

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 שניתן.

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:

1. טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח מלא וחתום ;
2. טופס ויתור על סודיות רפואית חתום ע"י עד מהימן (עו"ד/רופא/סוכן ביטוח כולל חתימה וחותמת ומספר רישיון);
3. אישורים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי ונמצאים ברשותך (אישורי מחלה, אישור רופא תעסוקתי, תוצאות בדיקות רפואיות כולל בדיקות הדמיה אם היו, סיכומי אשפוז, תעודת חדר מיון וכיוצ"ב);
4. ככל שפנית בתביעה למוסד לביטוח לאומי בקשר לתאונת עבודה, נכות כללית, חופשת לידה ושמירת הריון – נא לצרף את העתק החלטת המוסד לביטוח לאומי והפרוטוקול, ככל שיש החלטה;
5. למבוטח שכיר - 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח, וככל שחזרת לעבוד באופן מלא או חלקי, תלושי שכר מיום חזרתך 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 מבוטלת או אישור ניהול חשבון וצילום ת"ז.

מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס התביעה ממולא כנדרש, המידע והמסמכים הנדרשים, תיבדק על ידנו זכאותך לתגמולי ביטוח על פי תנאי הביטוח והוראות הדיון, לרבות חוזרי המפקח על הביטוח, 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 קופת חולים, בתי חולים וכיוצ"ב) באמצעות טופס ויתור על סודיות רפואית עליו התבקשת לחתום. במקרים אלה תישלח 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.



dt6033

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 1 מתוך 17

יובהר כי מקבלי תשלום פיצוי חודשי לאובדן כושר עבודה, חייבים בדיווח לשלטונות מס הכנסה ולכן עם אישור תביעתך נשלח אליך מכתב לפקיד שומה לצורך קבלת הנחיות לגבי שיעור המס שינוכה מן הפיצוי החודשי. **יודגש כי בהעדר טופס 101 ו/או מכתב פקיד שומה לשנת המס בה משולם הפיצוי, ינוכה מס מרבי לפי החוק.**

אם הפוליסה בגינה הנך תובע היא פוליסת מנהלים, תידרש להמציא הצהרה האם הפיצוי החודשי מהווה הכנסה יחידה או יש לך הכנסות נוספות וכן אישור פטור מביטוח לאומי לניכוי דמי ביטוח לאומי ומס בריאות, לשם ניכוי דמי ביטוח לאומי ומס בריאות כחוק.

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.

בתביעות שהוגשו לראשונה החל מ-1/9/21:

נדחתה תביעתך מטעמים רפואיים והנך חולק על חוות הדעת, באפשרותך להגיש ערעור לוועדה רפואית בתוך 90 ימי עסקים ממועד הכרעת החברה בתביעה, באמצעות **טופס ערעור** הנמצא באתר החברה. זכותך להתייצב בפני הוועדה ולמנות רופא מטעמך שישתתף בה. הוועדה זכאית לדרוש בדיקה נוספת או השלמת מסמכים/מידע, הכל כמפורט במערכת הכללים ליישוב ובירור תביעות אי כושר שנשלחה אליך והנמצאת גם באתר החברה.

במידה והנך חולק אף על החלטת הוועדה הרפואית באפשרותך להגיש ערעור לוועדה רפואית לערעורים בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית. באפשרותך להגיש ערעור על החלטת החברה מטעמים רפואיים, באמצעות טופס ערעור הנמצא באתר החברה. זכותך להתייצב בפני הוועדה. הוועדה זכאית לדרוש בדיקה נוספת או השלמת מסמכים/מידע.

התיישנות

בחוזי ביטוח שנכרתו או חודשו עד ליום 24/11/20 - בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה **שלוש שנים** ממועד קרות מקרה הביטוח.

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

בתביעות אי כושר מקרה הביטוח הינו מתחדש ולכן תקופת ההתיישנות, מתחילה להימנות מדי יום ביומו וכל עוד מתקיים מקרה הביטוח ביחס לאותו יום.

יודגש כי הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (אלא אם ניתנה ארכה להתיישנות בכתב ע"י החברה).

אנו עומדים לרשותך בכל שאלה או בירור.

