

## הנחיות להגשת תביעה בגין אובדן כושר עבודה והסבר להליך ישוב התביעה

מבוטח/ת נכבד/ה.

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

על מנת להבטיח טיפול מהיר ויעיל בבקשה יש להעביר טופס תביעה מלא וחתום, על פי ההנחיות המפורטות בטופס, בצירוף כל המסמכים המפורטים לעיל.

לתשומת ליבך, אי קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים עלול לגרום לעיכוב מיותר בטיפול בתביעתך, על כן נבקשך להקפיד על מילוי טופס התביעה כנדרש ומסירת כל המידע והמסמכים המבוקשים.

### המסמכים שיש לצרף להודעת התביעה:

- טופס תביעה ממולא וחתום, כולל טופס ויתור על סודיות רפואית (המצורף לטופס) כשהוא חתום ע"י עד מהימן (עו"ד/רופא/סוכן ביטוח כולל חתימה וחותמת ומספר רישיון).
- חלק ב' לטופס התביעה - אישור מפורט ועדכני מרופא מטפל בו יש לפרט את האבחנות הרפואיות מהן הנך סובל/ת, הטיפולים והתרופות שקיבלת, מהן מגבלותיך והתייחסות לכושר עבודתך אישורי מחלה בציון תאריכים מדויקים לגבי תקופת אי כושר העבודה מרופא מקצועי מטפל.
- דו"ח טיפול רפואי ראשוני ממרפאה/מיון ב"ח ממועד תחילת אי הכושר (תאונה/מחלה).
- אישורי מחלה בציון תאריכים מדויקים מרופא מקצועי מטפל/רופא תעסוקתי.
- סיכומי כל האשפוזים, כולל האשפוז הראשון - אם אושפזת.
- תוצאות בדיקות רפואיות שעברת, כולל תוצאות בדיקות הדמיה.
- אם נפגעת בתאונת דרכים, יש להמציא אישור משטרה.
- אם נפגעת בתאונת עבודה, יש להמציא העתק מהחלטות המוסד לביטוח לאומי בצירוף פרוטוקולים מלאים.
- אישור לגבי הכנסתך מעבודה ב-12 החודשים האחרונים שקדמו לתאריך האירוע בגינו הנך תובע: אם הינך שכיר - יש להמציא אישור ממקום עבודתך לגבי ימי היעדרותך מן העבודה עקב אי כושר העבודה, עד מתי שולם לך שכר? וכמה? וכן פירוט 12 המשכורות האחרונות (או צילום תלושי שכר) שקיבלת לפני קרות האירוע בגינו אתה תובע. אם הינך עצמאי - יש להמציא אישור מרואה חשבון/יועץ מס או מס הכנסה לגבי הכנסתך מעבודה מיגיעה אישית מעסק לגבי 12 החודשים שקדמו לאירוע בגינו הנך תובע.
- צילום המחאה אישית מקורית מבוטלת או אישור על ניהול חשבון מהבנק לצורך ביצוע העברה בנקאית.
- אישור פקיד שומה - מקבלי תשלום פיצויי חודשי לאובדן כושר עבודה, חייבים בדיווח לשלטונות מס הכנסה. הכשרה תמציא לך מכתב לפקיד השומה ותפעל בהתאם לאישור שתקבל מפקיד השומה לגבי שיעור ניכוי מס במקור/ פטור מן הפיצויי החודשי.
- בהעדר טופס 101 ו/או תיאום מס לשנת המס בה משולם לך הפיצויי ינוכה מס מרבי לפי החוק.
- הצהרה על הכנסות בפוליסה לביטוח מנהלים - אם הפוליסה בגינה הנך תובע היא פוליסת מנהלים תידרש להמציא הצהרה האם הפיצויי החודשי מהווה הכנסה יחידה או שיש לך הכנסות נוספות, אישור פטור מביטוח לאומי לניכוי דמי ביטוח לאומי ומס בריאות, לשם ניכוי דמי ביטוח לאומי ובריאות כחוק.

את המסמכים יש להחזיר אל: [tviot-life@hcsra-ins.co.il](mailto:tviot-life@hcsra-ins.co.il)



dt6033

## מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס התביעה ממולא כנדרש, המידע והמסמכים הנדרשים, תיבדק על ידנו זכאותך לתגמולי ביטוח על פי תנאי הביטוח והוראות החוק ובהתאם נודיעך עמדתנו.

במידת הצורך, ייתכן ותידרש/י להמציא לנו מידע ומסמכים נוספים, או להיבדק ע"י מומחה רפואי מטעמנו.

שמורה לך הזכות להיות מיוצג/ת או להיוועץ במומחה מטעמך במהלך בירור התביעה.

לעיתים ובמידת הצורך, לשם בירור חבותנו והצורך בהשלמת מסמכים ומידע רפואי יהיה עלינו לפנות לגורמים הרפואיים על ידם טופלת לקבלת צילום תיקך הרפואי (כגון לקופת חולים, בתי חולים, רופאים מטפלים) באמצעות טופס ויתור על סודיות רפואית עליו התבקשת לחתום. במקרים אלה תשלח אליך על ידנו הודעה בכתב על כך.

**במידה ותאושר תביעתך**, נודיעך על כך במכתב עם פירוט התשלום וישולמו לך תגמולי הביטוח כמתחייב בתנאי הכיסוי הביטוחי מתום תקופת ההמתנה, כנקוב בדף פרטי הביטוח, מדי חודש בהעברה בנקאית לחשבונך עד תום התקופה שאושרה לתשלום.

