

## הנחיות למבוטח להגשת תביעת בריאות בנושא החזר הוצאות/פיצוי

### מבוטח/ת נכבד/ה,

הרינו מתכבדים להביא לידיעתך מידע בנוגע לזכויותיך וחובותיך לכיסוי ביטוח בריאות.

### ניתוחים

#### ניתוחים עתידיים

הנך זקוק לניתוח? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו ויש כוונתנו להעניק לך את הטיפול המקצועי והמסור ביותר ונעשה ככל שביכולנו ללוות לכל אורך הדרך עד לסיום הטיפול בתביעה.

#### דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:

בכל מקרה של צורך בניתוח אנו מציעים כי תפנה באופן מיידי למחלקת תביעות בריאות באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון 03-7107957 או באמצעות פקס שמספרו: 03-7606744.

#### לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללות את מיטב המנתחים בתחום. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח או אם יש לך שאלות, תוכל ליצור קשר עם מוקד השרות בחברתנו בטלפון 03-7107957.
  2. באפשרותך לבצע את הניתוח באופן פרטי באמצעות מנתח ו/או בי"ח שאינו מצוי בהסכם עם חברתנו. ההחזר בגין הניתוח יעמוד על סכום ההחזר למנתח הסכם, את תקרות ההחזר תוכל לראות באתר האינטרנט שלנו.
  3. לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה שאלון רפואי" על שלושת חלקיו.
    - א. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
    - ב. חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המטפל ועל ידי הרופא המנתח (רופא מקצועי המטפל בך (ניתוח, כגון: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכדומה). בהעדר רופא מקצועי מטפל כאמור, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים).
    - ג. חלק ג' - יש לחתום על טופס ויתור סודיות מצורף, נועד למילוי על ידי הרופא המנתח (סוג הניתוח, מועד ביצועו, מקום ביצועו).
  4. יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.
- במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבוטח האחר/קופת חולים.
- תשובה בכתב תשלח אליך תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון: 03-7107957 או 2066\*

#### פיצוי מיוחד במקרה אי שימוש בביטוח - ניתוחים שבוצעו

במידה ועברת ניתוח בבית חולים ציבורי או בבית חולים פרטי באמצעות קופת חולים הנך זכאי לפיצוי כספי על פי הפוליסה שברשותך. יש להעביר אלינו "טופס תביעה שאלון רפואי" הכולל את חלק א' פרטי המבוטח וחלק ב' שנועד למילוי ע"י הרופא המטפל בקופת חולים בנוסף, יש לצרף סיכום ניתוח וקבלות מקוריות (במידה ושולמה השתתפות עצמית).

תשובה תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.

## כיסוי להשתלות איברים בחו"ל או לטיפולים המיוחדים בחו"ל

### השתלות

יש למלא ולעביר אלינו את הטופס "תביעה להחזר הוצאות" על שני חלקיו -  
א. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.  
ב. חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לניתוח).  
בנוסף יש לצרף המלצה מרופא בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, ופרטים לגבי המרכז הרפאי בו הנך מבקש לבצע את ההשתלה.  
בנוסף יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.  
במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לא הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.  
תשובה תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.

### טיפול מיוחד בחו"ל

יש למלא ולעביר אלינו את טופס התביעה על שני חלקיו -  
א. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.  
ב. חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לטיפול מיוחד).

### מחלקה ראשונה - פיצוי לאחר אשפוז חירום

כיסוי במקרה של אשפוז חירום בבית חולים ציבורי.  
יש להעביר אלינו סיכום אשפוז.  
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

### אשפוז כתוצאה ממחלה

כיסוי במקרה של אשפוז חירום בבית חולים כתוצאה ממחלה.  
יש להעביר אלינו סיכום אשפוז כולל "טופס תביעה" מלא חלק המבוטח ובנוסף חלק הרופא המטפל בקופת חולים.  
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

### תרופות שאינן בסל הבריאות

יש להעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות לתרופות" בו יש למלא את שני החלקים.  
א. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.  
ב. חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית) ובו יש לפרט את הסיבה הרפואית לצורך בנטילת התרופה. בהעדר רופא מקצועי יש למלא את הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.  
כמו כן, יש להעביר העתק המרשם הרפואי ע"י רופא מומחה, טופס 29' וקבלה מקורית.  
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך. שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטים המקוריים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ - מחלקת תביעות בריאות, רח' אלנבי 115, תל-אביב 61008.

