחות	מס' טלפון	טלפון נייד
-----------	---------	--------	-----------	------------

תאריך:	חתימת הרופא וחותמת:
_____	_____

נספח ב' - המשך

טופס תביעת בריאות – ייעוץ/בדיקות/החזר הוצאות שאינן במסגרת ניתוח

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פניה.

אם המבוטח קטין ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים.

אנא קחו בכל פניה לרופא/ה המטפל/ת או לרופא/ה המקצועי/ת את הטופס הנ"ל ובקשו מהם למלא את חלק זה בטופס במלואו.

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

למילוי על ידי הרופא המטפל:

מס' הפוליסה	שם המטופל	ת.ז	קופ"ח, סניף ורופא מטפל

מס' טל' המבוטח _____ שם סוכן הביטוח _____

1. התאריך בו הופיעו לראשונה הסימפטומים הקשורים במחלה הנוכחית _____.
2. מקרה הביטוח ארע עקב: תאונת דרכים / תאונת עבודה / אחר.
3. פרט את ההיסטוריה הרפואית של המטופל בדגש על הבעיה הרפואית הנוכחית:

4. המלצות לטיפול:

1. טיפול שמרני _____
2. בדיקות _____
3. טיפול ניתוחי _____
4. רפואה משלימה _____

חתימה והותמת

טלפון

שם הרופא

תאריך

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי
קופות חולים, בתי חולים, מרפאות, רופאים, חברות ביטוח
וכל מאן דבעי

הנדון: טופס ויתור סודיות

אני הח"מ: _____ ת.ז. _____³ הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח: "כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן-"חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח ו/או למי מטעמה ו/או ליועץ הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי 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.
להלן, אני מאשר שאני מודע לכך, שאתם רשאים למסור את המידע כאמור על יסוד טופס זה.
בכבוד רב,

חתימה _____
תאריך _____
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.
חתימה _____ חותמת חברת הביטוח / עורך הדין _____
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.
חתימה _____ חותמת חברת הביטוח / עורך הדין _____

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

להלן במקרה שמונה אפוטרופוס- יש להחתים את האפוטרופוס שמונה על פי חוק:
פרטי האפוטרופוס:
שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____ חתימת האפוטרופוס: _____ תאריך _____

³ במקרה של קטין או של אפוטרופוס שמונה עפ"י חוק, יש למלא הפרטים המפורטים בסוף טופס ויתור סודיות זה.

נספח ב' - המשך

טופס תביעת בריאות – הגנה עצמית

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פניה.

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 למטפל או לרופא מקצועי, את הטופס הזה 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.

חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

פרטי המבוטח

שם המשפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מס' פוליסה/שם ולקטיב
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס
שם מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי	
שם מקום העבודה של בן/בת הזוג	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סלולרי	
שם קופת חולים	סניף	שם הרופא המקצועי המטפל	שם רופא המשפחה המטפל	

מעבר מידע בין החברות בקבוצת כלל, שמירה במאגרי מידע - הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת כלל ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע 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 אליי באמצעים אלקטרוניים שונים, בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.

חתימת המבוטח X

פרטי האירוע

תאריך התאונה: _____ מקום התאונה: _____

כיצד אירעה התאונה? _____

מה היו תוצאות התאונה, מהות הפגיעה וחומרתה? _____

עדי ראייה: 1. שם: _____ כתובת: _____ טל: _____

2. שם: _____ כתובת: _____ טל: _____

3. שם: _____ כתובת: _____ טל: _____

פרטי הטיפול הרפואי

שם וכתובת הרופא/המוסד הרפואי שהגיש למבוטח עזרה ראשונה _____
 האם בעת הפציעה סבלת מנכות, מום או מחלה קודמת? לא/כן- פרט _____
 האם סבלת בעבר מפגיעה באיבר שנפגע? לא/כן- פרט _____

ביטוח בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר, לרבות למוסד לביטוח לאומי? לא כן, פרט _____
 האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? לא כן, משנת _____ מסוג _____
 האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר? לא כן, בחברת _____

אופן תשלום התביעה

במידה והתביעה תאושר התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית.
 נא למלא את הפרטים וצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.
 שם _____ מספר _____
 בנק _____ שם הסניף _____ מספר הסניף _____ מספר חשבון _____

הצהרת הנפגע

הנני מצהיר כי הפרטים הרשומים לעיל והאישורים המצורפים בזאת הינם נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי פרט ו/או עובדה הקשורה במקרה הנ"ל.