אישורה של התביעה לתקופות נוספות מעבר לתקופה שאושרה, מצריך בדיקה מחודשת של זכאות. הכללים לבחינה מחודשת של זכאות מפורטים באתר האינטרנט של החברה.

**אם יתברר כי אינך זכאי/ת לתגמולי הביטוח** - תישלח אליך הודעה מתאימה מנומקת בכתב.

## התיישנות

### **לתשומת ליבך**

**בחוזי ביטוח שנכרתו או חודשו עד ליום 24/11/20** - לפי הוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 והפוליסה, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה לתגמולי ביטוח הינה תקופה בת **שלוש שנים** המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח.

למען הסר ספק, בתביעת אי כושר, שהינה תביעה בה מקרה הביטוח הינו מסוג מתחדש, יחול מניין השלוש שנים מדי יום ביומו וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח ביחס לאותו היום.

**בחוזי ביטוח שנכרתו או חודשו החל מיום 25/11/20** - התקופה הינה **חמש שנים**.

יודגש כי ככלל הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את התקופה הקבועה בחוק. רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בברכה,

אגף ביטוח חיים, פיננסים ובריאות

מוקד ביטוח חיים ובריאות \*3453

מוקד בסט אינווסט \*3494

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

**את המסמכים יש להחזיר אל: [tviot-life@hcsra-ins.co.il](mailto:tviot-life@hcsra-ins.co.il)**

## טופס תביעת אי כושר עבודה

שם מגיש התביעה/מבוטח/סוכן/עו"ד: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

**חלק א' - למילוי בידי המבוטח/התובע**

מספרי פוליסות:	(1)	(2)	(3)
----------------	-----	-----	-----

<b>פרטי המבוטח:</b>			
שם המשפחה	השם הפרטי	ת. זהות	א.
רחוב	מס' בית	יישוב	
מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד	מיקוד	
כתובת דוא"ל			
*הכתובת דרושה להעברת דיוורים /מידע ומסמכים (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) ביחס לתביעה ולמוצרי הביטוח שלך בקבוצת הכשרה.			
פרט השכלתך	פרט לימודים/קורסים/תעודות/ הסמכות/ השתלמויות מקצועיות	קופת חולים	שם רופא משפחה
שם	כתובת	מס' טלפון	מקום עבודה אחרון
<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> בעל שליטה			
פרט כל עיסוקיך/מקומות עבודה בעבר והיכן			

<b>פרטים על עבודה לפני אי כושר עבודה:</b>	
1. האם שינית את המקצוע/העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? <input type="checkbox"/> כן / <input type="checkbox"/> לא	
אם כן, נא פרט את המקצוע/העיסוק החדש _____ ומתי התחלת לעבוד בו _____	
2. תאריך הפסקת עבודתך עקב האירוע _____ פרט את שם המעסיק האחרון: _____	
3. מסור תיאור מפורט על עבודתך ערב אי כושר העבודה: _____	
4. במידה והיית מובטל/ת בעת מקרה הביטוח נא ציין/י עיסוקך בטרם תחילת תקופת האבטלה: _____	
<b>5. משכורת/הכנסה</b>	
<b>עצמאי</b>	<b>שכיר</b>
פרט את הכנסתך מיגיעה אישית מעסק ב-12 חודשים האחרונים שקדמו לאי כושר העבודה: _____	פרט את משכורתך החודשית הממוצעת ב-12 החודשים לפני תחילת אי כושר העבודה: _____
■ ש"ח לשנה _____	■ ש"ח לשנה _____
נא צרף אישור רו"ח/יועץ מס/מס הכנסה לגבי הכנסתך מיגיעה אישית מעסק בשנה שקדמה לתחילת אי כושר העבודה.	נא צרף 12 תלושי שכר לשנה שקדמה לתחילת אי כושר העבודה.

<b>פרטים על מקרה אי כושר העבודה:</b>	
1. אי כושר העבודה נגרם על ידי: <input type="checkbox"/> מחלה <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> תאונה אחרת. נא פרט _____	
2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____ תאריך פניה ראשונה לגורם רפואי: _____	
3. נא פרט את מהלך, נסיבות ותוצאות התאונה/מחלה: _____	
4. נא פרט את הבעיות הרפואיות/התפקודיות מהן אתה סובל: _____	
5. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך? נא לפרט שם וכתובת: _____	
6. האם עברת בדיקות רפואיות, כולל בדיקות הדמיה? נא פרט (וצרף תוצאות הבדיקות): _____	
7. האם היית או אתה עדיין מאושפז בבית חולים/בית החלמה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן היכן: _____	