טלפון לפניות וברורים בנושא תביעה 03-7107957, 2066\* או באמצעות מספרי הפקס המפורטים לעיל.

בכבוד רב,

**מחלקת תביעות בריאות**  
**מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

## הגשת תביעה

### טופס תביעת בריאות - ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה

#### מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר. נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה. בטופס שני חלקים: חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה לרופא/ה המטפל/ת או לרופא/ה המקצועי/ת את הטופס הנ"ל ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו. מובהר כי קבלת טופס זה על ידי המבוטח אינה מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח.

**שים לב: אם תימצא זכאי לכיסוי הניתוח על ידינו, ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, שלא באמצעותנו, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בהתאם להוראות הפוליסה שברשותך.**

סוג התביעה (יש לסמן X):

ניתוח עתידי  ניתוח שבוצע  טיפול מיוחד  השתלה  החלמה מושלמת/מחלקה ראשונה

#### מינוי סוכן לטיפול בתביעה

פרטי הסוכן:	שם הסוכן:	כתובת הסוכן:
מס' טלפון הסוכן:	מס' פקס הסוכן:	
הריני מאשר/ת בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן - "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח מר/גב' _____ (להלן - "סוכן הביטוח") את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למנורה אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מנורה" בכל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו.		
תאריך _____	חתימה: X _____	

### חלק א' - למילוי על ידי המבוטח

#### א. פרטי המבוטח

שם משפחה:	שם פרטי:	מספר זהות:	תאריך לידה	מספר הפוליסה
		מס' _____		
כתובת: רח' _____	מס' בית _____	עיר _____	מיקוד _____	ת.ד. _____
דוא"ל _____				
אני <input type="checkbox"/> מסכים / <input type="checkbox"/> לא מסכים כי כל מסמך / מידע הקשור בתביעה יועבר אלי בדואר אלקטרוני לכתובת הרשומה לעיל, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.				
שם מקום העבודה של בעל הפוליסה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בית	מספר טלפון סלולרי	
כתובת מייל	שם הסוכן	מספר טלפון סוכן	מספר טלפון סלולרי	
<b>מעבר מידע בין החברות בקבוצת מנורה, שמירה במאגרי מידע -</b> הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברת מחברות קבוצת מנורה ו/או כל מידע בקשר אלי שגיע לידיעת מי מחברות קבוצת מנורה יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים ו/או אחרים בהם נוהגת קבוצת מנורה לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות אחרות מקבוצת מנורה ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת מנורה ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות קבוצת מנורה, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה.				
<b>הסכמה לפניה באמצעי תקשורת אלקטרונית -</b> מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שהחברות בקבוצת מנורה תוכלנה לספק לי שירות, הצעות שיווקיות וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אלי באמצעים אלקטרוניים שונים. בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.				
חתימה: X _____				

שם קופת החולים	סניף	כתובת
שם הרופא המקצועי המטפל		שם הרופא המשפחה המטפל

**ב. ביטוחי בריאות נוספים**

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?  לא  כן, משנת \_\_\_\_\_ מסוג \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח משלים אחר?  לא  כן, בחברת \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?  לא  כן, בחברת \_\_\_\_\_

**ג.**
**למלא במקרה של בקשה לאישור ולתיאום ניתוח/טיפול מיוחד/השתלה**

האם יש לך זכאות להשתתפות של קופ"ח במימון הטיפול?  לא  כן, אמציא התחייבות מקופ"ח (ט' 17)

לרופא  לבו"ח  לרופא ולבו"ח

בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה
		התייעצות לפני ניתוח עם מנתח הסכם שביצע הניתוח
		אחר 1.
		2.
		3.

**ד.**
**למלא במקרה של תביעה להחזר הוצאות/פיצוי**

בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבי"ח ציבורי או בבי"ח פרטי במימון קופ"ח או ביטוח המשלים (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח וסיכום מחלה בגין הניתוח שבוצע).