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

לכבוד:

המוסד לביטוח לאומי

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

וכל מאן דבעי

הנדון: טופס ויתור סודיות

אני הח"מ: _____ ת.ז. _____⁴ הואיל והגשתי תביעה נגד חברת הביטוח: "כלל חברה לביטוח בע"מ" (להלן-"חברת הביטוח") ו/או הנני מבוטח שלה ו/או בקשתי להיות מבוטח על ידה, הריני מאשר ומרשה 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 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. בחתימתי 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:

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.

חתימה _____ חותמת חברת הביטוח / עורך הדין _____

אל:

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.

חתימה _____ חותמת חברת הביטוח / עורך הדין _____

חתימה

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים, האפוטרופוסים 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 _____

⁴ 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 ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימולא על ידי רופא/ה משפחה / ילדים.

פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.
----------	---------	----------

האבחנה

טיפול החל מתאריך:	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח:	מתאריך:
חודש _____ שנה _____	_____	_____
_____	_____	_____

האבחנה הנוכחית:

המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך:

התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך:

תאונת עבודה: לא כן פרט: _____

תאונת דרכים: לא כן פרט: _____

פרטי הרופא

שם המשפחה	שם פרטי	התמחות	מס' טלפון	טלפון נייד
תאריך: _____	חתימת הרופא וחותמת: _____			

נספח ג': רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה

תביעה מכוח פוליסת בריאות

1. טופס תביעה.
2. כתב ויתור על סודיות רפואית.
3. מכתב מרופא מטפל קבוע המציין ממתי החלה הבעיה /היסטוריה רפואית רלוונטית.
4. העתק המחאה.
5. צילום תעודת זהות.
6. סיכומי אשפוזים (ככל שקיימים).
7. סיכומי ביקורים אצל רופאים וחוות דעת רפואיות (ככל שקיימים).
8. במקרה של תביעה לשיפוי מכל סוג שהוא – קבלות מקוריות המעידות על התשלומים (בדואר או במסירה אישית).
9. במקרה של תביעת ניתוח –
 - 9.1. סיכום ניתוח.
 - 9.2. טופס הפניה.
 - 9.3. אישור שב"ן בגין גובה השתתפות בניתוח.
10. במקרה של תביעה בגין טיפול מיוחד/ השתלה –
 - 10.1. טופס הפניה.
11. במקרה של תביעה בגין תרופות –
 - 11.1. מרשם מרופא.
 - 11.2. אישור מקופ"ח על כך שהתרופה אינה בסל עבור המבוטח.
 - 11.3. במקרים בהם התרופה אינה רשומה בישראל – טופס 29 ג'.
12. מסמכים שיש לצרף במקרה של תביעה במסגרת פוליסת הגנה עצמית/הגנה עצמית פלוס –
 - 12.1. מוות מתאונה - תעודת פטירה, דו"ח משטרה ומסמכים רפואיים רלוונטיים.
 - 12.2. בתפקוד נכות כתוצאה מתאונה - מסמכים רפואיים ומסמכים מהמוסד לביטוח לאומי.
 - 12.3. שברים עקב תאונה – מסמכים רפואיים מרופא מומחה, צילומים ופענוחי צילומים.
 - 12.4. כוויות כתוצאה מתאונה - מסמכים רפואיים מרופא מומחה כולל פירוט היקף ודרגת הכוויה.
 - 12.5. פיצוי יומי בגין ימי אשפוז עקב תאונה - דו"ח אשפוז ומסמכים רפואיים רלוונטיים.
 - 12.6. פיצוי בגין מצב סיעודי שארע עקב התאונה – מסמכים רפואיים והערכה תפקודית.
13. במקרה של תביעה בגין אבדן כושר עבודה/אי תפקוד במשק בית –
 - 13.1. אישור מרופא תעסוקתי.
 - 13.2. אישור מביטוח לאומי.
14. במקרה של תביעה במסגרת פוליסת מחלות קשות –
 - 14.1. בדיקות פתולוגיות.
 - 14.2. בדיקות המעידות על קיומה של המחלה.
15. במקרה של מות המבוטח – יש לצרף צו ירושה / קיום צוואה.
הערה: במקרה של טיפול / ניתוח / השתלה הנערכים בחו"ל – יש לצרף מסמכים באנגלית בלבד.