<b>פרטים על עבודה לאחר תחילת אי כושר העבודה:</b>						
<b>ד.</b>	1. האם שבת לעבודה מאז התאונה או מאז תחילת המחלה?: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא					
	אם כן, באיזה תאריך: _____ באיזה היקף: _____ באיזה עיסוק: _____					
	2. מהי הכנסתך החודשית הנוכחית? האם: <input type="checkbox"/> כשכיר <input type="checkbox"/> כעצמאי					
<b>ה.</b>	3. האם עברת הכשרה מקצועית/שיקום מקצועי/תעסוקתי ומתי, נא פרט: _____					
	<b>ביטוחים ותשלומים נוספים:</b>					
	האם אתה מקבל או זכאי לקבל תשלומים חודשיים בזמן אי כושר העבודה מאת:					
	זכויות לפיצוי		כן	לא		
	למשך זמן	סכום חודשי				
			כן	לא		
			כן	לא		
			כן	לא		
<b>ו.</b>	<b>הצהרת המבוטח:</b>					
	אני הח"מ (המבוטח) _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מן החברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.					
<b>ז.</b>	תאריך _____ שם משפחה ופרטי _____ מספר זהות _____ חתימה _____					
	<b>פרטי חשבון הבנק:</b>					
<b>ז.</b>	נא ציין פרטי חשבון הבנק שלך וכן צרף צילום מהמחאה אישית או אישור ניהול חשבון בנק.					
	שם הבנק	מס' הבנק	כתובת סניף הבנק	מספר חשבון		

## חלק ב' - למילוי ע"י הרופא המקצועי המטפל

<b>פרטים על מצבו הרפואי של המבוטח:</b>		<b>1.</b>
א. ממתי נמצא המבוטח בטיפולך: _____		
ב. האבחנות הרפואיות של המחלה או הפגיעה: _____		
_____		
_____		
ג. האם בוצעו בדיקות רפואיות (כולל בדיקות הדמיה)? נא פרט הבדיקות שבוצעו ותוצאותיהן		<b>1.</b>
_____		
_____		<b>1.</b>
_____		
ג. מועד התחלת המחלה/הפגיעה	ה. האם אפשר לייחס את המצב הבריאות הנוכחי לאיזה מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים)	<b>1.</b>
_____	_____	
ו. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח		<b>1.</b>
_____		
_____		
_____		
ז. האם עבר/יעבור שיקום רפואי? (פרט) _____		<b>1.</b>
_____		
_____		
_____		
ח. האם צריך לעבור שיקום מקצועי/תעסוקתי ובמה? (פרט) _____		<b>1.</b>
_____		
_____		
_____		
<b>פרטים על כושר עבודתו של המבוטח:</b>		
א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק את עבודתו?	ב. באיזה תאריך חזר, או יהיה מסוגל לחזור המבוטח לעבודה?	<b>2.</b>
_____	_____	
ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור, ומתי?		<b>2.</b>
_____		
ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאבדן כושר עבודה, אם ישנם.		<b>2.</b>
_____		
<b>הערות</b>		
<b>3.</b>		

## 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 מכוני מור ו/או המכון הרפואי לבריאות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לעובדיהם, ו/או מכוני רפואיים ו/או מעבדות רפואיות ו/או רופאיהם 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 משטרת 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 בי"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 הבריאותי 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 עזובי, 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 רופאיהם 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, מכוני ומעבדות:			
1.		2.	
3.		4.	
5.			
חתימת המבוטח:			
תאריך:	שם מלא:	חתימת המבוטח:	
(במקרה של קטין/חסוי יציגו 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 ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה בהכשרה חברה לביטוח בע"מ

(בהתאם לחוזר גופים מוסדיים 2020-1-22)

הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה" או "חברת הביטוח") או כל הפועל מטעמה, יבררו ויישובו תביעת אובדן כושר עבודה, לרבות עריכת חוות דעת וחקירה, בתום לב, בענייניות, ביסודיות, במקצועיות, בשקיפות, בהוגנות ובאופן שיביא ליישוב הגון ומהיר של התביעה ויצמצם, ככל הניתן, את הטרחה של המבוטח, והכל לפי מערכת כללים ליישוב תביעות אובדן כושר עבודה (להלן: "מערכת הכללים") המפורטת להלן.

מערכת הכללים לא תחול על תביעה המתנהלת בבית משפט.

תחילתה של מערכת כללים זו ביום 1/9/21 ותחולתה על תביעות אובדן כושר עבודה שהתקבלו לראשונה לאחר מועד זה.

### הגדרות:

1. "תביעה" - דרישה מהחברה למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח אובדן כושר עבודה.
2. "יכולת תעסוקתית" - יכולתו של המבוטח לעסוק בעיסוקו או בעיסוק סביר אחר המתאים להשכלתו, להכשרתו ולניסיונו, או יכולתו של מבוטח לעסוק בעיסוק כמוגדר בהגדרת מקרה הביטוח בפוליסה שברשות המבוטח, אם נקבעה בפוליסה הגדרה אחרת מהאמור.
3. יום עסקים: כל יום למעט יום שבת, יום שישי, ימי שבתון, ערב ראש השנה, שני ימי ראש השנה, ערב יום הכיפורים, יום הכיפורים, ערב חג ראשון של סוכות, חג ראשון של סוכות, ערב שמיני עצרת, שמיני עצרת, פורים, ערב ראשון של פסח, ראשון של פסח, ערב שביעי של פסח, שביעי של פסח, יום העצמאות, ערב חג השבועות, חג השבועות, ותשעה באב.
4. "נציג שירות" - נציג בעל התמחות למתן שירות בתביעות אובדן כושר עבודה.
5. "רופא החברה" - רופא מומחה הנותן שירותי ייעוץ והינו עובד חברת הביטוח או פועל מטעמה במסגרת הסכם התקשרות בינו לבין החברה שאינו לפי הוראות חוזר זה, ולמעט תאגיד המעניק שירותי ייעוץ רפואי באמצעות רופאים מומחים.
6. "רופא מומחה" - בעל רישיון לעסוק ברפואה, לפי פקודת הרופאים (נוסח חדש) התשל"ז-1976, אשר הינו בעל תואר מומחה לפי תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973.
7. "שירותי ייעוץ רפואי" - עריכת חוות דעת רפואיות בתחום המומחיות של הרופא הנדרש לצורך יישוב תביעות אובדן כושר עבודה.