בקשה לפיצוי בגין מוות (ח"ח) כתוצאה מניתוח וכדומה.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט

תאריך	הסכום בש"ח	פרטי ההוצאה
		שכר מנתח/ביה"ח פרטי אביזרי שתל

**ה. אופן תשלום התביעה**

נא להעביר לזכות חשבוני:

בבנק:	שם הסניף:	מס' הסניף:	מס' חשבון

תאריך:	שם משפחה ופרטי:	מס' זהות:	חתימה
			X

לקבלת התשלום לחשבון הבנק, נא מלא את הפרטים

**לתשומת ליבך** - את תביעתך לפיצוי/החזר כספי הינה מעל 5000 ש"ח יש לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

בבנק \_\_\_\_\_ שם הסניף \_\_\_\_\_ מספר הסניף \_\_\_\_\_ מספר חשבון \_\_\_\_\_

**לצורך העברת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק יש לצרף צילום המחאה וכן לציין את פרטי החשבון:**

שם בנק \_\_\_\_\_ מס' סניף \_\_\_\_\_ מס' חשבון \_\_\_\_\_

אין בטופס הנ"ל כדי למנוע מהחברה להרחיב בירור חבותה ולדרוש לקבל לידיה אסמכתאות נוספות.

## חלק ב' - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

### רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.  
 למילוי בידי הרופא/ה המטפל/ת - חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפל/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימלא על ידי רופא/ה משפחה/ילדים

#### א. פרטי הרופא

שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
כתובת: רח' מס' בית עיר מיקוד ת.ד.				מספר פקס

#### ב. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
		מס' _____

#### ג. הטיפול במבוטח

תאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	המבוטח בטיפולי החל מתאריך	
		שנה	חודש

#### ד. האבחנה

האבחנה הנוכחית

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך	הצורך בניתוח/טיפול מיוחד/השתלה נקבע בתאריך
---	---	--

האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של:  תאונת עבודה  תאונת דרכים  תאונת ספורט  אם כן, פרט

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שם הרופא

תאריך

חתימת הרופא וחותמת

## למילוי בידי הרופא המנתח/מבצע הטיפול המיוחד/ההשתלה

### א. פרטים על הניתוח/הטיפול המיוחד המומלץ

שם הניתוח/הטיפול המיוחד המומלץ:

בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי:

את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך

בבית חולים

הערות נוספות

### ב. פרטי הרופא המנתח/מבצע הטיפול המיוחד

שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
כתובת: רח' מס' בית	עיר	מיקוד	ת.ד.	מספר פקס

שם הרופא

תאריך

חתימת הרופא וחותמת

## חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו עליידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת	טלפון	

נותן בזה רשות לכלל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהו, עובדיהו ו/או מי מטעמו ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן. כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

וויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

### במקרה של קטין

שם האב	מס' זהות	שם האם	מס' זהות
--------	----------	--------	----------

תאריך	שם החותם	תעודת זהות	חתימה
תאריך	עד לחתימה	תעודת זהות	חתימה

## טופס תביעת בריאות - תרופות

### מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנייה. **בטופס שני חלקים חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל.** אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בחשבון בכל פנייה לרופא המטפל המקצועי, את הטופס הזה ובקשו ממנו למלא את החלק המתאים במלואו.

**טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.**

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

## חלק א' - למילוי ע"י המבוטח

### א. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות:	תאריך לידה	מספר הפוליסה
כתובת: רח' מס' בית	עיר	מיקוד	מס' ת.ד.	דואר אלקטרוני
שם מקום העבודה	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	מספר פקס
שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מספר טלפון בעבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון סלולרי	
שם קופת החולים	סניף	כתובת		
שם הרופא המקצועי המטפל	שם הרופא המשפחה המטפל			

**מעבר מידע בין החברות בקבוצת מנורה, שמירה במאגרי מידע -** הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת מנורה ו/או כל מידע בקשר אלי שייגע לידיעת מי מחברות קבוצת מנורה יוחזק במאגרי מידע ממוחשבים ו/או אחרים בהם נוהגת קבוצת מנורה לרכז נתונים בדבר לקוחותיה, וכן ידוע לי ואני מסכים כי פרטים אלה עשויים להימסר לחברות אחרות מקבוצת מנורה ולהיכלל במאגרי המידע שלהן (וכן לגורמים נוספים הפועלים עבור קבוצת מנורה ומטעמה), והכול לצורך ניהול ומתן שירותים ללקוחות קבוצת מנורה, לצורך קיום חובות על פי דין ולצורך פניות שיווקיות ללקוחות הקבוצה לרכישת מוצרים ו/או שירותים של מי מחברות הקבוצה.

