

הנחיות להגשת תביעה במקרה פטירה על פי פוליסה לביטוח חיים

אנו משתתפים בצערכם על פטירת יקירכם/יקירתכם ז"ל. לשם בירור התביעה יש להמציא את המסמכים הבאים:

- א. טופס תביעה מלא על כל פרטיו - מצ"ב.
- ב. תעודת פטירה.
- ג. סיכום מחלה / סיכומי האשפוז מכל האשפוזים, כולל סיכום האשפוז הראשון והאחרון.
- ד. אם המבוטח נפטר בבית או בתאונה - דו"ח מד"א ותוצאות דו"ח משטרה, מסמך ממכון רפואה משפטית המעיד על נסיבות הפטירה.
- ה. אם מצוינים בפוליסה שמות מוטבים, הכספים ישולמו למוטבים. אם יש בין המוטבים קטינים - יש להמציא הצהרת אפוטרופסות חתומה בפני עורך-דין, או צו אפוטרופסות-בהתאם.
- ו. אם המוטבים הם היורשים החוקיים - יש להמציא צו ירושה, או צו קיום צוואה + צוואה.
- ז. על כל מוטב בפוליסה להמציא: צילום ת"ז כולל ספח (בת.ז ביומטרית יש לצרף צילום של 2 צידי התעודה) וצילום המחאה אישית או אישור ניהול חשבון בנק על שמו.
- ח. טופס ויתור סודיות רפואית חתום ע"י היורשים החוקיים בפני עד מהימן לחתימה בצירוף צו ירושה/צו קיום צוואה + צוואה.
- ט. טופס הצהרת מוטבים כנדרש בצו לאיסור הלבנת הון לכל אחד מהמוטבים/יורשים - מצ"ב.
- י. יפוי כח לצד ג' לטפל בתביעה, ככל שנדרש.
- יא. טופס "הכר את המוטב" לכל אחד מהמוטבים/יורשים - מצ"ב

יב. במידה והפוליסה מסוג תכנית לביטוח מנהלים נדרש להמציא גם את המסמכים הבאים:

(1) טופס 161 ממולא וחתום ע"י המעביד ואישור פקיד שומה המופנה לחברה לגבי ניכוי מס במקור/פטור מכספי הפיצויים בפוליסה.

(2) אם בפוליסה כספי פיצויים, ומועד העזיבה הוא מועד הפטירה, יש להמציא תצהיר שאירים בו יש לציין מי הם שאירי המנוח לפי סעיף 5 לחוק פיצויי-פיטורין, חתום ומאושר ע"י עורך-דין. (אם יש בין השאירים קטינים - יש להמציא הצהרת אפוטרופסות חתומה בפני עורך דין או צו אפוטרופסות - בהתאם) - מצ"ב.

יג. במידה והפוליסה מסוג תכנית חיסכון פרט - נדרש בנוסף הצהרת FATCA - CRS לכל אחד מהמוטבים/יורשים - מצ"ב.

יד. במידה והפוליסה היא מסוג תכנית תגמולים לעצמאים - נדרש בנוסף למלא טופס הכר את הלקוח - מצ"ב.

טו. משיכת כספים מחשבונות עם סכומים נמוכים:

לפי הוראות משרד האוצר, בחשבונות עם סכומים נמוכים ובמקרה שהמבוטח נפטר ולא השאיר אחריו הוראת מוטבים, רשאים בן זוגו, הוריו או ילדיו לפנות בבקשת משיכה מבלי להמציא צו ירושה או צו קיום צוואה בתנאים המצטברים הבאים:

- יתרת הכספים בחשבון המבוטח שנפטר אינה עולה על 8,000 ₪ (נכון ל 5/17) במועד בו הוגשה הבקשה למשיכת הכספים.
- עברו לפחות 3 שנים מיום פטירת המבוטח.
- המבקש למשוך את הכספים חתם על כתב שיפוי (המצוי באתר האינטרנט של החברה).

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו נבחן את זכאותך לתגמולי הביטוח בכפוף לתנאי הפוליסה. אם הכל ברור ותקין נאשר זכאותך לתשלום סכום הביטוח למקרה מוות בכפוף לתנאי הפוליסה. במידת הצורך, ולפי העניין ייתכן וידרשו מסמכים נוספים. אם יתברר שאינך זכאי/ת לתגמולי הביטוח, תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי/ת.