### קבלת תביעה לתגמולי ביטוח

8. פנה המבוטח בקשר להגשת תביעה לחברה או לסוכן ביטוח מטעמה, החברה תמסור לו בתוך שני ימי עסקים מהמועד שבו התקבלה הפניה, את המסמכים המפורטים בנספח א' למערכת הכללים.
9. החברה תפרט בפני המבוטח את פוליסת אובדן כושר עבודה שבהן הוא מבוטח אצלה ושכאפשרותו להגיש תביעה במסגרתן, ותפנה אותו לאתר האינטרנט המרכזי לאיתור מוצרי הביטוח ('הר הביטוח'), לרבות שליחת קישור באמצעות מסרון.
10. לשם בירור תביעת המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח בגין אובדן כושר עבודה רשאית החברה לדרוש את המסמכים המפורטים בנספח ב' למערכת הכללים.
11. אי קבלת המסמכים המנויים בנספח ב' 1-3, היינו - טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח; אישורים רפואיים המעידים על מצבו הרפואי הנמצאים ברשותו של המבוטח; טופס ויתור על סודיות רפואית - עלולה להוביל לעיכוב או להפסקת בירור התביעה.
12. קיבלה החברה מסמך בקשר לתביעה מהמבוטח, תמסור למבוטח בשיחה טלפונית על ידי נציג שירות בתוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמך את פרטי ההתקשרות עם החברה (מספר טלפון וכתובת דוא"ל). במסגרת השיחה יודיע נציג השירות למבוטח אם המסמכים הנדרשים התקבלו במלואם ובאופן תקין ואת מועד קבלתם (להלן - "הודעת קבלת המסמכים"), וככל שלא התקבלו במלואם או שאינם תקינים יפרט נציג השירות את המסמכים החסרים בתביעת המבוטח (להלן - "הודעת השלמת מסמכים"). הודעות כאמור ישלחו גם באמצעי דיגיטלי ובדואר. על אף האמור, התקבלו המסמכים במלואם, רשאית החברה לעדכן את המבוטח באמצעי דיגיטלי ובדואר בלבד.

## בירור התביעה לתגמולי ביטוח

13. לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים, תפנה החברה לגורמים הרלוונטיים, לקבלת כל המידע הנדרש לה לצורך קביעת יכולתו התעסוקתית של המבוטח והכרעה בתביעה, לרבות הזמנת חקירה ואיסוף חומר רפואי.
14. חוות הדעת הרפואית של רופא החברה באשר ליכולתו התעסוקתית של המבוטח תיערך באופן מקצועי, תהיה מפורטת ומנומקת, תכלול התייחסות לפרמטרים הנדרשים לפי כל דין (לרבות חוזרי המפקח) ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של הרופא, וכן תכלול את רשימת כל המסמכים אשר רופא החברה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.
15. חוות הדעת לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.
16. חוות דעת הרפואית שביצע רופא החברה תהיה חוות הדעת הרפואית הקובעת לצורך יישוב תביעת ביטוח אובדן כושר עבודה שהגיש המבוטח.
17. לא יאוחר מ- 20 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים, תודיע החברה למבוטח בכתב האם אושרה תביעתו או נדחתה (להלן - "הכרעה בתביעה") או האם נדרשת התייצבותו בפני רופאי החברה לבדיקה רפואית לצורך המשך בירור התביעה.
18. במסגרת ההכרעה תצרף החברה להודעה את חוות הדעת, ככל שישנה, ואת המסמכים הנלווים לה.
19. איסוף חומר רפואי מתיקו של המבוטח וביצוע חקירה - במסגרת בירור החבות, החברה רשאית לאסוף חומר רפואי מתיקו של המבוטח וכן לעשות שימוש בחקירה, ובלבד שתפעל בעניינים אלו בהתאם לכללים שנקבעו על-ידה מראש ובהתאם לתנאים ולמגבלות הקבועים בדין, לרבות בחוזרי המפקח.

## התייצבות לבדיקה רפואית בפני רופא החברה

20. לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים מהמועד שבו הודיעה החברה כי נדרשת התייצבות המבוטח לבדיקה רפואית בפני רופא החברה, יתואם עימו מועד להתייצבות בפני רופא החברה ויפורטו דרישות רופא החברה לקראת התייצבות המבוטח בפניו, ככל שיהיו, לרבות המצאת בדיקות, מבדקים ומבחנים. כמו כן, החברה תסביר למבוטח על זכותו למלווה מטעמו בהתאם להוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו- 1996.
21. מועד התייצבות המבוטח בפני רופא החברה ייקבע לכל היותר בתוך 10 ימי עסקים ממועד ההודעה דלעיל או ממועד קבלת כלל המסמכים שדרש רופא החברה, אלא אם ביקש המבוטח לדחות את מועד ההתייצבות, ואז תפעל החברה בתום לב לקביעת מועד חלופי אחר בהקדם.
22. רופא החברה יסביר לתובע את תפקידו בקשר לבירור התביעה.
23. רופא החברה יתעד במסגרת חוות הדעת הרפואית גם את מהלך הבדיקה הרפואית שערך למבוטח.
24. סבר רופא החברה כי דרוש מידע נוסף מהמבוטח לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולתו התעסוקתית של המבוטח, רשאי יהיה לפנות למבוטח בבקשה לקבלת מידע נוסף.
25. לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים ממועד התייצבות המבוטח לבדיקה בפני רופא החברה או בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה, לפי העניין, תודיע החברה למבוטח על הכרעתה בתביעה.