**הסכמה לפניה באמצעי תקשורת אלקטרונית -** מבלי לגרוע מהאמור לעיל, הריני לאשר כי על מנת שהחברות בקבוצת מנורה תוכלנה לספק לי שירות, הצעות שיווקיות וקיום חובות על פי דין, ניתן יהיה לפנות אליי באמצעים אלקטרוניים שונים. בין היתר, באמצעות הודעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.

X חתימה:



## חלק ב' - למילוי ע"י הרופא

### רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

**למילוי בידי הרופא/ה המטפל/ת - חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפל/ת במבוטח ובהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימלא על ידי רופא/ה משפחה/ילדים**

#### א. פרטי הרופא

שם משפחה	שם פרטי	ההתמחות	מספר טלפון	מספר טלפון סלולרי
כתובת: רח' מס' בית	עיר	מיקוד	ת.ד.	מספר פקס

#### ב. פרטי המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות:
		מס' _____

#### ג. הטיפול במבוטח

תאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	המבוטח בטיפולי החל מתאריך	
		שנה	חודש

שם התרופה והתאריך בו הוחלט על הטיפול בתרופה לראשונה

\_\_\_\_\_

האם נעשתה פנייה לקופה למימון התרופה  כן  לא (במידה וניתנה תשובת הקופה יש לצרפה)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

לכמה זמן הומלץ למבוטח ליטול את התרופה?

\_\_\_\_\_

עלות התרופה לחודש:

\_\_\_\_\_

פירוט רשימת תרופות שבהן המבוטח משתמש:

\_\_\_\_\_

שם הרופא

תאריך

חתימת הרופא וחותמת

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

## חלק ג' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה ושם פרטי	מס' זהות	שם האב
כתובת	טלפון	

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא ההגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לחברות לביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי למסור למנורה חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי ו/או הגנטי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי, אצל נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי "המבקשים" ולא תהא לי כלפי כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן. כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

וויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את באי כוחי על-פי דין וכל מי שיבוא במקומי.

### במקרה של קטין

שם האב	מס' זהות	שם האם	מס' זהות
--------	----------	--------	----------

תאריך	שם החותם	תעודת זהות	חתימה
תאריך	עד לחתימה	תעודת זהות	חתימה

אוגוסט, 2014

## מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור – מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ההוראות המפורטות מטה הינן מערכת הכללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור של מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן – "מנורה").

**מועד תחילה - מערכת כללים זו תחול על תביעה שהוגשה החל מיום פרסומה באתר האינטרנט.**

**תחולה -** מערכת כללים זו חלה על ענפי הביטוח הבאים: ביטוח מפני תאונות אישיות; ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), תש"ל-1970; ביטוח רכב מנועי – רכוש (עצמי וצד ג'); ביטוח מקיף לדירות, ביטוח מטען, תאונות, מחלות ואשפוז בנסיעות לחוץ לארץ; ביטוח חיים – לגבי סיכוני אבדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד; ביטוח מפני מחלות ואשפוז, למעט ביטוח שיניים ולמעט ביטוח בריאות לעובדים זרים וביטוח בריאות המיועד למתן כיסוי ביטוחי לשוהים זרים בישראל וזאת לעניין קבלת שירותים במישרין מספק השירות הרפואי ובלא מעורבות של המבטח.

### תהליכי יישוב התביעה

**מכתב פתיחת תביעה ואישור קבלת מסמכים -** עם קבלת מסמכי התביעה ו/או קבלת הודעה על הנזק במשרדי החברה – יישלח אליך כתובע ו/או כמבוטח<sup>1</sup>, מכתב המאשר את פתיחת התביעה, ומכתב המפרט את רשימת המסמכים שהתקבלו אצלנו, ורשימת המסמכים החסרים לנו לצורך המשך הטיפול בתביעה.

באתר החברה [www.menoramivt.co.il](http://www.menoramivt.co.il) תוכל לקבל עדכונים בדבר הטיפול בתביעה ואת **דף ההסבר**<sup>2</sup>, המפרט את תהליך הטיפול בה ואת חובותיך וזכויותיך במסגרת התהליך. כמו כן, תוכל לראות באתר החברה את מערכת הכללים - אמנת השירות.

- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.
- אנו נדאג לעדכן אותך בתוך 14 ימי עבודה, על כל מסמך חדש שהתקבל בחברתנו, ועל פירוט המסמכים שעדיין חסרים לנו לצורך השלמת הטיפול. כאשר יתקבלו אצלנו כל המסמכים הנדרשים - תקבל מאיתנו הודעה על כך. במקביל, ייבדקו על ידנו נסיבות האירוע והכיסוי הביטוחי, תוך הסתייעות במומחים מטעמנו, כגון: שמאים, מומחים וכד', וזאת בתיאום איתך.