את המסמכים וטופס התביעה יש לשלוח באחת מהדרכים הבאות:

דוא"ל | tviot-briut@hcsra-ins.co.il | בפקס: 03-5167870

דואר ישראל: הכשרה חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות חיים, המלאכה 6, ת.ד. 1877, חולון 5811801

בברכה,

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 2 מתוך 17

כרטיס עובד (1)



סמך/י √ בריבוע המתאים

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק (1)

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

שנת המס

טופס זה ימלא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (א"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת (1) העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.
{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם הכשרה חברה לביטוח בע"מ	כתובת המלאכה 6 חולון	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים 9 3 5 3 6 5 6 9 2
------------------------------	-------------------------	------------	---------------------------------------

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום זהות כולל ספח. אם צורך בעבר, יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים. למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)	כתובת פרטית			
מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	מספר	מיקוד
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרוש/ה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	חבר קיבוץ/מושב שיתופי <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. הכנסותיי ממעסיק זה מועברות לקיבוץ (8).	חבר בקופת חולים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, שם הקופה
כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד		

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות) ד. פרטים על הכנסותיי ממעסיק זה

סמך/י √ ליד שם הילד:	בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך	בטור 2 אם את/ה מקבלת/ת בגינו קצבת ילדים מ"ל
1	שם	מספר זהות
2	שם	תאריך לידה

ה. פרטים על הכנסות אחרות

<input type="checkbox"/> אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)	<input type="checkbox"/> משכורת חודש (2)
<input type="checkbox"/> משכורת בעד משרה נוספת (3)	<input type="checkbox"/> משכורת חלקית (4)
<input type="checkbox"/> שכר עבודה (עובד יומי) (5)	<input type="checkbox"/> קצבה (6)
<input type="checkbox"/> מלגה (1)	

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמך/י:

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת (7)

אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו (8)

אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (9)

אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת (10)

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
מספר דרכון (למי שאין מספר זהות)	<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/קצבה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה אחרת			

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי השינוי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמך/י ✓ בריבוע המתאים)

1 אני תושב/ת ישראל.

2א אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בחלק ה"כ" אין לי הכנסות אחרות ממשכורת, מקצבה וממלגה" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.

2ב בנוסף, אני מקבל תגמול חודשי לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) או לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה⁽¹⁴⁾. יש לצרף אישור על קבלת תגמול זה.

3 אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה⁽¹³⁾ מתאריך _____. אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים בישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312 א.

4 אני עולה חדש/ה מתאריך _____. **חובה לצרף:** תעודת עולה. לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____. מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.

5 בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת **עפ"י סעיף 9(5) לפקודה**.

6 אני הורה במשפחה חד הורית⁽¹¹⁾ החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.

7 בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד⁽¹²⁾.

מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 4 שנים עד 5 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ .

8 בגין ילדיי המפורטים בחלק ג. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד⁽¹²⁾.

מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 4 שנים עד 5 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ .
 מספר ילדים שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____ .

9 אני הורה יחיד⁽¹²⁾ לילדיי שבחזקתי (המפורטים בחלק ג ובהתאם לסעיף 7 ו-8 לעיל).

10 בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.

11 אני הורה ל_____ ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.

12 בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.

13 מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.

14 אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.

15 בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמך/י ✓ בריבוע המתאים)

1 לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעסיק זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.

2 יש לי הכנסות נוספות ממשכורת⁽¹⁾ כמפורט להלן:

המס שנוכה	הכנסה חודשית	סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	ה מ ע ע ס י ק / מ ש ל מ ש כ ו ר ת ⁽¹⁾		
			מספר תיק ניכויים	כ ת ו ב ת	ש ם
	(לפי התלושים)		9		
			9		
			9		

3 פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעסיק על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ תאריך
 _____ חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

- (1) "עובד" יחיד המקבל משכורת. "מעסיק" אדם המשלם משכורת. "משכורת" הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב. "עבודה" לרבות קבלת משכורת. "מלגה" לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
- (2) משכורת חודש
- (3) משכורת בעד משרה נוספת
- (4) משכורת חלקית
- (5) שכר עבודה
- (6) קצבה
- (7) אם העובד לא מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (8) אם העובד מילא משבצת זו - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
- (9) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
- (10) אם העובד לא מילא משבצת זו - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
- (11) הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה: רוק, גרוש, אלמן, פרד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
- (12) הורה יחיד
- (13) ישוב מזה
- (14) עובד ימלא משבצת זו (ב') - רק בתנאי שמילא את המשבצת בסעיף 2א' ורק כך יהיה זכאי לתקרת הפטור הגבוהה.

טופס תביעת אי כושר עבודה

שם מגיש התביעה/מבוטח/סוכן/עו"ד: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ פקס: _____

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

פרטי המבוטח:			
שם המשפחה	השם הפרטי		תעודת זהות
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד
מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד		
כתובת דוא"ל			
*הכתובת דרושה להעברת דיוורים/מידע ומסמכים (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) ביחד לתביעה ולמוצרי הביטוח שלך בקבוצת הכשרה. מילוי שדה זה מהווה הסכמתך לקבלת דיוורים במייל.			
תאריך הפסקת עבודתך:		תאריך חזרתך לעבודה:	
פרט השכלתך	פרט לימודים/קורסים/תעודות/הסמכות/השתלמויות מקצועיות	קופת חולים	שם רופא משפחה
שם	כתובת	מס' טלפון	
מקום עבודה אחרון		פרט כל עיסוקיך/מקומות עבודה בעבר והיכן	
<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> בעל שליטה			
פרטים על עבודה לפני אי כושר עבודה:			
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: _____			
5. משכורת/הכנסה			
עצמאי		שכיר	
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:	
<input type="checkbox"/> ש"ח לשנה נא צרף אישור רו"ח/יועץ מס/מס הכנסה לגבי הכנסתך מיגיעה אישית מעסק בשנה שקדמה לתחילת אי כושר העבודה.		<input type="checkbox"/> ש"ח לשנה נא צרף 12 תלושי שכר לשנה שקדמה לתחילת אי כושר העבודה.	
פרטים על מקרה אי כושר העבודה:			
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: _____			

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 5 מתוך 17

פרטים על עבודה לאחר תחילת אי כושר העבודה:				
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 החדשית הנוכחית? _____ האם: <input type="checkbox"/> כשכיר <input type="checkbox"/> כעצמאי				
3. האם עברת הכשרה מקצועית/שיקום מקצועי/תעסוקתי ומתי, נא פרט: _____				

ביטוחים ותשלומים נוספים:				
האם אתה מקבל או זכאי לקבל תשלומים חודשיים בזמן אי כושר העבודה מאת:				
זכויות לפיצוי		לא	כן	הגורם המשלם
למשך זמן	סכום חודשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	המעסיק (ציין שם המעסיק)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קרן פנסיה (ציין שם קרן הפנסיה)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חברת ביטוח אחרת (ציין שם חברת הביטוח)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח תאונות ו/או מחלות (ציין היכן)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח כנפגע צד שלישי (ציין היכן)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח לאומי (ציין כתובת סניף ביטוח לאומי)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מקור אחר (פרט)

הצהרת המבוטח:				
אני הח"מ (המבוטח) _____				
מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מן החברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.				

_____ X _____				
תאריך	שם משפחה ופרטי	מספר זהות	חתימה	
הצהרת המבוטח לאימות פרטי חשבון בנק				
לצורך קבלת הכספים, אני החתום מטה נותן הרשאה להכשרה חברה לביטוח בע"מ ("הכשרה") ו/או חברות קשורות לקבל מידע מהבנק, באמצעות מס"ב כדי לאמת את הצהרתי בדבר חשבון הבנק שבבעלותי, ומוותר על הסודיות הבנקאית וההרשאה ומורה לבנק למסור את המידע המבוקש לצורך כך. עד למועד הפניה למס"ב באפשרותך לחזור בך מהסכמה זו באמצעות פנייה למוקד שירות הלקוחות של חברתנו בטלפון *3453				

תאריך	שם משפחה ופרטי	מספר זהות	חתימה	
פרטי חשבון הבנק:				
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	
מינוי הסוכן לטיפול בתביעה				
הנני מאשר/ת לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש להכשרה חברה לביטוח ולקבל מהכשרה חברה לביטוח בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח/ת בהכשרה חברה לביטוח שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.				

תאריך	שם + שם משפחה	חתימה		
באפשרותך לבחור את אופן ההודעה בדבר מהלך וברור התביעה: <input type="checkbox"/> דואר <input type="checkbox"/> דואל אלקטרוני (דוא"ל)				
הפרטים האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.				
תאריך:	חתימת המבוטח: X			

***3453**

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. 6, המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801

עמוד 6 מתוך 17

חלק ב' - למילוי ע"י הרופא המקצועי המטפל

פרטים על מצבו הרפואי של המבוטח:	
א. ממתי נמצא המבוטח בטיפולך: _____	
ב. האבחנות הרפואיות של המחלה או הפגיעה: _____	

ניתוחים שעבר/מתי _____ ניתוחים שצפוי לעבור/מתי? _____	
ג. האם בוצעו בדיקות רפואיות (כולל בדיקות הדמיה)? נא פרט הבדיקות שבוצעו ותוצאותיהן	

ג. מועד התחלת המחלה/הפגיעה	ה. האם אפשר לייחס את המצב הבריאות הנוכחי לאיזה מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים)
_____	_____
ו. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח	
<input type="checkbox"/> מהן מגבלותיו? _____	
<input type="checkbox"/> האם עבר/יעבור שיקום רפואי? (פרט) _____	
<input type="checkbox"/> האם צריך לעבור שיקום מקצועי/תעסוקתי ובמה? (פרט) _____	
פרטים על כושר עבודתו של המבוטח:	
א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק את עבודתו?	ב. באיזה תאריך חזר, או יהיה מסוגל לחזור המבוטח לעבודה?
_____	_____
ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור, ומתי?	

ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאבדן כושר עבודה, אם ישנם.	

הערות	

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 לבטיחות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לעובדיהם, ו/או מכונים רפואיים ו/או מעבדות רפואיות ו/או רופאים ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או צבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון- (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים ו/או השתלשלות פרופיל ו/או 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 למכוני 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 חו" ו/או כרטיס טיפת חלב ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות ולרבות מידע ותיעוד על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי לרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח על עובדיהם ו/או קרנות הפנסיה וכן ל"הפול"-המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ- ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על-ידי צד ג' כלשהו למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה כל מידע, חוות דעת, תיעוד רפואי וכן כל מידע ומסמכים המתייחסים לתאונות קודמות או מאוחרות שעברתי ו/או לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג אודותיי, לרבות רשימת הרופאים אצלם ביקרתי, מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את מוטבי, את באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p> <p>אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם ולא תהיה לי כל תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאים ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.</p>			

חלק ב'			
שם קופ"ח:	סניף:	קופ"ח קודמת:	מס' אישי בצה"ל
שמות רופאים, מכונים ומעבדות:			
1.		2.	
3.		4.	
5.			
חתימת המבוטח:			
תאריך:	שם מלא:	חתימת המבוטח: X	
(במקרה של קטין/חסוי יצינו את שמם ומס' ת.ז. ויחתמו שני ההורים/כל האפוטרופוסים עפ"י דין ובמידה ויש צו מינוי אפוטרופוס יש לצרפו)			
שם האב/אפוטרופוס:	ת.ז.:	תאריך:	חתימה: X
שם האם/אפוטרופוס:	ת.ז.:	תאריך:	חתימה: X
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):			

*3453

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 8 מתוך 17

מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה בהכשרה חברה לביטוח בע"מ

(בהתאם לחוזר גופים מוסדיים 1-22-2020)

הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה" או "חברת הביטוח") או כל הפועל מטעמה, יבררו ויישבו תביעות 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 ושבאפשרותו 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.

***3453**

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-ידי 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 **בנספח 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.

***3453**

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, ותיתן 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 המחוייבים.

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, יהא 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. לתיעוד תצורף רשימת המסמכים שהוצגו לוועדה.

***3453**

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.

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 12 מתוך 17

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;

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 13 מתוך 17

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 וחסכון.
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 וחסכון.
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.

***3453**

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.

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 15 מתוך 17

נספח ז' – לוחות זמנים לטיפול בתביעת אובדן כושר עבודה

נושא	סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקובעים בחוזה
תביעה לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה	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
	9 (ה)	מסירת ההכרעה בתביעה לאחר בדיקה רפואית	עד 3 ימי עסקים ממועד התייעצות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה
ועדה רפואית	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
ועדה רפואית לערעורים	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 שתבקש 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 בתשלומם.
- 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.

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 17 מתוך 17