



קרן קימת לישראל  
K K L - J N F

## אגף משאבי אנוש

תאריך \_\_\_\_\_

אל: \_\_\_\_\_

הנדון: פגיעה בעבודה ביום \_\_\_\_\_

תאונה אישית ביום \_\_\_\_\_

רצו"ב טפסים שעליך למלא, לחתום ולצרף את האישורים הרשו"מ:

1. אישור הממונה הישיר על קבלת ידיעה על התאונה (מכתב פנימי).
2. תעודות רפואיות לנפגע בעבודה, מקור בלבד. במידה ויש המשך להיעדרות להעביר מיד את המשך התעודה/חוו"ד רפואיות.
3. במקרה של פינוי לבית-החולים:  
אישור מחדר מיון או בית-החולים.
4. במקרה של תאונת דרכים:  
אישור משטרה.
5. צילום שיק/אישור ניהול חשבון – עבור תשלום פיצוי שבועי.  
את כל הטפסים, בצירוף האישורים, יש להעביר אליי להמשך טיפול.

ב ב ר כ ה

הדסה לוי  
ראש מחלקת נוכחות ופרט

פגיעה בעבודה/תאונה אישית

רח' קק"ל 1 ירושלים טל. 02-6707477 פקס. 02-6707301  
מען למכתבים: ת"ד 283 ירושלים 91002 <http://www.kkl.org.il>



## תביעה לתשלום דמי פגיעה והודעה על פגיעה בעבודה

### חובה לצרף לטופס זה

- ☞ תעודה רפואית ראשונה לנפגע בעבודה או דוח חדר מיון או סיכום מחלה מבית החולים וכן כל מסמך אחר המעיד על הנזק הרפואי שנגרם לך כתוצאה מהפגיעה.
- ☞ עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון; תושב שטחים חובה לצרף צילום תעודת זיהוי
- ☞ מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.
- ☞ בתאונת דרכים יש לצרף אישור מהמשטרה או צילום תעודת ביטוח

### כיצד יש להגיש את התביעה

- ☞ עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- ☞ אם אתה בעל שליטה או קרוב משפחה בחברה לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 7.
- ☞ תביעה שלא חתם עליה התובע (בסעיף 10 במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה
- ☞ עליך לחתום על כל הספחים של ויתור סודיות רפואית.
- ☞ בתביעה של עובד שכיר על המעביד למלא את סעיפים 11 עד 15 ולחתום בסעיף 14.
- ☞ תביעות של עובדים, אשר מעבידיהם נכללים בהסדר לפי תקנה 22 (מעביד שקיבל הרשאה נוהמוסד לתשלום דמי פגיעה ישירות לעובד), ימסור המעביד.
- ☞ עליך להעביר למוסד לביטוח לאומי את כל התעודות הרפואיות המצויות ברשותך לפני שתוזמן לוועדה רפואית
- ☞ לידיעתך - על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ☞ את טופס התביעה יש לשלוח או להביא אל סניף המוסד לביטוח לאומי הקרוב למקום מגוריך. לשאלות ולבירורים יש לפנות לטלפון \*6050 או 04-8812345.
- ☞ מידע נוסף אפשר למצוא באתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

### לתשומת לב

- ☞ אם נותרת בלתי מסוגל לעבודה, או אם חזרת לעבודה אך נשארה לך נכות – עליך להגיש תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה בטופס בל/200

### חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

עמוד 1 מתוך 8

ותאריך הפגיעה

נא ציין את מספר תעודת זהות

<p>לשימוש פנימי בלבד (סריקה)</p>	<p>חותמת קבלה</p>
<p>מס' זהות / דרכון</p> <p>סוג המסמך</p> <p>דפים</p>	<p>0 1</p>



המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
פגיעה בעבודה  
תביעה לתשלום דמי פגיעה  
והודעה על פגיעה בעבודה

תאונה בעבודה  
 מחלת מקצוע  
 שכיר  
 מתנדב  
 עצמאי  
 הכשרה מקצועית

**1 פרטי הנפגע**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

מספר אישי בצה"ל \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_

תאריך עלייה \_\_\_\_\_

מספר זהות / דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר) \_\_\_\_\_

מצב משפחתי

רווקה  
 אלמנה  
 פרודה  
 נשואה  
 גרושה  
 ידועה בציבור

רחוב / תא דואר \_\_\_\_\_  
 מס' בית \_\_\_\_\_  
 כניסה \_\_\_\_\_  
 דירה \_\_\_\_\_  
 יישוב \_\_\_\_\_  
 מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון קווי \_\_\_\_\_  
 טלפון נייד \_\_\_\_\_  
 דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

אני מאשר קבלת הודעות SMS  
 מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)

רחוב / תא דואר \_\_\_\_\_  
 מס' בית \_\_\_\_\_  
 כניסה \_\_\_\_\_  
 דירה \_\_\_\_\_  
 יישוב \_\_\_\_\_  
 מיקוד \_\_\_\_\_

**2 פרטי מקום העבודה**

שם מעסיק/ מפעל/ מקום עבודה \_\_\_\_\_

תפקיד התובע במקום העבודה \_\_\_\_\_

טלפון קווי \_\_\_\_\_  
 טלפון נייד \_\_\_\_\_  
 מס' פקס \_\_\_\_\_

רחוב / תא דואר \_\_\_\_\_  
 מספר בית \_\_\_\_\_  
 יישוב \_\_\_\_\_  
 מיקוד \_\_\_\_\_

האם אתה אחד מבעלי החברה/ בעל שליטה בחברה:  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

האם יש קרבה משפחתית בינך לבין המעביד:  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

**עצמאי (אם הפגיעה אירעה מחוץ לעסק - יש לצרף אישור על העבודה שאותה ביצעת/ היית אמורה לבצע)**

שם העסק \_\_\_\_\_ סוג העיסוק \_\_\_\_\_

טלפון קווי \_\_\_\_\_  
 טלפון נייד \_\_\_\_\_

רחוב / תא דואר \_\_\_\_\_  
 מספר בית \_\_\_\_\_  
 יישוב \_\_\_\_\_  
 מיקוד \_\_\_\_\_

3

פרטי הפגיעה

שעת הפסקת עבודה

שעת הפגיעה

היום בשבוע

שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

היכן קרתה הפגיעה?

במהלך העבודה:  במפעל/בעסק

בדרך לעבודה (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

מחוץ למפעל  בדרך לביתך (הכתובת שבה אירעה הפגיעה)

בתאונת בדרך: נא פרט את מסלול דרכך לעבודה או לביתך או ליעד אחר \_\_\_\_\_

תיאור הפגיעה: כיצד נגרמה ובמה התעסקת בעת הפגיעה (ניתן לצרף גיליון נוסף) \_\_\_\_\_

שמות העדים לתאונה:  לא נכחו עדים  כן נכחו עדים, פרט:

שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

האם מדובר בתאונת דרכים?  לא  כן, אם כן, נא למלא חלק 5 בעמוד הבא

מסירת הודעה למעביד על הפגיעה

תפקיד

שם

למי נמסרה ההודעה?

תאריך מסירת ההודעה

שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

אם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למזיקין, אנא השב על שאלה 9 בחלק 5.