<sup>1</sup> ראה מילון מונחים בנספח המצ"ב

<sup>2</sup> ראה מילון מונחים בנספח המצ"ב

**בירור התביעה ייעשה בשקיפות בנוגע לשלבי הבירור השונים** - עם השלמת המסמכים הנדרשים, ובמידה ויידרש זמן נוסף לבירור התביעה, יישלח אליך עדכון על מצב הטיפול בתביעה, וזאת כ-30 יום לאחר קבלת כל המסמכים. במידה והטיפול בתביעה טרם הסתיים, יישלח לאחר 90 יום, עדכון סטטוס הטיפול בתביעה. לאחר 90 יום נוספים, יישלח עדכון אחרון וזאת עד לסיום הטיפול בתיק (תשלום או תשלום חלקי, או פשרה או דחייה). בנוסף, תוכל לבדוק את שלב הטיפול בתביעתך בכל עת באתר האינטרנט של החברה.

הוראות סעיף זה לא יחולו במקרים הבאים:

- אם פורט בהודעת המשך הבירור מועד עתידי להערכת הנזק, ואז אין צורך במשלוח הודעה בדבר המשך בירור עד למועד האמור, ובלבד שתישלח הודעת המשך בירור לפחות לאחר שנה.
- אם פנה התובע לערכאות משפטיות.
- אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללת דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע צויין כי לא תישלח הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.

**במידה ובמהלך הטיפול בתביעה יתברר לנו, שעל מנת להמשיך את בירור התביעה, נדרשים מידע ו/או מסמכים נוספים, שלא היה ידוע לנו מראש על הצורך בהם – נודיע לך על כך בכתב לא יאוחר מ-14 ימי עסקים מהיום שהתברר לנו הצורך במסמכים.** אנו לא נדרוש ממך מידע ומסמכים, אשר ידוע לנו שאינם נמצאים ברשותך ואינך יכול להשיגם.

**עם קבלת מלוא המידע והמסמכים הנדרשים לנו, נפעל ליידע אותך על עמדתנו לגבי התביעה.** פירוט בכתב על עמדה זו יישלח אליך בתוך 30 יום מהמועד שיהיה בידינו מלוא המידע והמסמכים הדרושים לנו לבירור התביעה.

**אם עדיין יידרש זמן נוסף לבירור התביעה, יישלח אליך עדכון על מצב הטיפול בתביעה.**

- במקרה של תשלום חד פעמי התביעה - נפרט במכתב הנלווה לתשלום התביעה, את מרכיבי התשלום ואופן חישובם, עילת התשלום; גובה הנזק; סכום המס שנכסה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונכסה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה; פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהגוף המוסדי בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה, התקנון או הדין קוזזו מהתשלום; סכום ההשתתפות העצמית; פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לגוף המוסדי 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 שניתוסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור; המועד שבו היו בידי הגוף המוסדי כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.

- במקרה של תשלום עיתי (לרבות קצבה) נפרט במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בפסקה לעיל – את הפרטים הבאים: סכום התשלום הראשון; מנגנון עדכון התשלומים; המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום; משך התקופה המירבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה, התקנון או הדין; משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.

- במקרה של דחיית התביעה במלואה, או דחיית חלקים ממנה - נפרט לך את כל הנימוקים הידועים לנו במועד דחיית התביעה, לרבות הוראות הפוליסה והחוק הרלוונטיות עליהן מסתמכת הדחייה.

- במקרים בהם יהיה מקום להציע הצעת פשרה מטעמנו, או הצעת פשרה נגדית לזו שהוצעה על ידך - תינתן הצעת פשרה סבירה למועד ההצעה, אשר תיקח בחשבון את הנימוקים שביסוד המחלוקת, הנושאים השנויים במחלוקת והסכומים המוסכמים, ואשר תהיה הוגנת. הצעת הפשרה לא תיחשב בשום מקרה כסכום שאינו שנוי במחלוקת. כל עוד לא אישרת את הודעת הפשרה, היא לא תחייב את הצדדים. במקרה של הסדר פשרה, תישלח אליך הודעה בכתב על הסדר הפשרה עם ציון סכום הפשרה עליו הוסכם ויינתן לך זמן סביר לעיין בתנאיה.

- הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו התובע מיוצג על ידי עורך דין וכן במקרה שבו מתנהלת התביעה בבית משפט.

- בכל מקרה בו הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תהיה מנורה פטורה ממתן הודעה לפי סעיף זה החל מאותו המועד.

**אנו נביא לידיעתך את המועד להתיישנות תביעתך** - על פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, מועד ההתיישנות להגשת תביעת מבוטח לתגמולי ביטוח הינו 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח3 (כאשר בביטוחי חובה וחבויות, התביעה הביטוחית אינה מתיישנת כל עוד לא התיישנה תביעת הצד השלישי), ובמקרה של תביעת נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה (למעט תביעת נכות שהתיישנה נכון ליום 24.3.14), מועד ההתיישנות להגשת תביעת מבוטח הנו 3 שנים מהיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי הפוליסה.

<sup>3</sup> מבלי לגרוע מכלליות האמור, בחוק ההתיישנות, תשי"ח – 1958, קבועות הוראות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות. כך למשל, לעניין קטינים.

▪ אנו נדאג לעדכן אותך לגבי מועד ההתיישנות של תביעתך במכתב פתיחת התביעה, הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור.

בנוסף, כל הודעה שתישלח במהלך השנה, שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה (אם תישלח הודעה כלשהי), תכלול את הפסקה הנ"ל.

**נא תשומת ליבך כי הגשת דרישה לחברתנו ו/או ניהול התכתבות איתנו, אינם מפסיקים את מרוץ ההתיישנות, וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.**

• אם לא נכללה פסקה בדבר ההתיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את מנורה כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה למסור ההודעה הכוללת את פסקת ההתיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת ההתיישנות- לא תובא במניין תקופת ההתיישנות (כל זאת- רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב).

• אם לא נכללה פסקה בדבר ההתיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה להתיישנות, יראו את מנורה כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין מועד שליחת הודעה הכוללת את פסקת ההתיישנות ואת מועד ההתיישנות- לא תובא במניין תקופת ההתיישנות (כל זאת- רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות).

• הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

▪ **במקרים של דחייה חלקית או מלאה של התביעה**, תימסר לך הודעה כתובה על כך. נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי הפוליסה או הוראות הדין אשר עליהם נסמכת הדחייה ושעל בסיסם נדחת התביעה. אנו נביא לידיעתך את אפשרויות הערעור על החלטתנו בנוגע לתביעתך.

▪ **פנייה שלך לממונה על פניות הציבור בחברתנו ו/או לכל גורם אחר בחברה, המעלה טענות בנוגע לאופן הטיפול בתביעה או לתוצאותיה** - תטופל על ידנו ברצינות הראויה ובמהירות האפשרית, ותיענה על ידנו בתשובה מפורטת בכתב:

• תקבל אישור בכתב על קבלת הפנייה וטיפול על ידנו, תוך 3 ימי עבודה מיום קבלת הפנייה.

• תעודכן בדבר המסמכים שהתקבלו והמסמכים החסרים.

• התשובה לפנייה תינתן בתוך 30 יום מקבלת מלוא המסמכים והמידע הדרושים לטיפול בה.

• התשובה לפנייה תכלול הסברים בדבר אופן הטיפול בה.

▪ **הודעה בעניין זכות השגה על החלטה**

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

- להשיג על ההחלטה והדרך להגשת השגה, ככל שנקבעו בפוליסה או בתקנון, לרבות זכותך להגיש חוות דעת של מומחה מטעמך.
- להביא את השגתך בפני הממונה על פניות הציבור של הגוף המוסדי, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
- להשיג על החלטת הגוף המוסדי בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.

▪ **בדיקה מחודשת לזכאות**

אנו רשאים לבחון מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, בהתאם לכללים שפורסמו בעניין זה באתר האינטרנט, ככל שפורסמו ו/או שנקבעו בעניין זה בפוליסה, ככל שנקבעו. במידה והחברה תפנה אליך לבדיקה מטעמה, לא תישא בהוצאות הבדיקה המחודשת. כמו כן, אם כתוצאה מבדיקה מחודשת כאמור לעיל, יתברר כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים העיתיים המשולמים לך, יעשה השינוי על פי הכללים שנקבעו לכך, ובהעדר כללים, תימסר לך הודעה על השינוי לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר מ- 60 ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. הודעת השינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד ההחלטה להקטין או להפסיק את התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת הדחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים. למען הסר ספק אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותה של החברה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם מועד ביצוע השינוי האמור.