הננו להביא לתשומת ליבך כי בחוזי ביטוח שנכרתו או חודשו עד ליום 24/11/20 - לפי הוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה לתגמולי ביטוח הינה תקופה בת שלוש שנים המתחילה במועד הפטירה ובחוזי ביטוח שנכרתו או חודשו החל מיום 25/11/20 - התקופה הינה חמש שנים ממועד הפטירה. יודגש כי ככלל הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בברכה,
 הכשרה חברה לביטוח בע"מ

את המסמכים וטופס התביעה יש לשלוח באחת מהדרכים הבאות: דוא"ל tviot-life@hcsra-ins.co.il | בפקס: 03-5167811
 דואר ישראל: הכשרה חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות חיים, המלאכה 6, ת.ד. 1877, חולון 5811801



dt6024

***3453**

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

טופס תביעה למקרה פטירה - פוליסה לביטוח חיים

פרטי המבוטח:				
שם הנפטר: _____ ז"ל _____		מספר ת.ז.: _____		
כתובת הנפטר (במועד הפטירה)				
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס
מקצועו ועיסוקו של הנפטר (במועד הפטירה)				
פרטי הפטירה				
תאריך הפטירה: _____/_____/_____		סיבת הפטירה: _____		
מקום הפטירה: _____				

פרטי קופת חולים (של המנוח) ב-5 השנים שלפני הצטרפותו לביטוח		
שם קופת חולים	סניף	הכתובת
שם הרופא המטפל		
שמות הרופאים הנוספים שטיפלו במנוח		
שם הרופא	שם המוסד הרפואי/כתובת	
שם הרופא	שם המוסד הרפואי/כתובת	
שם הרופא	שם המוסד הרפואי/כתובת	
ביטוח חיים		
האם לנפטר היה ביטוח חיים בחברות ביטוח אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט: _____		
שם החברה	מס' פוליסה	
שם החברה	מס' פוליסה	
שם החברה	מס' פוליסה	

הטפסים המצורפים - סמן ב-X		
<input type="checkbox"/> תעודת פטירה <input type="checkbox"/> אישור סיבת פטירה / הודעת פטירה <input type="checkbox"/> סיכומי מחלה / אשפוז מבית חולים <input type="checkbox"/> ויתור סודיות רפואית מטעם היורשים החוקיים <input type="checkbox"/> צילום המחאה אישית של כל אחד מהמוטבים או אישור ניהול חשבון בנק	<input type="checkbox"/> צו ירושה / צוואה וצו קיום צוואה (במקרה של יורשים חוקיים) <input type="checkbox"/> צילום ת"ז של כל המוטבים / יורשים (ביומטרי נדרש צילום של שני הצדדים) <input type="checkbox"/> טופס הצהרה בעניין הלבנת הון של כל אחד מהמוטבים <input type="checkbox"/> טופס FATCA ו-CRC לכל מוטב / יורש (בפוליסת חסכון פרט)	<input type="checkbox"/> תצהיר שאירים (אם יש כספי פיצויים) <input type="checkbox"/> דו"ח מד"א <input type="checkbox"/> טופס 161/אישור פקיד שומה (בביטוח מנהלים בלבד) <input type="checkbox"/> אישור משטרה <input type="checkbox"/> יפוי כח לצד ג' לטפל בתביעה <input type="checkbox"/> הכר את המוטב (לכל אחד מהמוטבים/יורשים)

פרטי ממלא ההודעה				
שם: _____		קירבה למנוח: _____		מספר ת.ז.: _____
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס
מס' טלפון (1): _____		מס' טלפון (2): _____		
כתובת דוא"ל _____				
* הכתובת דרושה להעברת דיוורים / מידע ומסמכים (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) ביחס לתביעה ולמוצרי הביטוח שלך בקבוצת הכשרה.				
פידיון פיצויים - ככל שנדרש פדיון פיצויים, הריני מאשר לנכות מס מיריבי כחוק.				
תאריך: _____		חתימה: X _____		

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

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 לקוחות של חברתנו בטלפון *3453	
תאריך: _____	שם+שם משפחה: _____ חתימה: X _____

טופס ויתור על סודיות רפואית / כללית יורשים

חלק א' - פרטי הנפטר			
שם מלא:	ת.ז.:	כתובת:	שם האב:
<p>אני/אנו הח"מ יורשו/יורשיו של המנוח _____ ז"ל (להלן: "המנוח") נותן/נותנים בזה רשות לכל עובד מוסד רפואי ו/או מוסד רפואי, בתי חולים לרבות קופות-חולים ו/או מכון 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 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 מצבו הבריאותי ו/או הוה הסוציאלי ו/או מצבו הסיעודי ו/או השיקומי ו/או מצבו הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי של המנוח/ה ו/או על כל מחלה שחלה בה בעבר לרבות ו/או כרטיס טיפת חלב ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות ולרבות מידע ותיעוד על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח לרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח. כמו כן אני/אנו נותן/נותנים 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 במנוח אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבו 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 שעבר המנוח ו/או לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג אודותיו, לרבות רשימת הרופאים אצלם ביקר, מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו. כתב ויתור זה מחייב אותי/אותנו, את עזבון המנוח ו/או את באי כוחנו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו.</p> <p>אני/אנו מוותרים על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי/לנו 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/לנו כל תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי/בקשתנו 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' - קופ"ח			
שם קופ"ח:	סניף:	קופ"ח קודמת:	מס' אישי בצה"ל
שמות רופאים, מכונים ומעבדות:			
1.		2.	
3.		4.	
5.			
ולראייה באנו על החתום:			
שם:	ת.ז.:	תאריך:	חתימה: X
שם:	ת.ז.:	תאריך:	חתימה: X
שם:	ת.ז.:	תאריך:	חתימה: X
שם:	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

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

הצהרת מוטבים כנדרש בצו לאיסור הלבנת הון

על כל המוטבים לחתום ולצרף צילום תעודת זהויה, כולל ספח כתובת עדכנית, כנדרש בצו לאיסור הלבנת הון.

הצהרת לפי צו איסור הלבנת הון ומימון טרור

אני _____ בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:

- אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.
- יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים, הסיבה לכך _____.
- אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

הנהנים בפוליסה הם:

שם מלא	מס' זהות / ח.פ.	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען

האם הנהנה תושב חוץ: כן לא. במידה והתשובה כן, אנא מלא שאלון 1 איש ציבור זר.

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.
ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

תאריך: _____ חתימת המוטב: X _____

* עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין.
 יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין FATCA ו-CRS

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו, באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

א. טלפון *3453

ב. באתר האינטרנט: www.hcsra.co.il

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. ככל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו להסרה מהממשק לאיתור מוצרי ביטוח, ראה הודעה זאת כמבוטלת.

הצהרות מוטבים לעניין FATCA ו-CRS (רק לפוליסות מסוג חיסכון פרט)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך הנפקה ת"ז	תאריך לידה	מין		מצב משפחתי	
					זכר <input type="checkbox"/>	נקבה <input type="checkbox"/>		גרש/ה <input type="checkbox"/>
ארץ לידה	כתובת: רחוב	מס' בית	כניסה	דירה	ישוב	ת.ד.	מיקוד	
טלפון נייד	טלפון	דוא"ל	עיסוק					
אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות אמצעים דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון נייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח. ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן: <input type="checkbox"/> . לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט www.hcsra.co.il בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (ככל שקיימים).								
האם אתה אזרח ארצות הברית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא האם אתה יליד ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא								
אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו. תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת המוטב: X _____								
אם סימנת "כן" באחד מהסעיפים או ביותר, נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב (U.S. TIN). הבמידה ואינך אזרח ארה"ב או תושב לצרכי מס, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה המעידה על יותר אזרחות אמריקאית. טופס W9 וכן טפסים רלוונטיים אחרים ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS) או לחלופין מאתר האינטרנט של החברה.								
האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם ענית "כן", נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה.								
שם פרטי (אנגלית) First Name	שם משפחה (אנגלית) Last Name	מדינה תושבות המס Tax Residency Country	TIN מס' משלם מס מקומי	כתובת מגורים (נא למלא את הפרטים באנגלית)				
				מדינה Country	יישוב City	רחוב ומס' בית Street and number	מיקוד ZIP Code	
אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט במדינות המצוינות לעיל. אם אחת מהמדינות המצוינות לעיל מדינה בת דיווח, יועבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדין. תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת המוטב: X _____								

***3453**

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

שאלון הכר את המוטב

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים.

חלק א' - פרטי זיהוי		שם פרטי:	שם משפחה:	מס. תעודת זהות
פרטי המבוטח:				
פרטי המוטב:				מדינת ההנפקה

חלק ב' - בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור

האם אתה תושב חוץ*? כן לא
 אם סומן **כן** - אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" (שאלון 1 - "איש ציבור זר").
 אם סומן **לא** - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 שנים האחרונות?
 כן לא
 אם סומן **כן** - אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" (שאלון 2 - "איש ציבור מקומי").

* **תושב חוץ** - מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראל או שלא שוהה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שוהה בה על פי רישיון לישיבת קבע.

חלק ג' - פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק

שכיר / שכיר בעל שליטה עיסוק: _____ שם המעסיק: _____
 עצמאי:
 שם העסק: _____ מען העסק: _____ מחזור הכנסות שנתי: _____
 מהו תחום העיסוק של העסק?
 יהלומים ואבני חן נדל"ן סחר במתכות יקרות בלדרות סחר בנשק סחר במטבעות וירטואליים
 עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/גמ"ח/מלכ"ר מתן שירות אשראי או מתן שירות בנקס פיננסי
 ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך עסק בו עיקר הפעילות במזומן הימורים חוקים
 אחר: _____
 רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן:
 חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי סטודנט קטין לא עובד חבר קיבוץ אברך/תלמיד ישיבה
 גמלאי, נא לציין עיסוק טרם הפרישה: _____ אחר: _____

חלק ד' - הצהרות

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? כן לא
 תאריך: _____ שם: _____ חתימה: א. _____

חלק ה' - הצהרות המוטב לכספי הנפטר

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.
 תאריך: _____ שם: _____ חתימה: א. _____

חלק ו' - שאלונים שנדרש למלא בהתאם לצורך - ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: www.hcsra.co.il

שאלון 1 - איש ציבור זר
שאלון 2 - איש ציבור מקומי
שאלון 3 - גורם משלם בפוליסה

חלק ז' - הגדרות:

"איש ציבור" - איש ציבור זר או איש ציבור מקומי;
 "איש ציבור מקומי" - תושב בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;
 "איש ציבור זר" - תושב חוץ בעל תפקיד ציבורי בכיר בחוץ לארץ, לרבות בן משפחה של תושב חוץ כאמור או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של תושב חוץ כאמור;
 "בן משפחה" - כהגדרתו בחוק ניירות ערך, התשכ"ח-1968;
 "חשבון" - חשבון או חוזה ביטוח חיים, כהגדרתם בצו איסור הלבנת הון;
 "לקוח" - מקבל השירות, כהגדרתו בצו איסור הלבנת הון;
 "נושא משרה" - כהגדרתו בחוק החברות, תשנ"ט-1999, ולמעט דירקטור;
 "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד בכיר בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

*3453



dt3139

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

לכבוד: הכשרה חברה לביטוח בע"מ
תצהיר שאירים*
(נדרש רק כשיש כספי פיצויים בפוליסה)

ע"ש המנוח/ה _____ ת.ז. _____ ת. פטירה _____
 אני הח"מ _____ מס. זיהוי _____
 כתובת _____

לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את האמת, שאם לא כן אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, מצהיר/ה בזאת בכתב כדלקמן:

קירבתי עם המנוח/ה הינה מתוקף היותי _____ (קירבה למנוח/ה)

הנני מצהיר/ה כי בשעת פטירתו/ה, השאירים על פי הגדרת מונח זה בסעיף 5 לחוק פיצויי פיטורין הם:

שם	מספר ת.ז.	תאריך לידה	הקרבה

ומלבדם אין שאירים אחרים עפ"י הוראות סעיף 5 לחוק פיצויי פיטורין.
 בהעדר הנחיות מס הכנסה לניכוי מס מהפיצויים /טו' 161, הריני מאשר לנכות מס מירבי כחוק

תאריך: _____ חתימה: x _____

תצהיר אפוטרופוס במקרה ויש שאירים קטינים:

אני _____ ת.ז. _____ החתום/ה מטה מצהיר/ה, כי הנני משמש/ת כאפוטרופוס/ית טבעי/ת של:

בני/בתי _____ ת.ז. _____

בני/בתי _____ ת.ז. _____

בני/בתי _____ ת.ז. _____

הנני מצהיר/ה, כי לא מונה מלבדי כל אפוטרופוס אחר.

תאריך: _____ חתימה: x _____

אישור עו"ד

הנני מאשר בזה כי ביום _____ הופיע בפני עו"ד במשרדי שברח' _____
 מר/ גב' _____ שזהה/תה את עצמו/ה ע"י ת.ז. מספר _____, ולאחר
 שהזהרתיו/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת בלבד וכי יהיה/תה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/
 תעשה כן, אישר/ה את נכונות הצהרתו/ה דלעיל וחתם/ה עליה.

תאריך: _____ חתימת עו"ד: x _____ חתימת עו"ד: x _____

*הגדרת שאירים עפ"י סעיף 5 בחוק פיצויי פיטורין בן זוג של עובד בשעת פטירתו, לרבות הידוע בציבור כבן זוג והוא גר - עמו, וילד של העובד שהוא בגדר תלוי במבוטח לעניין גמלאות לפי פרק ג' לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], התשכ"ח 1968 ובאין בן זוג או ילדים כאמור ילדים והורים שעיקר פרנסתם הייתה תלויה על הנפטר וכן אחים ואחיות שגרו בביתו - של הנפטר לפחות 11 חודש לפני פטירתו וכל פרנסתם הייתה על הנפטר.

***3453**

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

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

(בהתאם לחוזר גופים מוסדיים 9-9-2016)

להלן מערכת הכללים לבירור וליישוב תביעות ביטוח חיים ובריאות. הכשרה תפעל בהתאם למערכת כללים זו ביישוב תביעות ביטוח חיים ובריאות. מדיניות ישוב תביעות - מיישב התביעות יברר ויישב תביעות ויטפל בפניות ציבור בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות.

מערכת הכללים לא תחול על תביעה המתנהלת בבית משפט.

תחילתה של מערכת כללים זו ביום 10/5/2021.

1. הגדרות:

- "תביעה"** - דרישה מגוף מוסדי למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח או לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות כאמור.
- "תובע"** - מי שהציג תביעה לגוף מוסדי, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי הגוף המוסדי להיפרע את הטבת הנזק כאמור.
- "יום/ימים"** - ימי עסקים שאינם כוללים ימי שישי, ימי שבת, ערבי חג, חגי ומועדי ישראל.

2. כללים לבירור וליישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור:

א. מסמכים ומידע בבירור תביעה:

1. פנה אדם בקשר להגשת תביעה לגוף מוסדי או למי מטעמו, ימסור לו הגוף המוסדי בהקדם האפשרי ממועד הפנייה לגוף המוסדי או למי מטעמו, את המסמכים המפורטים להלן הרלבנטיים לסוג התביעה:
 - 1.1 מערכת הכללים של הגוף המוסדי.
 - 1.2 מסמך שבו יפורט הליך בירור וליישוב התביעה.
 - 1.3 הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע.
 - 1.4 פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור וליישוב תביעה.
 - 1.5 טופס הגשת תביעה, ככל שישנו, והנחיות לגבי מילוי.
 - 1.6 הודעה על תקופת ההתיישנות.
 2. המסמכים המפורטים יפורסמו באתר האינטרנט.
 3. הכשרה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי, מהמועד שבו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה אצל הכשרה או מי מטעמה, הודעה בכתב. בהודעה יצוין המסמך שנתקבל, מועד קבלתו, ויפורטו בה המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע. מצאה הכשרה כי דרוש לה מהתובע מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור תביעה, תדרוש מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר לה הצורך בהם.
- הוראות סעיף 2 א' לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית המשפט.

ב. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו:

על הכשרה למסור לתובע, בתוך שלושים ימים מהיום שהיו בידיה כל המידע והמסמכים שהיא דרשה מהתובע לשם בירור התביעה או עם תשלום התביעה, הודעה לגבי מצב התביעה לפי העניין (הודעת תשלום תביעה, הודעת המשך טיפול ובריור התביעה, הודעת פשרה או הודעת דחייה מנומקת). דרשה הכשרה כי תביעה תוגש בכתב, באמצעות טופס הגשת תביעה, תחל להימנות התקופה לא לפני שנתקבל הטופס בידי הכשרה. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט. בכל מקרה בו הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה תהיה הכשרה פטורה ממתן הודעה לפי סעיף 3 ב' מאותו מועד.

***3453**

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

ג. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי:

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

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

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

2. החליטה הכשרה על תשלום תביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תמסור לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן: "הודעת תשלום חלקי") שבה שני חלקים כמפורט להלן:

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

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

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

בכל מקרה בו נתקבלה החלטה על תשלום התביעה, לא יהיה צורך במשלוח המסמכים המפורטים בסעיף 2 א 1 לעיל, למעט העתק מערכת כללים זו.

בכל מקרה בו הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה תהיה הכשרה פטורה ממתן הודעה לפי סעיף זה מאותו מועד.

ד. הודעת פשרה:

1. הכשרה תציע לתובע הצעת פשרה סבירה למועד ההצעה.

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

3. בהודעת הפשרה יפורטו 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 כאמור.

4. כל עוד לא אישר התובע את הודעת הפשרה היא לא תחייב את הצדדים.

הוראות סעיף ד' לא יחולו במקרה שבו התובע מיוצג על ידי עורך דין וכן במקרה שבו נדונה תביעה בבית המשפט.

ה. הודעת דחייה:

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

***3453**

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

ו. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור:

1. סברה הכשרה כי דרוש לה זמן נוסף לשם בירור התביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגינן נדרש לה זמן נוסף לבירור התביעה (להלן: "הודעת המשך בירור").
2. על הכשרה לציין בהודעת המשך בירור כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מהתובע לשם בירור התביעה.
3. הודעת המשך בירור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת פשרה לפי העניין.
4. הכשרה פטורה מחובת משלוח הודעות המשך בירור נוספות במקרים הבאים:
 - 4.1 אם פנה התובע לערכאות משפטיות.
 - 4.2 אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע ציינה הכשרה כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.
 - 4.3 אם בהודעת המשך הבירור הקודמת נקבע על פי תנאי הפוליסה או התקנון מועד עתידי להערכת הנזק, ובלבד שהכשרה תשלח הודעת המשך בירור לפחות אחת לשנה.

הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

ז. הודעה בדבר התיישנות תביעה:

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

1. הודעה בדבר התיישנות תביעה - לגבי חוזי ביטוח שנכרתו או חודשו עד ליום 24/11/2020:

- 1.1 כל הודעה הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקת התיישנות, את מועד קרות מקרה הביטוח וכן יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות (3 שנים) חל ממועד קרות מקרה הביטוח או בתביעת נכות צמיתה מיום שקמה למבוטח העילה לתבוע.
- 1.2 לא כללה הכשרה פסקת התיישנות בהודעה שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות יראוה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת הכשרה בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה של הכשרה.
- 1.3 לא כללה הכשרה פסקת התיישנות בהודעה שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות - יראוה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין המועד שבו שלחה הודעה שבה כללה פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת הכשרה בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה של הכשרה במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות.

2. הודעה בדבר התיישנות - לגבי חוזי ביטוח שנכרתו או חודשו החל מיום 25/11/2020 מתייחס לביטוח חיים (כשמקרה הביטוח הוא מותו של המבוטח או זולתו), ביטוח מפני מחלות, אשפוז וביטוח סיעודי.

- 2.1 בכל מענה למבוטח/למוטב שנוגע לדרישה לתגמולים בגין מקרה ביטוח תצוין מהי תקופת ההתיישנות וכי מניין תקופת ההתיישנות (5 שנים) אינו נעצר בעקבות מסירת התביעה לחברה.
- 2.2 12 חודשים לפני סיום תקופת ההתיישנות ופעם נוספת 3 חודשים לפני סיום תקופת ההתיישנות, תתריע הכשרה בכתב על כך וזאת אף אם מתנהל משא ומתן בין הצדדים.

הוראות סעיף ז' לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

***3453**

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

ח. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה:

1. הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:
 - 1.1 להשיג על ההחלטה והדרך להגשת השגה, ככל שנקבעו בפוליסה, לרבות זכותו להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.
 - 1.2 להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור של הכשרה, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
 - 1.3 להשיג על החלטת הגוף המוסדי בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.
- הוראות סעיף ח' לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

ט. בדיקה מחודשת של זכאות:

1. הכשרה רשאית לבחון מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, ובלבד שהיא תפעל על פי כללים סבירים שקבעה בעניין זה.
2. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאות התובע לקבלת תשלומים עיתיים יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי וכן יפורטו באתר האינטרנט של הכשרה.
3. התובע לא יישא בעלויות בדיקה כאמור לעיל אם תידרשנה.
4. הכשרה לא תקטין ולא תפסיק תשלומים עיתיים בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לכך בפוליסה ולאחר שהודיעה לתובע כי בכוונתה להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן: "הודעת שינוי"). לא נקבעו כללים כאמור, תמסור הכשרה לתובע הודעת שינוי לפחות שלושים ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר משישים ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של הכשרה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.
5. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת הכשרה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים, למען הסר ספק, יצוין כי אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותה של הכשרה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם מועד ביצוע השינוי האמור.

י. בירור תביעה בעזרת מומחה:

- לעניין סעיף זה "מומחה" - בין שהוא עובד של הכשרה ובין אם לאו ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו כגון מומחה רפואי אך למעט יועץ משפטי ולמעט ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.
1. במקרה והכשרה תיעזר לשם בירור החבות בתביעה במומחה הפוגש בתובע, תודיע על כך לתובע מראש, תסביר לתובע את תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, ותודיע לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה.
 2. המומחה כאמור בסעיף קטן (1), למעט עובד של הכשרה שעיקר עיסוקו יישוב תביעות, לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה ולא יציע פשרה אלא ייתן חוות דעתו בהתאם לממצאי הבדיקה והמסמכים שיעמדו בפניו.
- הוראות פסקה (1) לא תחול על הכשרה כאשר תיעזר בחוקר במסגרת חקירה סמויה.
- הודעה לפי פסקה (1) יכול שתימסר במסגרת המסמך האמור בסעיף 2א(ב).

י"א. חוות דעת מומחה:

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

י"ב. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור:

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

י"ג. מתן העתקים:

1. הכשרה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה, בתוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
2. הכשרה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתם עליו, מכל מסמך אשר מסר התובע להכשרה, או מכל מסמך אשר התקבל אצל הכשרה מכוח הסכמת התובע, בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

3. תחולה:

- א. הוראות אלו מתייחסות לביטוח חיים ובריאות - לגבי סיכוני אבדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד; ביטוח מפני תאונות אישיות; ביטוח מפני מחלות ואשפוז.
- ב. תביעה תתברר לפי מערכת הכללים אשר תהיה תקפה במועד שבו הוגשה התביעה.
- ג. מערכת הכללים לא תחול על שירותים שמעניק ספק שירות במישרין למבוטח בהתאם לכתיב שירות, אם הכשרה אינה מעורבת ביישוב תביעה.

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

המועד או התקופה הקבועים בחוזר	הפעולה
בתוך 14 ימי עסקים מהמועד שהתברר הצורך בהם	דרישה למידע ומסמכים נוספים לבירור חבות התביעה
תוך 30 ימים ממועד כל המסמכים הנדרשים מהתובע.	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה
כל 90 ימים ממסירת הודעה לפי סעיף 3 ו-1	מסירת הודעת המשך בירור תביעה
בין 60-30 ימים לפני מועד הפסקת או הקטנת תשלום	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם
תוך 14 ימי עסקים מקבלת פס"ד/הסכם	העברת העתק מפסק דין או הסכם
תוך 14 ימי עסקים ממועד הבקשה	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה
תוך 30 ימים ממועד הפניה	מענה בכתב לפניית ציבור
תוך 14 ימי עסקים ממועד הבקשה	מסירת העתקים מפוליסה
תוך 21 ימי עסקים ממועד הבקשה	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע

***3453**

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