## הודעת תשלום

26. החליטה החברה על אישור התביעה ותשלום תגמולי ביטוח, תמסור למבוטח במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - **הודעת תשלום**) שתכלול את המידע המפורט ב**נספח ג'** למערכת הכללים.
27. החברה תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח עד ליום ה- 9 של כל חודש, בשל החודש הקודם; על אף האמור, החברה תעביר למבוטח את התשלום הראשון לאחר אישור התביעה בתוך חמישה עשר יום ממועד הודעה למבוטח על אישור התביעה או ממועד תום תקופת ההמתנה, המאוחר מבניהם.
28. תגמולי הביטוח ישולמו למבוטח באמצעות העברה בנקאית; על אף האמור, תאפשר החברה למבוטח לבחור אמצעי תשלום אחר, מבין האמצעים הקיימים בחברה לתשלום תביעות אובדן כושר עבודה, באמצעותו ישולמו תגמולי הביטוח.



## הודעת תשלום חלקי

29. החליטה החברה על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תמסור למבוטח במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - **הודעת תשלום חלקי**) הכוללת את המידע המפורט בנספח ד' למערכת הכללים.

30. לעניין מועד התשלום ולעניין דרך התשלום - יחול האמור לעיל לגבי הודעת תשלום.

## הודעת פשרה

31. החברה לא תציע למבוטח הצעת פשרה בלתי סבירה למועד ההצעה.

32. הסכימו הצדדים על כוונה להגיע להסדר פשרה - תמסור החברה למבוטח הצעת פשרה בכתב הכוללת את המידע המפורט בנספח ה' למערכת הכללים (להלן - **הודעת פשרה**), לא יאוחר מ- 20 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים או ממועד הגשת הערעור, כמפורט להלן, לפי העניין, ויתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.

33. כל עוד לא אישר המבוטח את הודעת הפשרה בכתב, היא לא תחייב את הצדדים.

34. אישר המבוטח את הודעת הפשרה, תפעל החברה לתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לאמור בסעיף 27 לעיל, בשינויים המחויבים.

## הודעת דחייה

35. החליטה החברה לדחות את תביעת המבוטח, תמסור למבוטח הודעה בכתב (להלן - **הודעת דחייה**) ותנמק את החלטתה. הודעת הדחיה תכלול את הפרטים והמידע המצוינים בנספח ו' למערכת הכללים, ובכלל זה המידע הנדרש במקרים שבהם הדחיה נסמכת על אי-גילוי ו/או על יכולת המבוטח לעסוק בעיסוק סביר אחר.

36. דחתה החברה את התביעה, תציין בהודעתה האם הדחיה נעשתה מטעמים רפואיים או מטעמים שאינם רפואיים.

37. החברה לא תדחה את המבוטח בשל עיסוק סביר נדיר או שאינו קיים, כך שלא קיים סיכוי סביר למבוטח למצוא עבודה במסגרתו.

38. החברה לא תציע למבוטח עיסוק סביר אחר של ניהול, הדרכה או פיקוח באותו תחום בו עסק המבוטח לפני קרות מקרה הביטוח, אלא אם קיימת אינדיקציה כי המבוטח עסק בניהול, הדרכה או פיקוח באופן משמעותי גם לפני קרות מקרה הביטוח.

## ערעור לוועדה רפואית

39. דחתה החברה את התביעה בהתבסס על חוות הדעת הרפואית ולא מטעמים שאינם רפואיים, וחלק המבוטח על חוות הדעת, יחא רשאי להגיש ערעור על כך לוועדה הרפואית, בתוך 90 ימי עסקים ממועד הכרעת החברה בתביעה, באמצעות טופס ערעור ייעודי הנמצא באתר החברה.

"ועדה רפואית" - ועדה בת שני רופאים שנבחרו על ידי חברת הביטוח באופן אקראי מתוך רשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי, ושאינה כוללת את הרופא המומחה שנתן את חוות הדעת נשוא הערעור; ביקש המבוטח למנות רופא מטעמו, ועדה שתמנה שלושה רופאים שאחד מהם ימונה מטעם המבוטח;

40. החברה תעביר לוועדה הרפואית את חוות הדעת הרפואית ואת כלל המידע הרפואי שיש בידה, בהקדם האפשרי מהמועד שבו הגיש המבוטח ערעור, למעט תוצאות חקירה ומידע אודות המבוטח שיש בהן כדי לחוות דעה של החברה, או מי מטעמה, בנוגע ליכולתו התעסוקתית של המבוטח.

41. החברה תודיע למבוטח בתוך 3 ימי עסקים ממועד הגשת הערעור על מועד התכנסות הוועדה הרפואית ועל זכאותו להתייצב בפניה ולמנות רופא מטעמו, שהחברה תישא בעלויות העסקתו, ותפרט את דרישות הוועדה הרפואית לקראת התכנסות הוועדה, ככל שיהיו, לרבות בדיקות, מבדקים ומבחנים.

42. מועד התכנסות הוועדה הרפואית ייקבע לכל היותר בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הערעור או ממועד קבלת כלל המסמכים שדרשה הוועדה, אלא אם ביקש המבוטח לדחות את מועד ההתכנסות, ואז ייקבע על ידי נציג השירות בתום לב מועד חלופי אחר בהקדם.

43. הוועדה הרפואית תתעד את עיקרי הדיון שנערך בוועדה, לרבות עובדות שנלקחו בחשבון במסגרת קבלת ההחלטה, ופירוט העמדות השונות שהוצגו בוועדה. לתייעוד תצורף רשימת המסמכים שהוצגו לוועדה.

44. סברה הוועדה הרפואית כי דרושה בדיקה רפואית או מידע נוסף מהמבוטח לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולתו התעסוקתית של המבוטח, רשאית הוועדה הרפואית לערוך בדיקה למבוטח, ובלבד שמהלך הבדיקה יצוין ויתועד במסגרת החלטתה, או לפנות למבוטח בבקשה לקבלת מידע נוסף.

45. החברה תודיע למבוטח בתוך 5 ימי עסקים ממועד התכנסות הוועדה הרפואית על החלטת הוועדה הרפואית והכרעת החברה בתביעה או בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית, לפי העניין, בצירוף ההחלטה והתיעוד. החלטת הוועדה הרפואית תהיה מפורטת ומנומקת.

46. החברה תישא בעלויות העסקת הרופא מטעם המבוטח בסכום שיקבע על ידה ושלא יפחת מתקרת העלות המשולמת לרופא בוועדה הרפואית או עלות העסקת הרופא מטעם המבוטח, הנמוך מבניהם, כמפורט בסעיף 13 (ג) לחוזר גופים מוסדיים 2020-1-22.

### ערעור לוועדה רפואית לערעורים

47. חלק המבוטח על קביעת הוועדה הרפואית, יהא רשאי להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית, באמצעות טופס ערעור ייעודי הנמצא באתר החברה.

“ועדה רפואית לערעורים” – ועדה רפואית לענייני חברות ביטוח שמרוכזת על ידי חברה פרטית או בית חולים בארץ המספק שירותים של ניהול ועדות רפואיות עליונות;

48. חלקה החברה על קביעת הוועדה הרפואית, תהא רשאית להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, בתוך 5 ימי עסקים ממועד החלטת הוועדה הרפואית.

49. החברה תעביר לוועדה הרפואית לערעורים את כלל המידע הרפואי שיש בידה, בהקדם האפשרי מהמועד שבו הגיש המבוטח ערעור, למעט תוצאות חקירה ומידע אודות המבוטח שיש בהן כדי לחוות דעה של החברה, או מי מטעמה, בנוגע ליכולתו התעסוקתית של המבוטח.

50. החברה תודיע למבוטח בתוך 3 ימי עסקים ממועד הגשת הערעור על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים ועל זכאותו להתייצב בפניה, ותפרט את דרישות הוועדה הרפואית לערעורים לקראת התכנסות הוועדה, ככל שיהיו, לרבות בדיקות, מבדקים ומבחנים.

51. מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים ייקבע לכל היותר בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הערעור או ממועד קבלת כלל המסמכים שדרשה הוועדה, אלא אם ביקש המבוטח לדחות את מועד ההתכנסות, ואז ייקבע על ידי נציג השירות בתום לב מועד חלופי אחר בהקדם.

52. הוועדה הרפואית לערעורים תתעד את עיקרי הדיון שנערך בוועדה, לרבות עובדות שנלקחו בחשבון במסגרת קבלת ההחלטה, ופירוט העמדות השונות שהוצגו בוועדה. לתיעוד תצורף רשימת המסמכים שהוצגו לוועדה.

53. סברה הוועדה הרפואית לערעורים כי דרושה בדיקה רפואית או מידע נוסף מהמבוטח לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולתו התעסוקתית של המבוטח, רשאית הוועדה הרפואית לערעורים לערוך בדיקה למבוטח, ובלבד שמהלך הבדיקה יצוין ויתועד במסגרת החלטתה, או לפנות למבוטח בבקשה לקבלת מידע נוסף.

החברה תודיע למבוטח בתוך 5 ימי עסקים ממועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים על החלטת הוועדה הרפואית לערעורים והכרעת החברה בתביעה או בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית לערעורים, לפי העניין, בצירוף ההחלטה והתיעוד. החלטת הוועדה הרפואית לערעורים תהיה מפורטת ומנומקת.

### שמירת דינים

54. למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את תמצית הכללים שלפיהם תנהג החברה במסגרת בירור ויישוב התביעה, וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בדיון, לרבות בחוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 “בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור”, ובחוזר ביטוח חיים 2020-1-22 “יישוב תביעות אובדן כושר עבודה”.

55. בכל מקרה של סתירה בין מערכת הכללים לבין הוראות הדיון, לרבות הוראות חוזרי המפקח, יגברו הוראות הדיון.

## נספחים

### נספח א' - המסמכים שיימסרו למבוטח שפנה בקשר להגשת תביעה

1. מערכת הכללים של החברה;
2. מסמך בו יפורט הליך הטיפול בתביעה לקבלת תגמולי ביטוח, לרבות התייחסות ללוחות הזמנים לטיפול בתביעה;
3. מסמך הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהמבוטח, לרבות פירוט המידע ורשימת המסמכים הנדרשים לטובת הטיפול בתביעה;
4. טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח לרבות הנחיות לעניין אופן מילוי הטופס;
5. הודעה בהבלטה מיוחדת שבה תצוין תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברת הביטוח, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

### נספח ב' - המסמכים הנדרשים מהמבוטח לצורך בירור התביעה

1. טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח;
2. אישורים רפואיים המעידים על מצבו הרפואי הנמצאים ברשותו של המבוטח;
3. טופס ויתור על סודיות רפואית;
4. ככל שהמבוטח פנה בתביעה למוסד לביטוח לאומי בקשר לתאונת עבודה, נכות כללית, חופשת לידה ושמירת הריון - העתק החלטת המוסד לביטוח לאומי, ככל שיש החלטה;
5. למבוטח שכיר - 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח, וככל שהמבוטח חזר לעבוד באופן מלא או חלקי, תלושי שכר מיום חזרתו למעגל העבודה;
6. למבוטח עצמאי - אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח, וכן אישור רואה חשבון על הכנסות המבוטח אחר מקרה הביטוח, ככל שקיימות הכנסות כאמור;
7. למבוטח שמקבל קצבה מגורמים אחרים - אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה;
8. טופס 101;
9. העתק המחאה או אישור ניהול חשבון.

### נספח ג' - המידע הנכלל בהודעת תשלום

1. שם המבוטח;
2. שם הפוליסה ומספרה;
3. סכום התשלום הראשון, לרבות פירוט אופן חישוב הסכום לתשלום וכן פירוט אופן חישוב סכום המס שנוכה במקור והוראות הדין שלפיה חושב ונוכה;
4. מנגנון עדכון התשלומים;
5. המועד הראשון שבשלו זכאי המבוטח לתשלום והמועד הראשון שבו התשלום יבוצע;
6. משך התקופה המרבית שבשלה זכאי המבוטח לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה;
7. משך התקופה עד לתום תקופת הזכאות ותביעת המשך;
8. הכללים להגשת תביעת המשך ומנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים;
9. הכללים לבדיקת זכאות מחודשת במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;
10. פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים למבוטח שלא מהחברה בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה החברה רשאית לקזז אותם מהתשלום;
11. פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברה מאת המבוטח;
12. פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה;

13. הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה;
14. הסכום שהתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;
15. סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור;
16. המועד שבו היו בידי החברה כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.
17. פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות המבוטח הבאות:
  - 17.1 להגיש ערעור על החלטת רופא החברה והוועדה הרפואית וכן אופן הגשת הערעור והמועדים הרלוונטיים, בהתאם להוראות חוזר זה;
  - 17.2 להגיש השגה על החלטת החברה בתביעה בפני הממונה על פניות ציבור של הגוף המוסדי, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו;
  - 17.3 להגיש השגה בכל שלב על החלטת החברה בתביעה בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.
18. פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, ובה מצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברת הביטוח, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

#### **נספח ד' – המידע הנכלל בהודעת תשלום חלקי**

1. מרכיביו של התשלום שבו הכירה החברה - בהתאם לרכיבים המפורטים בנספח ג' לעיל (הודעת תשלום).
2. הנימוקים העומדים בבסיס החלטתה של החברה לדחות חלק מהתביעה - בהתאם לרכיבים המפורטים בנספח ו' להלן (הודעת דחיה).
3. הסדרי התשלום לצורך שמירה על הכיסוי הביטוחי.
4. פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות המבוטח הבאות:
  - 4.1 להגיש ערעור על החלטת רופא החברה והוועדה הרפואית וכן אופן הגשת הערעור והמועדים הרלוונטיים, בהתאם להוראות חוזר זה;
  - 4.2 להגיש השגה על החלטת החברה בתביעה בפני הממונה על פניות ציבור של הגוף המוסדי, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו;
  - 4.3 להגיש השגה בכל שלב על החלטת החברה בתביעה בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.
5. פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, ובה מצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברת הביטוח, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

#### **נספח ה' – המידע הנכלל בהודעת פשרה**

1. שם המבוטח
2. שם הפוליסה ומספרה,
3. מקרה הביטוח,
4. הנימוקים שביסוד הפשרה,
5. מרכיבי התשלום שאינם שנויים במחלוקת, ככל שישנם,
6. הסכום שנקבע בפשרה,
7. הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כאמור.

## נספח ו' - המידע והמסמכים הנכללים בהודעת דחיה

1. שם המבוטח;
2. שם הפוליסה ומספרה.
3. פירוט העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחות את התביעה ואת תנאי הפוליסה, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחת התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.
4. התייחסות לחוות דעת רופא מומחה שהוגשה מטעם המבוטח, ככל שהוגשה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.
5. ככל שההחלטה לדחות את התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, לרבות חוות דעת רופא מומחה, רשימת המסמכים עליהן מתבססת החברה לצורך החלטתה.
6. הסדרי התשלום לצורך שמירה על הכיסוי הביטוחי.
7. בדחיית תביעה בטענה לאי גילוי
  - 7.1 המסמכים הרפואיים (יצורפו להודעה) המעידים על הבעיות הרפואיות שמהם סבל המבוטח בטרם הצטרפותו לביטוח אותם לטענת החברה הוא לא גילה.
  - 7.2 פירוט עילת הדחיה (החברה לא תסתפק בציטוט סעיפי החוק הרלוונטיים).
  - 7.3 השאלות המפורשות עליהן ענה המבוטח בכתב וסימון השאלות עליהן הוא השיב לכאורה תשובה שאינה מלאה וכנה.
  - 7.4 הפרת חובת הגילוי בכוונת מרמה - פירוט ונימוק קיומם של התנאים האמורים בסעיף 6(ג) לחוק חוזה ביטוח.
8. דחיית תביעה בשל יכולת המבוטח לעסוק בעיסוק סביר אחר - פירוט העיסוקים הסבירים האחרים שבהם יכול המבוטח לעסוק ופירוט הזיקה הקיימת בין העיסוק הסביר המוצע לבין עיסוקו של המבוטח לפני קרות מקרה הביטוח, לרבות כיצד העיסוק הסביר המוצע הולם את השכלתו, הכשרתו וניסיונו של המבוטח טרם מקרה הביטוח.
9. פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות המבוטח הבאות:
  - 9.1 להגיש ערעור על החלטת רופא החברה והוועדה הרפואית וכן אופן הגשת הערעור והמועדים הרלוונטיים, בהתאם להוראות חוזר זה;
  - 9.2 להגיש השגה על החלטת החברה בתביעה בפני הממונה על פניות ציבור של הגוף המוסדי, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו;
  - 9.3 להגיש השגה בכל שלב על החלטת החברה בתביעה בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון.
10. פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, ובה מצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברת הביטוח, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

**נספח ז' - לוחות זמנים לטיפול בתביעת אובדן כושר עבודה**

נושא	סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקובעים בחוזה
<b>תביעה לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה</b>	7 (א)	מסירת המסמכים הנדרשים בקשר להגשת התביעה	עד 2 ימי עסקים מהמועד שבו התקבלה הפנייה
	7 (ו)	עדכון המבוטח בשיחה טלפונית על קבלת המסמכים ובקשת מידע נוסף לפי הצורך	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	8 (א)	פנייה לכל הגורמים הרלוונטיים לקביעת יכולתו התפקודית והתעסוקתית של המבוטח (לרבות חקירה ואיסוף תיק רפואי)	עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	8 (ח)	הודעה בדבר תוצאות מהלך בירור התביעה	עד 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	9 (א)	פנייה טלפונית למבוטח לצורך קביעת מועד להתייעצות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 3 ימי עסקים ממועד ההודעה של החברה על הצורך בהתייעצות לבדיקה רפואית
	9 (ב)	מועד התייעצות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 10 ימי עסקים ממועד הפניה הטלפונית למבוטח
<b>ועדה רפואית</b>	9 (ה)	מסירת ההכרעה בתביעה לאחר בדיקה רפואית	עד 3 ימי עסקים ממועד התייעצות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה
	10 (א)	הגשת ערעור	עד 90 ימים ממועד הכרעת החברה בתביעה
	10 (ג)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	10 (ד)	התכנסות הוועדה הרפואית	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	10 (ז)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית	עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית
<b>ועדה רפואית לערעורים</b>	11 (א)	הגשת ערעור ע"י המבוטח	עד 90 ימים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית
	11 (ב)	הגשת ערעור ע"י החברה	עד 5 ימים ממועד החלטת הוועדה הרפואית
	11 (ד)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	11 (ה)	התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	11 (ח)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית לערעורים	עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית לערעורים

## כללים לבדיקה מחודשת של זכאות

### 1. תביעה שאושרה לתקופה של עד 3 חודשים (כולל)

- 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 רפואיים מקצועיים רלוונטיים מטעם הכשרה.
- 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 להכשרה לקראת תום התקופה לגביה אושרה תביעתך מידע רפואי עדכני ומפורט אודות מצבך באותה עת.
- ה. הכשרה תברר את חבותה בהתאם למידע הרפואי שיועבר לה ובמידת הצורך בדרך של בדיקתך ע"י גורם רפואי מקצועי מטעם החברה.

### 6. תביעה 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 רפואיים מקצועיים רלוונטיים מטעם הכשרה.
- ד. לקראת תום תקופת הזכאות תפנה אליך הכשרה לצורך עריכתה של בדיקת זכאות מחודשת. במסגרת פנייה זו ייתכן שתידרש להעביר להכשרה מסמכים רפואיים עדכניים או לתאם בדיקה להערכת מצבך התפקודי וברפואי 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 הכשרה במועד, עלולים להביא להפסקת תשלום תגמולי הביטוח או לעיכוב בתשלוםם.
- ו. הכשרה שומרת לעצמה הזכות לקיים בדיקה מחודשת של זכאות במידת הצורך, גם במקרים בהם אושרה זכאותו של מבוטח לתקופה קצובה מראש ובמהלך התקופה התקבל בהכשרה מידע השונה מזה שמסר המבוטח ו/או היה ידוע בהכשרה ועולה ממנו כי יתכן והמבוטח חדל מלהיות זכאי לתגמולי ביטוח.