▪ **אנו נוהגים להיעזר במומחים שונים (כגון שמאי, רו"ח, מהנדס, חוקר שריפות, מומחה מיגון, רופא, חתם, מכון רפואי וכו') לצורך הטיפול בתביעה.**

- אם יהיה צורך להיעזר לשם בירור תביעה במומחה שיפגוש אותך או במומחה שבודק את הרכוש נושא התביעה על מנת להעריך נזק שנגרם לאותו רכוש, בנוכחותך או שלא בנוכחותך, יודיע לך על כך מראש ויסביר לך את תפקידו בקשר לבירור התביעה. אנו נדאג כי מועד הפגישה עם המומחה יתואם עמך מראש.
- מומחה כאמור לעיל לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה ולא יציע פשרה אלא בעניין היקף הנזק אלא אם מדובר בעובד מנורה, שעיקר עיסוקו יישוב תביעות.
- חוות דעת של מומחה שעליה נסתמך לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.

- חוות דעת של מומחה לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.
- הינך רשאי להיות מיוצג, להיוועץ עם מומחה ולהגיש חוות דעת של המומחה מטעמך במקרים בהם חוות הדעת של המומחה מטעמנו אינה מקובלת עליך. מסמכים כגון: דו"ח שמאי, כל חו"ד מומחה שאנו מתכוונים להסתמך עליה וכן, העתק מכל מסמך שחתמת עליו ונמסר לידינו או התקבל אצלנו מכוח הסכמתך - יימסרו לך. העתקים של המסמכים יישלחו אליך בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת בקשתך.
- לגבי מסמך אשר אין באפשרותנו להמציאו – אנו נודיע לך על כך בהודעה מנומקת בכתב. באם מדובר במסמך חסוי, כגון: דו"ח חקירה או חו"ד חסויה על פי דין של מומחה – אין באפשרותנו להמציאם. במקרה שנרצה להסתמך על מסמך חסוי, אנו ניידע אותך על כך.
- **במקרה בו תוגש על ידנו תביעה כנגד צד שלישי לתביעות החזר של נזקינו, אנו נודיע על כך למבוטח בכתב ובזמן סביר, ונפנה את תשומת ליבו לאפשרויות העומדות בפניו להגיש תביעה מטעמו נגד הצד השלישי.** בנוסף, אנו ניידע את המבוטח בתוצאות תביעתנו כנגד הצד השלישי תוך 14 ימי עסקים מיום קבלת פסק הדין בחברה או חתימת ההסכם, ונעביר אליו העתק.
- אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את מנורה לייצג את המבוטח או להטיל עליה חובת ייעוץ.
- **לבקשת צד שלישי, אשר יפנה אלינו לבדיקת קיומה של פוליסת ביטוח אחריות, המתייחסת למקרה שצוין על ידו – אנו ניידע אותו תוך 14 ימי עסקים.**
- **אנו ניידע את המבוטח על תביעת צד ג' שתתקבל בחברתנו, הטוען שהאחריות לתאונה מוטלת על המבוטח, וזאת תוך 7 ימים מיום הדרישה, ונבקש את אישור המבוטח לטיפול בתביעה ותשלום לצד ג'. אם לא יודיע המבוטח על התנגדותו לתשלום הפיצוי בתוך 30 יום - אנו נשלם לצד ג', בכפוף לכיסוי ביטוחי של המבוטח, את תגמולי הביטוח שאנו חייבים למבוטח בהתאם לחבותו.**
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעות המוגשות לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש), התש"ל-1970.
- **אנו נמסור, לבקשת המבוטח, העתק מפוליסת הביטוח בלבד (ה"ז'קט"), וזאת בתוך 14 ימי עסקים. צד ג' יוכל לראות את הפוליסה באתר החברה.**
- **כל המסמכים הנוגעים לתובע ו/או למבוטח ו/או לתביעה, יישמרו על ידנו בשמירה דיגיטלית, ללא הגבלת זמן.**