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף אישור על הפנייה הראשונה לקבלת טיפול רפואי)

4

מי טיפל לראשונה בפגיעה? (שם הרופא/שירות רפואי)

מהות החבלה (לדוגמא: שבר, פצע, חתך)

האיבר שנפגע

שם בית החולים / מחלקה

תקופת אשפוז

תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה

שעה \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ חודש \_\_\_\_\_ יום \_\_\_\_\_

קופת חולים שבה אתה חבר  האם סבלת בעבר ממחלה או מכאבים הקשורים או דומים למצבך כיום?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

כללית  לאומית

מכבי  מאוחדת

שם הרופא	תחום המומחיות	רופא קופת חולים המקבל במרפאת הקופה	רופא קופת חולים המקבל במרפאת פרטית	כתובת וטלפון המרפאה שבה טופלתי/אני מטופל
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**פרטים על תאונת דרכים**

**5**

מספר התיק במשטרה	טיפול בתאונה תחנת משטרה ב-	האם נמסרה הודעה על התאונה למשטרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, (אם כן, חובה לצרף דוח משטרה)	1
<input type="checkbox"/> בדרך למקום מגוריך <input type="checkbox"/> תוך כדי עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה <input type="checkbox"/>		התאונה אירעה:	2
<input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> נוסע ברכב <input type="checkbox"/> נהג ברכב (נא לצרף צילום תעודת ביטוח)	<input type="checkbox"/> רכב <input type="checkbox"/> מלגזה <input type="checkbox"/> טרקטור <input type="checkbox"/> אופנוע <input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> אחר	האם נפגעת בהיותך:	3
מספר רישוי	*לנהג מונית נא לצרף העתק מהסכם שכירות זכות ציבורית ורישיון רכב.	סוג הרכב המעורב בתאונה:	4
מספר זהות / דרכון	אם הרכב בבעלות חברת השכרה/ לייסינג, נא לצרף עותק מההסכם.	בעלות הרכב:	5
שם ומשפחה	שם חברת הביטוח	פרטי הנהג	6
שם ומשפחה	שם ומשפחה	נוסעים נוספים ברכב:	
שם ומשפחה	שם ומשפחה		
מס' פוליסה	מס' פוליסה	האם הוגשה תביעה לחברת הביטוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהודעתך לחברת הביטוח	7
מס' פוליסה	מס' פוליסה	סוג התאונה בנדיקין	8
מס' פוליסה	מס' פוליסה	האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת נדיקין או פיצויים מצד ג' בקשר לתאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:	
שם עורך הדין המטפל	שם עורך הדין המטפל	נגד	9
מס' טלפון	מס' טלפון	כתובתו	
		מס' פקס	

**פירוט העיסוקים**

**6**

**לפני הפגיעה**

אם בשלושת החודשים שלפני הפגיעה לא עבדת, נא סמן את הסיבה:

מחלה  חופשה  אחרת \_\_\_\_\_ \* נא לצרף אישורים מתאימים

קיבלת גמלה מהמוסד לביטוח לאומי, (כגון: אבטלה, מילואים, נכות, זקנה וכו') סוג הגמלה \_\_\_\_\_

עבדתי אצל מעבידים נוספים \* נא לצרף אישורים או תלושי שכר לשלושת החודשים הנ"ל

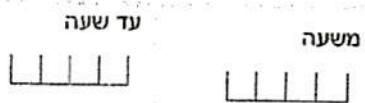
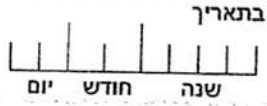
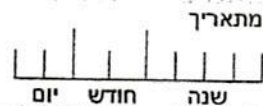
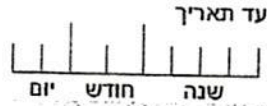
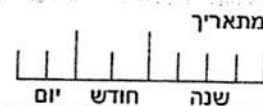
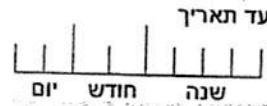
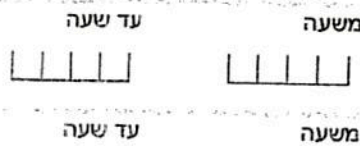
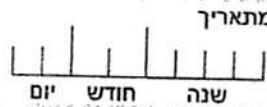
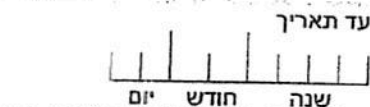
**אחרי הפגיעה**

טרם חזרתי לעבודה

לא עבדתי כלל כתוצאה מהפגיעה

שהיתי  
בעסק /  
בעבודתי

חזרתי לעבודה מלאה



אני מצהיר בזאת, כי שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני הפגיעה היו

**7 הצהרה למילוי ע"י בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד**

**7**

חובה להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שבצעת בפועל)

\_\_\_\_\_

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

\_\_\_\_\_

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

\_\_\_\_\_

הריני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים

תאריך \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

8

**פרטי חשבון הבנק של התובע**

כל תשלום שייגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני הפרטיו הרשומים מטה:  
שמות בעלי החשבון \_\_\_\_\_

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון
<p>לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: <input type="checkbox"/> לחשבון הקיבוץ / המושב <input type="checkbox"/> לחשבוני הפרטי</p> <p>אני השותף בחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקדו בחשבון, בעבור מקבל התביעה.</p> <p>אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון.</p> <p>אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.</p> <p>אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.</p>			
תאריך _____	חתימת מקבל התשלום _____	חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____	

**פטור ממס הכנסה**

9

עיוור או נכה 100%

פטור חלקי \* יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

**הצהרה**

10

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי, שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים היא עברה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביוזעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי, כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת התובע \_\_\_\_\_  
אם התביעה לא חתומה ע"י התובע, נא לציין את הסיבה לכך \_\_\_\_\_

שם החותם _____	כתובת _____	מספר זהות ס"ב _____
----------------	-------------	---------------------

אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, נא פרט: \_\_\_\_\_

שם העד לחתימה _____	מספר זהות ס"ב _____
---------------------	---------------------



נא ציין את מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_ ותאריך הפגיעה \_\_\_\_\_ עמוד 7 מתוך 8

**13 פרטים על תשלום דמי מחלה על-ידי המעביד/קרן דמי מחלה**

האם העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י המעביד? (נכון ליום התאונה)

כן, ציין את מספר הימים שעמדו לזכות העובד עד יום התאונה: \_\_\_\_\_

לא,  העובד ניצל את כל הימים העומדים לזכותו

לא נצברו ימי מחלה

אחר \_\_\_\_\_

העובד זכאי לתשלום דמי מחלה ע"י הקרן לדמי מחלה \_\_\_\_\_

(שם הקרן)

**14 הצהרת המעביד**

אנו החתומים מטה מאשרים, כי הפרטים מסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל:  
נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך \_\_\_\_\_ תפקיד החותם \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \* \_\_\_\_\_

**15 פרטים משלימים למעביד מורשה/ מאושר**

העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

**מעביד מורשה לפי תקנה 22:**

הנ"ל נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

הנ"ל אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה / מפעל.

**מעביד מאושר לפי סעיף 343:**

אני מעביד מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

**קיבוץ:**

הנ"ל חבר קיבוץ מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

הנ"ל אינו חבר קיבוץ - מופיע בסוג ביטוח \_\_\_\_\_

חתימת המעביד וחותמת \* \_\_\_\_\_

(נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)



# תאונות אישיות לעובדי קרן קיימת לישראל הנחיות להגשת תביעה לפי הכיסויים: שברים, כוויות, אשפוז, נכות צמיתה, אובדן כושר עבודה או מוות והכל כתוצאה מתאונה הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

## מה עלי לעשות

טרם הגשת תביעה וודא שבידך פוליסת בריאות מסוג תאונות אישיות לעובדי קרן קיימת לישראל הכוללת כיסוי בגין שברים, כוויות, אשפוז, נכות צמיתה, אובדן כושר עבודה או מוות והכל כתוצאה מתאונה.  
אם יש לך כיסוי כאמור והינך מעוניין לתבוע בגין שברים, כוויות, אשפוז, נכות צמיתה, אובדן כושר עבודה או מוות עליך למלא ולהעביר אלינו טופס תביעה לפי ציוד לפי תאונות אישיות לעובדי קק"ל, כולל טופס ויתור סודיות רפואית וכללית, בצירוף המסמכים המפורטים להלן.

במקרה של תביעה להחזר הוצאות רפואיות יש למלא טופס תביעה להחזר הוצאות/פיצוי.  
במקרה של תביעה לניתוח אורתופדי/פלסטי יש למלא טופס תביעה לפיצוי/שיפוי על ניתוח.  
במקרה של תביעה לתשלום ע"פ פרק הסיעוד יש למלא טופס תביעת סיעוד.

נבקשך להעביר את הטופס בצירוף המסמכים המבוקשים באחת מהדרכים הבאות אל:  
הראל חברה לביטוח, אגף תביעות ביטוח חיים, סיעוד ותאונות אישיות  
דרך אתר האינטרנט שלנו: [www.harel-ins.co.il](http://www.harel-ins.co.il) במידע האישי - "הראל שלי".  
בדואר אלקטרוני: [tvioths@harel-ins.co.il](mailto:tvioths@harel-ins.co.il)

בפקס: 03-7348172

במסרון (הודעת SMS) למספר: 052-3237169

בדואר ישראל: בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת-גן, מיקוד 5211802  
מענה ממוחשב 24 שעות ביממה לצורך בדיקת קבלת מסמכים 1-700-702-870 השירות ניתן 24 שעות לאחר שליחת המסמכים  
באמצעים אלקטרוניים.

באם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתך יש למלא את פרטי הסוכן ולחתום במקום המיועד לכך בסעיף -  
הצהרת המבוטח בטופס התביעה.

## מסמכים שיש לצרף

- אישור רפואי (ממרכאה או בית חולים) ממועד התאונה - דו"ח טיפול רפואי ראשוני.
- העתק המחאה אישית (מבוטלת) או אישור ניהול חשבון בנק ע"ש המבוטח.
- טופס ויתור סודיות רפואית וכללית חתום כנדרש (מהווה חלק מטופס התביעה).

במקרה של תאונת דרכים יש לצרף גם:

- אישור משטרה.

במקרה של אובדן כושר עבודה יש לצרף גם:

- אישורי מחלה בגין התקופה הנתבעת
- אישור ממעסיק בו תצוין תקופת ההעדרות מהעבודה
- מלוא המסמכים הרפואיים הרלוונטיים, רציפים ועדכניים למקרה הביטוח, כולל העתק מגיליונות אשפוז בבתי חולים, תוצאות בדיקות עזר (כדוגמת צילומי רנטגן, MRI, CT) ומכתב מאת רופא מקצועי מטפל.
- ככל שיהיה עדכון ו/או שינוי בהמשך בקשר עם מצבך הרפואי הינך מתבקש להעביר חומר רפואי מעודכן.

במקרה של שבר יש לצרף גם:

- פענוח של צילום רנטגן, C.T או MRI ומכתב מרופא אורתופד.

במקרה של כוויות יש לצרף גם:

- מכתב מרופא כירורג או פלסטיקאי בקשר לדרגת הכוויה והיקפה.

במקרה של אשפוז בבית חולים יש לצרף גם:

- סיכום שחרור מלא מבית חולים.

במקרה של נכות צמיתה יש לצרף גם:

- פרוטוקול מלא מהמוסד לביטוח הלאומי ו/או חוות דעת בדבר אחוזי נכות הצמיתה עקב תאונה, ככל וקיימים ברשותך.
- מלוא המסמכים הרפואיים הרלוונטיים, רציפים ועדכניים למקרה הביטוח, כולל העתק מגיליונות אשפוז בבית חולים, תוצאות בדיקות עזר (כדוגמת רנטגן, MRI, CT) ומכתב מאת רופא מקצועי מטפל.

במקרה של מוות מתאונה יש לצרף גם:

- תעודת פטירה ואסמכתאות רפואיות בדבר נסיבות הפטירה. במידה ולא צוינו מוטבים: צו ירושה או צו קיום צוואה בצירוף הצוואה וכן צילום ת.ז. של המוטבים/יורשים חוקיים והעתק המחאה או אישור ניהול חשבון של המוטבים/יורשים.



## מה יקרה בהמשך

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו תבחן על ידינו זכאותך לכיסוי ביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה.

## אם הכל ברור ותקין

נאשר זכאותך ונשלם פיצוי חד פעמי ויישלח אליך מכתב מפורט.

## אם תידרשנה הבהרות כלשהן

יתכן ותידרש להמציא לחברה תיעוד נוסף מכל סוג שהוא. במקרים מסויימים תידרש להיבדק על ידי רופאים מקצועיים/מטעם החברה לצורך בחינת חבותה בתביעה. במקרים אלה תישלח לך הודעה/בקשה בכתב.

## אם יתברר שאינך זכאי לפיצוי על פי הפוליסה

תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי לפיצוי, לאחר שיהיו בידינו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לביורור החבות.

## פסקת התיישנות

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח והפוליסה שברשותך, תקופת התיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת שלוש שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח (למען הסר ספק ככל שמקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש יחל מניין 3 השנים מידי יום ביומו וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח, ביחס לאותו היום) ואם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת התיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת התיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו עדיין לא מלאו לתבוע שמונה עשר שנה. ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ התיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ התיישנות.

## לתשומת ליבך

אין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת התיישנות הקבועה בחוק. מדיניות הפרטיות של קבוצת הראל זמינה עבורך באתר האינטרנט של החברה.

# טופס תביעה לפיצוי לפי פוליסת תאונות אישיות לעובדי קרן קיימת לישראל

## לפי הכיסויים: שברים, כוויות, אשפוז, נכות צמיתה, אובדן כושר עבודה, מוות והכל כתוצאה מתאונה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
הקפד למלא הטופס באופן מדויק ומלא.

נבקשך להעביר אלינו טופס זה בצירוף המסמכים המבוקשים אל הראל חברה לביטוח, אגף תביעות ביטוח חיים, סיעוד ותאונות אישיות:  
דרך אתר האינטרנט שלנו: [www.harel-ins.co.il](http://www.harel-ins.co.il) במידע האישי - "הראל שלי".  
בדואר אלקטרוני: [tvioths@harel-ins.co.il](mailto:tvioths@harel-ins.co.il)  
פקס: 03-7348172  
מסרון (הודעת SMS) למספר: 052-3237169  
דואר ישראל: בית הראל, רח' אבא הלל 3, ת.ד. 1951 רמת-גן, מיקוד 5211802

<b>פוליסות המבוטח</b>		
(1)	(2)	(3)

<b>פרטי המבוטח</b>			
שם משפחה		שם פרטי	
מס' ת. זהות		טלפון נייד	
כתובת		טלפון בבית	טלפון נייד
תאריך לידה		מקצוע/משלח יד	דואר אלקטרוני
שם רופא משפחה		קופת חולים	
<p>כל ההודעות הקשורות לתביעתך ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך ו/או של איש הקשר (ככל ומסרת פרטי איש קשר). אם ברצונך שהודעות אלו ישלחו לדוא"ל שלך ו/או של איש הקשר אנא מלא פרטי כתובת דוא"ל. לחילופין, אם ברצונך לקבל הודעות אלו בדואר ישראל אנא סמן זאת כאן: <input type="checkbox"/> בדואר ישראל</p> <p>פרטים האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם. הנני מאשר לעדכן את פרטי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארך הטווח שלי בקבוצת הראל ולעשות להם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו. <input type="checkbox"/> מאשר/ת <input type="checkbox"/> לא מאשר/ת מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת (כולל הספח) לידיעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז. תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.</p> <p>תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____</p> <p>לידיעה - במידה ולא אאשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז. תעשה הראל שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית. לידיעתך, לצורך ייעול ושיפור השירות הניתן לך על ידי "הראל", המידע, הדיוורים והמסמכים, אשר ישלחו אליך מחברת "הראל", יופיעו גם במסגרת ה"האיזור האישי" שלך שבאתר החברה.</p>			

<b>תביעה בגין</b>
<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה <input type="checkbox"/> שברים <input type="checkbox"/> כוויה <input type="checkbox"/> אשפוז <input type="checkbox"/> נכות צמיתה <input type="checkbox"/> מוות

<b>פרטים על התאונה</b>
1. תאריך קרות התאונה: _____
2. תאר את פרטי המקרה: _____
3. האם זו תאונת עבודה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
4. האם זו תאונת דרכים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא היכן מטופלת תביעה לפי פלט"ד? _____

<b>האם אושפזת בבי"ח בעקבות התאונה?</b> <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
שם בית החולים: _____
תאריכי אשפוז: _____



dt6138

**פרטים על עבודה לאחר תחילת אי כושר העבודה**

נא לציין תקופת אבדן כושר העבודה: \_\_\_\_\_

אי כושר מלא לעבודה: מתאריך: \_\_\_\_\_ עד תאריך: \_\_\_\_\_ סה"כ ימים: \_\_\_\_\_

אי כושר חלקי לעבודה: מתאריך: \_\_\_\_\_ עד תאריך: \_\_\_\_\_ סה"כ ימים: \_\_\_\_\_

האם שבת לעבודה? (ציין תאריך) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

האם הנך זכאי לתשלום מהביטוח הלאומי בגין תאונה זו?  לא  כן

**להלן פירוט האישורים ו/או המסמכים הנחוצים לצורך הטיפול בתביעה אותם יש לצרף לטופס זה**

אישור רפואי (ממרפאה או בית חולים) ממועד התאונה - דו"ח טיפול רפואי ראשוני.

במקרה של תאונת דרכים - אישור משטרה.

העתק המחאה אישית (מבוטלת) או אישור ניהול חשבון בנק ע"ש המבוטח של האפוסטרופוס/ים, לרבות הספח.

טופס ויתור סודיות רפואית וכללית חתום כנדרש.

במקרה של שבר - פענוח של צילום רנטגן, C.T. או MRI ומכתב מרופא אורתופד.

במקרה של כוויות - מכתב מרופא כירורג או פלסטיקאי בקשר לדרגת הכוויה והיקפה.

במקרה של אשפוז בבית חולים - סיכום שחרור מבי"ח.

במקרה של נכות צמיתה

פרוטוקול מלא מהמוסד לביטוח הלאומי ו/או חוות דעת בדבר אחוזי נכות הצמיתה עקב תאונה, ככל וקיימים ברשותך.

מלוא המסמכים הרפואיים הרלוונטיים, רציפים ועדכניים למקרה הביטוח, כולל העתק מגיליונות אשפוז בבית חולים, תוצאות בדיקות עזר (כדוגמת רנטגן, CT, MRI) ומכתב מאת רופא מקצועי מטפל.

במקרה של אבדן כושר עבודה -

אישורי מחלה בגין התקופה הנתבעת

אישור ממעסיק בו תצוין תקופת ההעדרות מהעבודה

מלוא המסמכים הרפואיים הרלוונטיים, רציפים ועדכניים למקרה הביטוח, כולל העתק מגיליונות אשפוז בבתי חולים, תוצאות בדיקות עזר (כדוגמת צילומי רנטגן, MRI, CT) ומכתב מאת רופא מקצועי מטפל.

במקרה של מוות מתאונה - תעודת פטירה ואסמכתאות רפואיות בדבר נסיבות הפטירה.

במידה ולא צוינו מוטביים: צו ירושה או צו קיום צוואה בצירוף הצוואה וכן צילום ת.ז. של המוטביים/יורשים חוקיים והעתק המחאה או אישור ניהול חשבון של המוטביים/יורשים.

**הצהרת המבוטח**

אני הח"מ (המבוטח) \_\_\_\_\_ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מהחברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

אני הח"מ (המבוטח) מבקש לאור כל האמור והמסמכים המצורפים לשלם לי פיצוי בהתאם לתנאי הפוליסה/ות לעיל.

מקום \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**פרטי חשבון בנק ע"ש המבוטח**

במידה ותאושר תביעתך יבוצע תשלום הפיצוי החודשי ישירות בהפקדה לחשבון הבנק שלך. לשם כך נא ציין את פרטי חשבון הבנק לתשלום.

יש לצרף צילום המחאה אישית או אישור ניהול חשבון בנק על שם המבוטח לידוא הפרטים.

שם הבנק \_\_\_\_\_ שם/כתובת הסניף \_\_\_\_\_ מספר חשבון \_\_\_\_\_

**מינוי הסוכן לטיפול בתביעה**

הניו מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' \_\_\_\_\_ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם + שם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**הסכמה לשימוש בדואר אלקטרוני (דוא"ל)**

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בקבוצת הראל, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם+שם משפחה: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

## הסכמה לשימוש במידע ולקבלת דבר פרסומת

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה ויתר המידע אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי החברות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות ו/או חברות קשורות שלה) יישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS)), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.



התימה:

מספר זהות: \_\_\_\_\_

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il), באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.

# טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלים.

פרטי מבטוח		שם פרטי		מס' ת. זהות		שם האב	
שם משפחה		שם פרטי		מס' ת. זהות		שם האב	
רחוב		מספר	עיר	מיקוד	טל'		
<p>אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכון מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה (להלן: "המבקשים").</p> <p>את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות H.I.V, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.</p> <p>אני נושחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.</p> <p>וויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.</p> <p>בנוסף, הריני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).</p> <p>בקשתו 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 רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.</p>							

פרטים נוספים			
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל	

שמות רופאים, מכונים ומעבדות	
רופאים	מכונים / מעבדות
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

חתימת המבטוח/אפוטרופוס		
תאריך	שם פרטי-שם משפחה*	חתימת המבטוח/כל האפוטרופוסים*

\* במקרה של קטין/חסוי ציינו את שמם וחתמו על המסמך כל האפוטרופוסים על פי דין, במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

במקרה של חסוי (אפוטרופוס)		
בנוסף על האמור לעיל, הננו מצהירים, כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה:		
שם האם/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה
שם האב/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה

חתימת עד מהימן**		
תאריך	עד לחתימה ומס' ת.ז.	שם עד מהימן לחתימה** + חותמת עם מס' רישיון

טופס הרואל 319302 04/2021



dt6:118

# טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות - נפטר

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.  
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלים.

פרטי הנפטר		שם משפחה		שם פרטי		מס' ת. זהות		שם האב	
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	טל.					
<p>אני החתום מטה (במקרה של קטין ירשמו פרטיו), נתן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי (לרבות קופת חולים) ו/או מכון מור ו/או המכון הרפואי לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים), ו/או המרכז לבריאות הנפש, ו/או בית חולים לבריאות הנפש, ו/או מרפאות לבריאות הנפש, ו/או האגודה למען שירותי בריאות הציבור - סיעוד, ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הפנים, ו/או למנהל האוכלוסין, ו/או לשירות התעסוקה, ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או רשות המיסים בישראל ו/או לכל אדם אחר כלשהו (להלן - "נותני השירותים"), למסור להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה _____ (להלן: "המבקשים"), את כל המסמכים והפרטים המצויים בידיהם או בידי מי מטעמם, ללא יוצא מהכלל, ובאופן שידרשו המבקשים (בכתב או בעל פה), המתייחסים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחלתתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות HIV, ו/או כרטיס טיפת חלב, ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות. כמו כן אני נתן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"הפול" - המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו, וכן כל מידע בנוגע למצבי הרפואי.</p> <p>אני משחרר בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדתיכם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיכם ו/או כל אגף של משרד החינוך ו/או השרות הפסיכולוגי ו/או משרד הבריאות, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי ו/או הישגי בלימודים ומתיר לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שלעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לי אליכם ו/או אל מי מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.</p> <p>בנוסף, הרני מאשר להראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה, להעביר מידע רפואי בענייני לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות וליועץ הביטוחי של קולקטיב הביטוח (במידה וקיים).</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 רופאייהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.</p>									

פרטים נוספים			
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שם קופ"ח קודמת		מס' אישי בצה"ל	

שמות נותני השירותים	
רופאים	מכונים / מעבדות
.....1	.....1
.....2	.....2
.....3	.....3
.....4	.....4

פרטי היורשים וחתימה (במקרה של קטין / חסוי, יש לצרף צו מינוי אפוטרופוס)			
יש לצרף צו ירושה/צוואה + צו קיום צוואה			
שם היורש/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה	.....
שם היורש/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה	.....
שם היורש/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה	.....
שם היורש/אפוטרופוס	ת.ז.	חתימה	.....
תאריך	שם עד מהימן* לחתימה + חותמת עם מס' רישיון		חתימה (במקרה של קטין חתימת האפוטרופוס)

\*עד מהימן - עו"ד, רופא, סוכן ביטוח/אחות/עובד סוציאלי.

סטודיו הראל 319382 04/2021



בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 5-9-2011, מפורטת להלן מערכת הכללים לבירור וליישוב תביעות בהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "הראל"). אם ברצונך לקבל העתק ממערכת כללים זו, יש באפשרותך לפנות לשם כך אל אגף השירות בהראל בטלפון שמספרו \*2735 או להדפיס אותה ישירות מאתר האינטרנט של החברה (להלן: "אתר האינטרנט").

הראל תפעל בכל הקשור לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור על פי האמור במערכת כללים זו, כמפורט להלן:

**א. הגדרות**

במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלהלן:

1. **יום/ימים** - ימי עסקים שאינם כוללים ימי שישי, ימי שבת, ערבי חג, חגי ומועדי ישראל.
2. **תביעה** - דרישה מהראל למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח או לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלבנטיות למימוש זכויות כאמור.
3. **תובע** - מי שהציג תביעה להראל, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי הראל להיפרע את הטבת הנזק כאמור.
4. **מומחה** - בין אם הוא עובד של הראל ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי ולמעט ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

**ב. תחולה**

מערכת כללים זו חלה על ענפי הביטוח הבאים:

1. **ביטוח פנסיה** - לגבי סיכויי נכות ומוות בלבד;
2. **ביטוח חיים** - לגבי סיכויי אבדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד;
3. **ביטוח מפני תאונות אישיות**;
4. **ביטוח מפני מחלות ואשפוז**, למעט ביטוח שיניים ולמעט ביטוח בריאות לעובדים זרים וביטוח בריאות המיועד למתן כיסוי ביטוחי לשהים זרים בישראל - וזאת לעניין קבלת שירותים במישרין מספק השירות הרפואי ובלא מעורבות של המבטח;
5. **ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), התש"ל-1970 (להלן "הפקודה")** ביטוח רכב מנועי - רכוש (עצמי וצד שלישי);
6. **ביטוח מקיף לדירות**;
7. **ביטוח מטען, תאונות, מחלות ואשפוז בנסיעות לחוץ לארץ.**

**\*\*\*** מערכת כללים זו לא תחול על תביעות לתשלום בגין נזק עצמי בביטוח רכב מנועי - רכוש או בביטוח מקיף דירות, של תובע שבבעלותו לפחות 40 כלי רכב או דירות ואשר בעת כריתת חוזה הביטוח ויתר על תחולתה באופן מפורש.

**ג. מועד תחילה**

תחילתה של מערכת כללים זו ביום 1.6.2011.

על אף האמור לעיל, תחילתה של מערכת הכללים לגבי ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), התש"ל-1970 וביטוח צד שלישי במסגרת ביטוח מקיף דירות 1.3.2012.

מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר המועדים הנקובים לעיל.

מערכת הכללים לא תחול על שירותים שמעניק ספק שירות במישרין למבוטח בהתאם לכתב שירות, אם המבטח אינו מעורב ביישוב התביעה.

**ד. מסמכים ומידע בבירור תביעה**

1. עם קבלת פנייה הקשורה להגשת תביעה אל הראל או למי מטעמה, יימסרו לפונה בהקדם האפשרי המסמכים המפורטים להלן:
  - (1) העתק ממערכת כללים זו;
  - (2) מסמך המפרט את הליך בירור התביעה וליישובה;
  - (3) הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע, ובכלל זה גם מידע לגבי זכותו של תובע לקבל שיפוי על הוצאות שנגרמו לו והראל חייבת לשפותו בגינן (כגון שיפוי בשל צעדים שנקטו על ידו לשם הקטנת הנזק, שיפוי בשל תשלום למומחה עבור חוות דעת וכדומה).
  - (4) פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור וליישוב תביעה;
  - (5) טופס הגשת תביעה, ככל שקיים - והנחיות לגבי מילויין;
  - (6) הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה.
- יש באפשרותך לעיין במסמכים המפורטים לעיל באתר האינטרנט.



2. הראל תמסור לתובע בהקדם האפשרי הודעה בכתב המפרטת מהם המסמכים שהתקבלו אצלה לצד מועד קבלתם, וכמו כן מהם המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע.
3. אם יידרש להראל מידע ומסמכים נוספים מהתובע לצורך בירור תביעה, יידרשו מסמכים אלו תוך ארבעה עשר (14) ימי עסקים מהיום שיתברר הצורך בהם.
4. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

#### ה. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

1. הראל תמסור לתובע, בתוך שלושים ימים מהמועד בו נתקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה ו/או מהמועד שבו נתקבל אצלה טופס תביעה מלא כנדרש על ידה (לפי המאוחר מבין השניים), עדכון בדבר מצב הטיפול בתביעה. עדכון כאמור יכול שיהיה בדבר תשלום התביעה באופן מלא או חלקי, הצעת פשרה בתביעה, המשך טיפול או הפסקת טיפול בתביעה, או דחיית התביעה.
2. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

#### ו. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

1. אם נתקבלה החלטה על תשלום תביעה, תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב שתכלול התייחסות לנושאים הבאים או הפנייה למסמכים המתייחסים לנושאים הללו ומצורפים להודעה (כגון דוח שמאי או חוות דעת מומחה):
  - א) לגבי תשלום חד פעמי - עילת התשלום; פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב; גובה הנזק; 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 מהראל בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה, התקנון או הדין קיזוז מהתשלום; סכום ההשתתפות העצמית; פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים להראל מאת התובע; פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה; סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה; הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה; הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום שבפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור; המועד שבו היו בידי הראל 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 המרבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה, התקנון או הדין; משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.
2. אם נתקבלה החלטה על תשלום חלקי של התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב הכוללת שני חלקים כמפורט להלן:
  - החלק הראשון, שיפרט את מרכיביו של התשלום שאושר בהתאם למפורט לעיל;
  - החלק השני, שיפרט את הנימוקים לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהמשך.

3. בכל מקרה בו נתקבלה החלטה על תשלום התביעה, לא יהיה צורך במשלוח המסמכים המפורטים בסעיף ד' לעיל, למעט העתק מערכת כללים זו.
4. בכל מקרה בו מדובר על תביעה שנדונה בבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.
5. בכל מקרה בו הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תהיה הראל פטורה ממתן הודעה לפי סעיף זה החל מאותו מועד.

#### ז. הודעת פשרה

1. הראל תציע לתובע הצעת פשרה סבירה למועד ההצעה.
2. אם הוסכם על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תימסר לתובע הצעת פשרה בכתב וינתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.
3. הצעת הפשרה הכתובה תכלול את מקרה הביטוח, הנימוקים שביסוד הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שנויים במחלוקת ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כזה.
4. כל עוד לא אישר התובע את הודעת הפשרה, היא לא תחייב את הצדדים.
5. הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו התובע מיוצג על ידי עורך דין וכן במקרה שבו נדונה התביעה בבית משפט.

#### ח. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

1. אם יידרש להראל זמן נוסף לשם בירור התביעה, תימסר על כך לתובע הודעה בכתב ויפורטו בה הסיבות בגין נדרש זמן נוסף כאמור וכן המידע או המסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע לשם בירור התביעה.
2. הודעת המשך בירור כאמור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים (למעט בתביעות לפי הפקודה, בהן תימסר הודעה כאמור לפחות כל ששה חודשים) ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת פשרה, לפי העניין, למעט במקרים הבאים:
  - א. אם פורט בהודעת המשך הבירור מועד עתידי להערכת הנזק, ואז אין צורך במשלוח הודעה בדבר המשך בירור עד למועד האמור, ובלבד שתישלח הודעת המשך בירור לפחות לאחר שנה;
  - ב. אם פנה התובע לערכאות משפטיות;
  - ג. אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע צוין כי לא תישלחנה הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.
3. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## ט. הודעה בדבר דחיית תביעה

אם נתקבלה החלטה על דחייה מלאה או חלקית של תביעה, תימסר לתובע הודעה כתובה על כך. נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי הפוליסה או התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין אשר עליהם נסמכת הדחייה ובשלם נדחית התביעה.

## י. הודעה בדבר התיישנות תביעה

1. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תיכלל פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי הגשת התביעה להראל אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.
2. בנוסף כל הודעה אחרת הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקה כאמור בדבר התיישנות וכן את מועד קרות מקרה הביטוח, ויצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.
3. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את הראל כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה למסור ההודעה הכוללת את פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות - לא תובא במניין תקופת ההתיישנות (כל זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב).
4. אם לא נכללה פסקה בדבר התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את הראל כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין מועד שליחת הודעה הכוללת פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות - לא תובא במניין תקופת ההתיישנות (גם זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות).
5. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## יא. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

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

1. להשיג על ההחלטה וכן מהי הדרך להגשת השגה, ככל שנקבע בפוליסה או בתקנון, לרבות זכותו של התובע להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.
2. להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור בהראל וכן את פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
3. להביא את השגתו בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
4. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## יב. בדיקה מחודשת של זכאות

1. כאשר הראל משמשת כחברה מנהלת, המבקשת לבדוק מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, היא תפעל על פי הכללים שנקבעו לכך בתקנון.
2. כאשר הראל משמשת כחברת ביטוח המבקשת לבחון מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, תעשה כן על פי כללים סבירים שקבעה בעניין זה.
3. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי, וכן יפורטו באתר האינטרנט.
4. אם תידרשנה עלויות לצורך בדיקה מחדש כאמור לעיל, התובע לא יישא בהן.
5. לגבי תביעות המוגשות מכח פוליסות שתחילת תקופת הביטוח הקבועה בהן היא ביום 1/6/2011 ואילך - אם כתוצאה מבדיקה מחודשת כאמור לעיל, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים עיתיים המשולמים לתובע, יעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בפוליסה או בתקנון, ובהעדר תנאים שנקבעו, תימסר לתובע הודעה על השינוי 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.
6. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד ההחלטה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחוייבים.
7. בכל מקרה יעשה השינוי רק לאחר שנמסרה לתובע הודעה על הכוונה להקטין או להפסיק את התשלומים;
8. למען הסר ספק, אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותה של הראל לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם מועד ביצוע השינוי האמור.
9. לגבי פוליסות שתחילת תקופת הביטוח הקבועה בהן היא לפני יום 1/6/2011, תצרך הראל להודעת השינוי את הכללים שקבעה לעניין בדיקה מחודשת של הזכאות.

## יג. בירור תביעה בעזרת מומחה

1. אם יהיה צורך להיעזר לשם בירור תביעה במומחה הפוגש בתובע או במומחה שבזדק את הרכוש נושא התביעה על מנת להעריך נזק שנגרם לאותו רכוש, בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תימסר על כך הודעה מראש לתובע, ויבהר לו תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, ויימסר לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה (כל זאת - אלא אם מדובר בחוקר במסגרת חקירה סמויה).
2. מומחה כאמור לעיל לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה ולא יציע פשרה אלא בעניין היקף הנזק, אלא אם מדובר בעובד הראל, שעיקר עיסוקו יישוב תביעות.

**יד. חוות דעת מומחה**

- כל חוות דעת של מומחה שעליה תסתמך הראל 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.
- חוות דעת של מומחה כאמור לעיל לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.
- ככל שתסתמך הראל על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תימסר חוות הדעת לתובע במועד מסירת הודעה הרלוונטית בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו או בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע להראל או למומחה מטעמה לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. (ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו).
- אם מדובר בחוות דעת מומחה שהיא חסויה על פי דין, תימסר לתובע הודעה בכתב הכוללת הסבר מדוע מדובר בחוות דעת חסויה.

**טו. תחלוף וזכויות כלפי צד שלישי**

- בטרם תוגש תביעה כנגד צד שלישי מכוח זכות התחלוף, תימסר על כך הודעה למבוטח בכתב זמן סביר מראש.
- אם ניתן במסגרת תביעת תחלוף פסק דין, פסק בוררות או נחתם הסכם פשרה, יועבר למבוטח העתק מהפסק או מההסכם בתוך ארבעה עשר ימי עסקים מיום קבלת הפסק בהראל או מיום חתימת ההסכם.
- אם התברר במסגרת בירור התביעה כי עשויה לעמוד למבוטח זכות כנגד הצד השלישי, שאותו עשויה הראל לתבוע מכוח זכות התחלוף, יצוין הדבר בפני המבוטח בכל הודעה בדבר מהלך בירור תביעה ותוצאותיו או הודעה בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות.
- אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את הראל לייצג את המבוטח או להטיל עליה חובת ייעוץ.

**טז. תביעת צד שלישי**

- בכל מקרה שבו נתקבלה בהראל פנייתו של תובע (שהוא צד שלישי) לקבלת מידע בדבר עצם קיומה של פוליסה לביטוח אחריות של אדם מסוים בעקבות מקרה מסוים, יימסר המידע בעניין זה לתובע בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד דרישתו של התובע.
- בכל מקרה שבו נדרשו על ידי התובע תגמולי הביטוח, תימסר הודעה למבוטח בכתב בתוך שבעה ימי עסקים מיום הדרישה כי אם לא יודיע לה על התנגדותו לתשלום הפיצוי בתוך שלושים ימים, ישולמו לצד השלישי תגמולי הביטוח שהראל חייבת למבוטח, ככל שהיא חייבת בתשלום.
- הראל תפעל לבירור חבותה כלפי המבוטח בהתאם לתקופות ולמועדים הקבועים במערכת הכללים.
- אם מצאה הראל כי קיימת חבות כלפי המבוטח, והמבוטח לא התנגד לתשלום האמור לעיל במהלך שלושים הימים האמורים, בין אם הודיע על אי התנגדותו או על הסכמתו ובין אם לא השיב כלל להראל, ישולמו לתובע תגמולי הביטוח שהראל חבה למבוטח.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעות המוגשות לפי הפקודה.

**יז. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור**

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

**יח. מתן העתקים**

- הראל תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה או מהתקנון, בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
- למרות האמור לעיל, ניתן להפנות תובע שהינו צד שלישי בביטוח אחריות לנוסח הפוליסה שנמצא באתר האינטרנט.
- הראל תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר נמסר לה על ידי התובע, או מכל מסמך אשר התקבל אצלה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

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

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
8(א)(6)	דרישה למידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים מהיום שהתברר הצורך בהם.
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים מהיום שהתקבלו כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע.
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור	כל 90 ימים מיום מסירת הודעה לפי סעיף 8(ב).
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלום.
8(יב)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים מיום קבלת הפסק דין בחברה או מיום חתימת ההסכם.
8(יג)(1)	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה	14 ימי עסקים ממועד דרישת הפוליסה.
8(יג)(2)	הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח צד שלישי	7 ימי עסקים מיום הדרישה.
8(יד)	מענה בכתב לפניות ציבור	30 ימים ממועד קבלת הפניה בכתב.
8(טו)(1)	מסירת העתקים מפוליסה או מתקנון	14 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

## כללים לבדיקה מחודשת של זכאות

1. תביעה לתקופה שאושרה לתקופה העולה על 3 חודשים
  - א. אישורה של תביעה עיתית לתקופות קצובות נוספות מעבר לתקופה שאושרה, מצריך בתום התקופה, שאושרה לתשלום, בחינה מחודשת של מצבו של המבוטח מבחינה רפואית ותפקודית.
  - ב. בעת הבחינה מחודשת של החבות ואופן ביצועה יובאו בחשבון, בין היתר, מצבו הרפואי של המבוטח, גילו, המידע שמסר לחברה ותנאי הפוליסה.
  - ג. בחינת הזכאות מחדש יכול שתעשה, בין היתר, בהתאם למצבו של המבוטח וגילו בדרך של בדיקת מסמכים רפואיים עדכניים אודות מצבו הרפואי או התפקודי של המבוטח, או באמצעות בדיקת המבוטח ע"י גורמים מקצועיים מתאימים מטעם הרצל.
  - ד. לקראת תום תקופת הזכאות תפנה אליך הרצל לצורך עריכתה של בדיקת הזכאות המחודשת. במסגרת פנייה זו ייתכן שתידרש להעביר להרצל מסמכים רפואיים עדכניים או לתאם בדיקה להערכת מצבך התפקודי והרפואי העדכני, במסגרת המועדים שיצינו בפניה.
  - ה. אי העברת המסמכים במועד שתתבקש להעבירם ו/או חוסר שיתוף פעולה בקשר עם קיומה של בדיקה על ידי גורם מקצועי מתאים שנקבע לכך על ידי הרצל במועד, עלולים להביא להפסקת תשלום תגמולי הביטוח או לעיכוב בתשלום.
  - ו. הרצל שומרת לעצמה הזכות לקיים בדיקה מחודשת של זכאות במידת הצורך, גם במקרים בהם אושרה זכאותו של מבוטח לתקופה קצובה מראש ובמהלך התקופה התקבל בהרצל מידע השונה מזה שמסר המבוטח ו/או היה ידוע בהרצל ועולה ממנו כי יתכן והמבוטח חדל מלהיות זכאי לתגמולי ביטוח.
2. תביעה שאושרה לתקופה של 3 חודשים או פחות
  - א. אישורה של תביעה עיתית לתקופות קצובות נוספות מעבר לתקופה שאושרה, מצריך בתום התקופה, שאושרה לתשלום, בחינה מחודשת של מצבו של המבוטח מבחינה רפואית ותפקודית.
  - ב. בעת הבחינה מחודשת של החבות ואופן ביצועה יובאו בחשבון, בין היתר, מצבו הרפואי של המבוטח, גילו, המידע שמסר לחברה ותנאי הפוליסה.
  - ג. בחינת הזכאות מחדש יכול שתעשה, בין היתר, בהתאם למצבו של המבוטח וגילו בדרך של בדיקת מסמכים רפואיים עדכניים אודות מצבו הרפואי או התפקודי של המבוטח, או באמצעות בדיקת המבוטח ע"י גורמים מקצועיים מתאימים מטעם הרצל.
  - ד. ככל שתסבור לקראת תום התקופה לגביה אושרה תביעתך, כי בהתחשב במצבך הרפואי והתפקודי יש, בהתאם לתנאי הפוליסה שברשותך, מקום לאישורה של התביעה לתקופות נוספות, יהיה עליך להעביר להרצל לקראת תום התקופה לגביה אושרה תביעתך מידע רפואי עדכני ומפורט אודות מצבך באותה עת.
  - ה. הרצל תברר חבותה בהתאם למידע הרפואי שתעביר לה ובמידת הצורך בדרך של בדיקתך ע"י גורם מקצועי מטעם החברה.

## 1. פרטי המדווח

שם ממלא הטופס	ת.ז.	תפקידו של ממלא הטופס	דווח טלפוני <input type="checkbox"/>
מס' טלפון של המדווח			

## 2. פרטי המעביד או העסק

שם המעביד או העסק

## קרן קיימת לישראל

מספר מע"מ (עוסק מורשה)	מס' תיק בביטוח לאומי	מס' תיק ברשם החברות	מספר מפעל במשרד התמ"ת
941000069			

כתובת המעביד

ישוב	רחוב	מס' בית	מיקוד	שם איש קשר	מס' טלפון במפעל

מהות העסק או המפעל (פעילות עיקרית)	מס' עובדים במפעל

שם מקום העבודה בו ארעה התאונה (במידה ושונה מפרטי המעביד)	שם המחלקה בה ארעה התאונה

כתובת בה ארעה התאונה (במידה ושונה מכתובת המפעל)

ישוב	רחוב	מס' בית	מס' טלפון

שם אדם שהגיע למקום התאונה/עד ראיה	טלפון	הערות

## 3. פרטים על התאונה (חלק זה ימולא ע"י האחראי הישיר של הנפגע או ע"י מנהל העבודה)

תאריך התאונה	שעת התאונה	מספר נפגעים	מס' שעות שהנפגע עבד עד התאונה

התעסקותו של הנפגע בעת התאונה	התאונה ארעה כאשר

תאר באופן מפורט את מהלך התאונה, נסיבותיה וכיצד ארעה (נא לתאר באופן חופשי את המקרה)

אילו מצבים או תנאים לא בטוחים גרמו לתאונה ואילו אמצעים ננקטים למטרות מניעה?

אילו מבין הגורמים הבאים היו לדעתך סיבה לאירוע התאונה (ניתן לבחור ביותר מגורם אחד במידה ויש)

עובד	מטלה/משימה	סביבה
<input type="checkbox"/> כושר גופני לא מתאים	<input type="checkbox"/> משימה מורכבת מידי	<input type="checkbox"/> אי-סדר במקום העבודה
<input type="checkbox"/> לא קיבל הדרכה מתאימה/מספקת	<input type="checkbox"/> משימה לא בחרה	<input type="checkbox"/> שדה ראייה לקוי/לא מספיק
<input type="checkbox"/> חוסר מיומנות/הכשרה לביצוע המשימה	<input type="checkbox"/> שיטת עבודה לא מתאימה/שגויה	<input type="checkbox"/> תאורה לקויה/לא מספיקה
<input type="checkbox"/> חוסר מיגון אישי/מיגון אישי לקוי	<input type="checkbox"/> ציוד לא מתאים לביצוע המשימה	<input type="checkbox"/> איורור לקוי/לא מספיק
<input type="checkbox"/> קשר לקוי עם עובדים אחרים	<input type="checkbox"/> לחץ/חוסר זמן מספיק	<input type="checkbox"/> חשיפה לחומרים כימיים
<input type="checkbox"/> עומס עבודה רב מידי/עייפות	<input type="checkbox"/> חוסר בנהלים/הנחיות	<input type="checkbox"/> חשיפה לקרינה
<input type="checkbox"/> לבוש/ביגוד לא מתאים	<input type="checkbox"/> מתקן/מכונה	<input type="checkbox"/> רעש
<input type="checkbox"/> עבודה בניגוד לכללים/נהלים	<input type="checkbox"/> ליקוי/חוסר בתחזוקה	<input type="checkbox"/> טמפרטורה גבוהה מידי/נמוכה מידי
	<input type="checkbox"/> ליקוי/חוסר במגינים וגידורים	<input type="checkbox"/> משטח עבודה לא יציב
	<input type="checkbox"/> ליקוי ארגונומי	<input type="checkbox"/> משטח עבודה לא מגודר
	<input type="checkbox"/> בעיות מכניות אחרות	

אם בתאונה היה מעורב מכשיר או מכונה או חומר ספציפי - רשום כאן פרטי זיהוי מדויקים ואת החלק שפגע בנפגע

4. פרטי נפגע (יש למלא סעיף זה עבור כל נפגע בנפרד)

נפגע מס 1

שם משפחה		שם פרטי		מס' ת"ז/ דרכון		ת. לידה		מין	
								<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	
ישוב		רחוב		מס' בית		מס' טלפון			
מקצועו של הנפגע - פירוט מדויק		הנפגע הינו תושב		ותק במקצוע		ותק בתפקיד הנוכחי			
		ישראל <input type="checkbox"/> יו"ש/עזה <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>		שנים <input type="checkbox"/> חודשים <input type="checkbox"/>		שנים <input type="checkbox"/> חודשים <input type="checkbox"/>			
תוצאת הפגיעה		איבר פגוע		מהות הפגיעה		סוג העסקה			

נפגע מס 2

שם משפחה		שם פרטי		מס' ת"ז/ דרכון		ת. לידה		מין	
								<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז	
ישוב		רחוב		מס' בית		מס' טלפון			
מקצועו של הנפגע - פירוט מדויק		הנפגע הינו תושב		ותק במקצוע		ותק בתפקיד הנוכחי			
		ישראל <input type="checkbox"/> יו"ש/עזה <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>		שנים <input type="checkbox"/> חודשים <input type="checkbox"/>		שנים <input type="checkbox"/> חודשים <input type="checkbox"/>			
תוצאת הפגיעה		איבר פגוע		מהות הפגיעה		סוג העסקה			



## טופס דיווח תאונת עבודה

\* טופס זה אינו בא במקום טופס ב"ל 211 ( הודעה על פגיעה בעבודה )

מרחב/אגף : \_\_\_\_\_ יח' : \_\_\_\_\_ אתר עבודה : \_\_\_\_\_

### פרטי הנפגע

ימולא ע"י העובד/מנהל העבודה

עובד קק"ל ( כן / לא ) שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מס' עובד \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
מין ( ז / נ ) תאריך לידה \_\_\_\_\_ מצב משפחתי \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_  
נייד \_\_\_\_\_ חבר בקופ"ח \_\_\_\_\_ תחילת עבודה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_  
עובדי קבלן : שם חב' כ"א \_\_\_\_\_ כתובת חברה \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

### פרטי התאונה

ימולא ע"י מנהל/מנהל העבודה

תאריך התאונה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_ התחיל לעבוד בשעה \_\_\_\_\_ הפסיק לעבוד בשעה \_\_\_\_\_ מקום התאונה \_\_\_\_\_  
תאור מקום התאונה \_\_\_\_\_

עדים \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
דיווח ראשוני נמסר ל- \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ בשעה \_\_\_\_\_ טיפול ראשוני באתר ניתן ע"י \_\_\_\_\_  
בשעה \_\_\_\_\_ פרט הטיפול ופינויי העובד \_\_\_\_\_

טופס ב"ל 250 לקבלת עזרה ראשונה נמסר ע"י \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ייסוק העובד בשעת התאונה (כלים, חומרים, מכונות, נסיעה וכו') \_\_\_\_\_  
ותק בעיסוק (בשנים) \_\_\_\_\_  
תאור התאונה \_\_\_\_\_

האיבר שניפגע \_\_\_\_\_  
אמצעי מיגון אישי בהם השתמש העובד \_\_\_\_\_

פרוט האמצעים שנגקטו למניעת התאונה \_\_\_\_\_  
הערות \_\_\_\_\_

שם האחראי הישיר \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_  
הטופס מולא ע"י \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

האם העובד קיבל הדרכה לפני תחילת העבודה : כן / לא