## חובות המבוטח ו/או התובע

**מופנית תשומת ליבך כמבוטח ו/או כתובע, לחובות המוטלות עליך מכוח החוק והפוליסה, וביניהן:**

- **מתן תשובות מלאות וכנות לכל שאלה, שהוצגה בפני המבוטח במהלך כריתת חוזה הביטוח - על המבוטח לענות על השאלות, עליהן נשאל בשלב שבו מילא את הצעת הביטוח, בצורה מלאה וכנה. כמו כן, על המבוטח להוסיף פרטים מהותיים, גם אם לא נשאל לגביהם, אם הוא יודע שאותם פרטים עשויים להשפיע על רצונה של חברת הביטוח לבטח אותו בתנאים המפורטים בהצעה.**
- **בביטוח שאינו ביטוח חיים ו/או ביטוח מפני מחלות ואשפוז כהגדרתו לעיל הודעה של המבוטח בכתב לחברת הביטוח על כל שינוי מהותי בסיכון, וכן על כל שינוי שמתייחס למבוטח ו/או לרכוש המבוטח, שחל לאחר כריתת חוזה הביטוח - הכוונה למידע, אשר היה גורם לחברת הביטוח שלא לבטח את אותו מבוטח אילו ידעה את המידע מראש, או מידע אשר היה גורם לה לגבות דמי ביטוח גבוהים יותר, או לדרוש אמצעי מיגון מחמירים יותר, כגון ביטול פוליסה קודמת על ידי מבטח קודם או גיל הנהג הצעיר ברכב.**
- **הודעה מיידיית של המבוטח לחברת הביטוח על קרות מקרה הביטוח - בהתאם להוראות סעיף 22 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 – חלה חובה על המבוטח להודיע לחברת הביטוח על קרות מקרה הביטוח מיד לאחר שנודע לו על כך. שיהיו בדיווח יקשה על חברת הביטוח את האפשרות לאמוד את גודל הנזק נכון למועד האירוע, דבר אשר עלול לגרום להתמשכות הטיפול בתביעה, וכן לטענת החברה להקטנת החבות.**
- **הגשת תביעה תוך שמירה על עקרונות ההגינות ותום הלב - מדובר בעקרון יסוד של דיני החוזים. התנהגות מבוטח ו/או תובע, העומדת בניגוד לעקרון היסוד הנ"ל, עלולה להביא להקטנת החבות של המבטח, ובמקרים קיצוניים אף לדחיית התביעה כולה. אנו מפנים את תשומת ליבם של המבוטח ו/או התובע לסעיפים 24-26 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, הדנים בנושא זה.**
- **מילוי אחר חובת הקטנת הנזק - על המבוטח ו/או התובע לנקוט באמצעים סבירים לצורך מניעת או הקטנת הנזק ככל שניתן, כאילו מדובר בנזק שהיה עליהם לשאת בו בעצמם. על פי חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, אין המבטח חייב בתגמולי ביטוח, שהמבוטח ו/או התובע יכולים היו למנוע או להקטין באמצעים סבירים.**

## מילון מונחים

- **מבוטח ו/או 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. מטרתנו הינה להגן על המבוטח ו/או התובע, הפונים אלינו בעצמם או באמצעות נציג כדין מטעמם, וליתן להם כלים וידע לגבי אופן הגשת התביעה והטיפול בה.
- **דף ההסבר** - דפים המכילים את אופן התנהלות התובע מול החברה בסוג תביעה ספציפית, וזכויותיו וחובותיו בעת ניהול התביעה. בין היתר מפורטים סוגי המסמכים, הנדרשים מהתובע בעת הגשת התביעה, זכויות וחובות בגין בחירת שמאי וכד'.
- **יום/ ימי עבודה** - ימי עסקים שאינם כוללים ימי שישי, ימי שבת, ערבי חג, חגי ומועדי ישראל.
- **תביעה** - דרישה ממנורה למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח או הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות כאמור.
- **מומחה** - בין אם הוא עובד של מנורה ובן אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון: שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי.

**נספח - טבלת השוואה בין המועדים והתקופות הקבועות בחוזר לבין**

**המועדים והתקופות שנקבעו על ידי מנורה**

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר	המועד או התקופה לסוגי התביעות במערכת הכללים
8(א)(6)	דרישת מידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים	30 ימים
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים	כל 90 ימים
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים	30-60 ימים
8(יב)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(יג)(1)	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(יג)(2)	הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח צד שלישי	7 ימי עסקים	7 ימי עסקים
8(יד)	מענה בכתב לפניות הציבור	30 ימים	30 ימים
8(טו)(1)	מסירת העתקים מפוליסה או תקנון	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים