

**לקוח/ה יקר/ה,**

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה בגין נזקי גופו בהתאם לדריכים עפ"י פוליסת ביטוח רכב חובה.

את טופס ההודעה ואת המסמכים הנדרשים אנא העבר/י אלינו לכתובות,  
כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' רואול לנברג 36 ת.ד. 37070 תל אביב 6136902, או לפקס שמספרו  
[clal-hova@clal-ins.co.il](mailto:clal-hova@clal-ins.co.il), או למייל שכתובתו זו, 077-6386149

**אונו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו, 6564\*.**

בכבוד רב,

מחלקה לתביעות רכב חובה

מערך התביעות

כלל חברה לביטוח בע"מ

## **הין בירור ויישוב תביעה**

כל חברת לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערכ לבירור ולישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב כנספח א', אשר החברה אימצה לשם כך.

לקוח המעניין להגיש תביעה למימוש זכויותיו לפי תנאי פוליסט ביטוח או לפי תקנון קרן פנסיה, מותבקש לפעול על פי הנקודות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים שנדרשו מהותבע תבחן החברה את זכאות הלוקח לתגמולו ביטוח או לказבה, לפי העניין, בהתאם לתנאי פוליסט הביטוח או לתקנון קרן הפנסיה.

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת מארבע אלה: תשולם מלאה התביעה, תשולם חלקו של התביעה, תשולם במסגרות פשרה, או דחיה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר ללוקח בהתאם למקרה ועל פי הפיוט הקבוע במערכת הכללים (נספח א').

**יודגש כי תביעה לתגמולו ביטוח חובה מתוישנת, על פי חוק, לאחר 7 שנים מיום קரות מקרה הביטוח, בהתאם לקבוע בסעיף 5 לחוק ההתיישנות התשי"ח - 1958.**

**אירוע מקרה ביטוח באזוריים או בשטחים המפורטים בסעיף ג' לפיקודת הביטוח, תחוسب תקופת ההתיישנות לפי הדין החל באזוריים או שטחים.**

**נבהיר כי אין במשלוח דרישת לתגמולו ביטוח לחברת הביטוח כדי לעזר את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עצורה את מרוץ ההתיישנות.**

### **נסיבות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהותבע.**

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסט ביטוח חובה, על הלוקח למלא טופס הודעה על נזק גופ בהתואמת דרכים בנוסח הרצ"ב כנספח ג', דרישת כספית מפורטת ביצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח ב', דף פרטים בנוסח הרצ"ב כנספח ד' וטופס בקשה מידע רפואי ויתור על סודות בנוסח הרצ"ב כנספח ה'.

במידה שהлокח מבקש לקבל שייפוי בגין הוצאות שהוציא, עליו להציג מסמכים מבסיסים.

הוצאות לשיפוי בגין הוצאות תקבע בהתאם לדין, לפוליסט הביטוח ובכפוף למצאת המסמכים.

את הטופס ההודעה ואת המסמכים הנדרשים על הלוקח להעביר אל החברה בכתב:

כל חברת לביטוח בע"מ, ת.ד. 37073 תל אביב 6136902 או טלפון: 077-6383149.

מובהר כי לצורך יישוב התביעה יש לשלווח את טופס התביעה ואת המסמכים לכתובות או לפקס הנזכרים לעיל בלבד, ואין די במשלוח הטופס ו/או המסמכים לכל כתובות או פקס אחרים, לבות לא אל סוכן הביטוח.

במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על המסמכים, התובע נדרש להעבירם חתוםים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדיון, בציורף האישורים המתאיםים.

<sup>1</sup> צוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח – 1958 קביעות הוראות נוספות העשוית להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

נספח א'

## מערכת הכללים

החברה אמיצה מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור, אשר אלה עיקריה:

### משמעותם ומשמעותם בביבורו התביעתית

החברה תמסור לתובע, ו/או לב"כ בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבלה אצלה תביעה, ערכת מסמכים הcoilalt, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורכי בירור ויישוב התביעתית ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורכי בירור התביעתית.

בהקדם האפשרי לאחר שתקבל אצל החברה מידע או מסמך בקשה לתביעתית, החברה תמסור לתובע הודעה בכתב על קבלת המסמך ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה.

אם החברה זוקה למסמך נוסף על אלו שנדרשו על ידי החברה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנסמירה לתובע - על החברה לדודוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מאربع עשר ימי עסקים מהיום שהתרור לחברה הצורך במסמך הנוסף.

### הודעה בדבר מהלן בירורו התביעתית ותוצאותיו

החברה תעsha כל מאמץ ליישב את התביעתית בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנדרשו לראשונה מהתובע, ובכל מקרה בתוך 30 ימים ממועד זה החברה תמסור הודעה לתובע על יישוב התביעתית (בדרכו של תשלום, תשלום חלק, פשרה או דחיה) או תמסור לו הודעה בדבר המשך בירור.

הודעת יישוב תביעתית שתימסר לתובע תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החוזה, בהתאם לאופן בו יושבה התביעתית: הודעה תשלום חלק, בין השאר, פירוט סביר ובבירור בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שמדובר תשלום עיתוי, הודעה תכלול בנוסף, בין השאר, אם את משך התקופה עד לביקוח מחודשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחדשת של הזכאות.

הודעת פשרה שתימסר לתובע שאינו מוצג תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד המחלוקת ואת הסכום שנקבע בפרשה.

הודעת דחיה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחיה לרבות התנאי, ההנחה או הסיג המהווים בסיס לדחיתת התביעתית.

מקום שנמסרת לתובע הודעה המשך בירור, תכלול הודעה את הסיבות בגיןן נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעתית וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים.

## התישנות

لتשומת לבך, בהודעת תשלום, הودעת דחיה והודעת המשך בירור ראשונה תתווסף פסקה אשר בה תציגו בהבלטה מיוחדת תקופת התישנות הרלוונטיות לסוג הפוליסה נשוא תביעה, וזאת בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות.

יודגש-הגשת תביעה לחברת אינה עוצרת את מרוץ ההתישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתישנות.

## היענות לפניות מבוטח או טובע

כל פניה בכתב של מבוטח או טובע תיינה על ידי החברה בכתב בתוך שלושים ימים לכל היתר ממועד קבלת הפניה בחברה.

בקשה של טובע לקבל העתק ממסמך אשר התובע חתום עליו או ממסמך אשר הגיע לידי החברה מהתובע או בהסכמה, תיינה בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת>bקשה בחברה.

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהו רף את העקרונות על פייהם תנאג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיף 8 לחוזר גופים מוסדיים (2011-9-5 בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור כלשונן). בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחסコン במשרד האוצר בכתובת: <http://ozar.mof.gov.il/hon/2011/insurance/insurance.asp>.

## נספח ב

- רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב התביעה  
תביעה מכוח פוליסטה ביטוח חובה
- דרישת כספית מפורטת בצוירוף מסמכים להוכחתה
  - טופס הודיעה על נזק בתאונות דרכים מלא וחתום, מצ"ב
  - דף פרטיהם למעורב בתאונות דרכים מעודכן במלואו, חתום ומאושר, מצ"ב
  - טופס בקשה מידע רפואי וויתור על סודיות חתום ומאושר כדיין, מצ"ב
  - כשתובע מיזג-יפוי כוח הכלול את שם התובע ותאריך האירוע חתום ומאושר כדיין.
  - כשתובע הינו קטין מיזג-יפוי כוח חתום על ידי 2 הווי הקטין, בציון שמות ההורים, ת.ז. שלם ותאריך האירוע חתום ומאושר כדיין.
  - צילום תעודה זהות וספח או צילום דרכון
  - תעודה חובה משולמת למועד האירוע
  - אישור משטרת בגין האירוע
  - צילום רישיון נהיגה של הנהג על שני צדדיו תקין ליום האירוע
  - במקרה של נהג תושב בחו"ל-צילום רישיון נהיגה משני צדדיו וצילום דרכון לרבות פירוט כניסה ויציאות מהארץ
  - שמות העדים למקרה ופרטיהם
  - דוח שמא依/או קבלות על תיקון הנזק לרכב
  - רשימת הרופאים המטפלים לפני ואחרי האירוע
  - תיעוד רפואי מיום האירוע ואילן הקשור לאירוע
  - מסמכי חדר מօון/בית חולים/מוקד רפואי
  - דוח פינוי אמבולנס
  - אישורי אי כוشر
  - תצהיר בריאות מפורט חתום ומאושר כדיין
  - תמונות מקוריות מעודכנות של האיבר הפגוע. (על התמונה להיות בצבע בציון תאריך הצילום)
  - תלושי שכר 3 חודשים לפני האירוע ומאז האירוע ועד היום
  - פרטי קרן פנסיה
  - במידה וההתובע נפטר - תלושי שכר של האלמן/נה מ- 3 חודשים לפני האירוע ומzd האירוע ועד היום 106 טפסי
  - דוחות שוממה
  - דוחות מע"מ
  - אישור מעביד על היעדרות מהעבודה בתקופת אי הכושר
  - אישור מעביד על העדר השתכרות בתקופת אי הכושר

- אישור מביה"ס/גן על ימי היעדרות עקב האירועים בציון תאריכים
- קבלות על הוצאות כל שקשורת לאירוע
- חשבון מד"א עבור פינוי מקום האירוע
- טופס תביעה לדמי פגעה של המוסד לביטוח לאומי
- דוחות הוודאות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי
- פירוט התגמולים שהתקבלו מהמוסד לביטוח לאומי
- פירוט אודות קצבאות ונוספות המתקבלות מהמוסד לביטוח לאומי
- פירוט קצבאות המתקבלות מקרן פנסיה או מחברת ביטוח
- צו ירושה/צו קיום צוואה מאושר כדין עם חותמת נאמן למקור
- תעודה פטירה במידת הצורך
- דוח משרד העבודה לארגוני האירוע

שם הסוכן	מס' סכום רישי
מס' סכום פוליסה	תאריך אירוח

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים אחד

**נספח ג'** טופס הודיעעה על נזק גופו בתאונת דרכים

**הודעה על נזק גור בתאונת דרכים**

1. כרטיס בעל הפלישה

שם המשפחה	שם הפרט/י	מספר זהות / ס.ב.	מספר טלפון	שם פרטי	שם המשפחה
חוכם	מיס' או ת"ד	ישוב	מיקוד	דוא"ל	טלפון
מספר הטלפון	מספר הנייד	מספר טלפון בעבודה	מתקיעו / עיסוק	שם המשפחה	שם הפרט/י

## 2. פרטי הנהג ברכב בעת האירוע

שם המשפחה	שם הלקוח	כתובת ביתו / ס.ב.	מספר זהות	תאריך לדזה
רחוב	מספר בית	מיוקן	שם יישוב	שם' או ת"ד
מספר הטלפון	מספר הנייד	מספר טלפון בעבודה	אם נהג ברשות המבוקש?	<input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
עיסוק / מקצוע	קשר נגה / בעל פולישה			
מספר רישיון הנהיגה	אם הרישיון נכון?	סוג / דרגת רישיון	בתוקף עד	תאריך הוצאת רישיון הנהיגה <input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

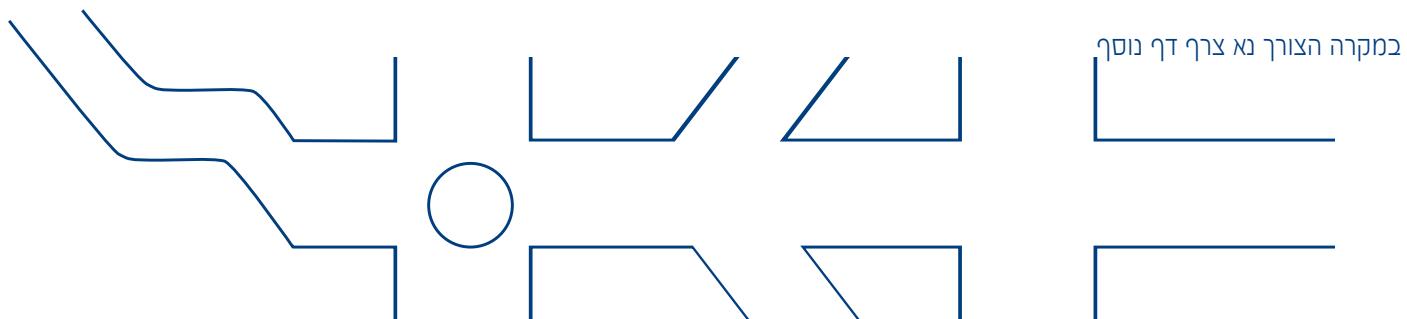
### 3. פרטי הרכב

שם על שם	שנת יצור	דגם	יצן
<input type="checkbox"/> כרטיסי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> מוניט	<input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/> אוטובוס <input type="checkbox"/> גורר / נגרר	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> אם הרכב מושכר ע"י המעבד? <input type="checkbox"/> אם בשימוש המעבד?

4. פרטי האירוע

תאריך אירוע	יום בשכוע	שעה	כתובת מקום האירוע: עיר / איזור / כביש
<input checked="" type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	שם התחנה	מספר יומן / אירוע	האם הוגא לדיית המשטרה?

תיאור האירוע



מוקדי הנזק ברכב המבוטה: **קדמי** **אחרוי** **ימני** **שמאל** אחר  
מוקדי הנזק ברכב צד כ: **קדמי** **אחרוי** **ימני** **שמאל** אחר

5. פרטי צד ג' 1

6. פרטי צד ג' 2

## 7. עדים למקורה

שם המשפחה	מספר הנייד	הקשר של העד למקום האירוע	שם הפרט	מספר זהות / ס.ב.
קרבה לבעל הפוליסה	מספר הניד'	הקשר של העד למקום האירוע	שם הפרט	מספר זהות / ס.ב.

#### **8. פרטי הנפגעים ברכב המבוטח** אם מספר הנפגעים המעורבים עולה על 2 נא צורן דף גנש

האם באירוע קיימים נפגעים?

9. פרטי נפגע 1

## כרט נסיעה 2

שם המשפחה	שם הפרט/ ס.ב.	תאריך לידה	מספר זהות / ס.ב.	שם המטופל
רחוב	מספר או ת"ד	ישוב	מיקוד	דוא"ל
סוג הנסעה <input type="checkbox"/> נסיעת מסע <input type="checkbox"/> הולך רגל <input type="checkbox"/> רוכב אופניים <input type="checkbox"/> אחר				
מזהות הנסעה				
שם המוסד <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
שם בית החולים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
היעדרות מעובודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
במהלך העבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
כינה למ.ל.ל. <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
חברות בקשר חולום <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> ממכים				
סנייה				
שם הרופא המטפל				
שם הסנייר				
בדרכו לעובודה או ממנה				
נסעה פרטית <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
הסעה בשכר של המעבד				
עד תאריך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
האם גנרומו הכספי השתקורת?				
חופשת מחלה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
עד תאריך <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
מ��ירות <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
שם הענף				

### 8. מסמכים שיש לצרף

- צילום רישון ורכב
- צילום רישון נהיגה
- צילום תעוזת זהות
- צילום תעוזת ביטוח חובה.
- אישור משטרת
- תעוזד רפואי

### 9. התישנות:

**יודגש כי תביעה לתגמול ביטוח מתישנת על פי חוק לאחר 7 שנים מיום קורת מקרה הביטוח בהתאם לקבע בסעיף 5 לחוק התישנות, תש"י"ח, 1958 (1).**

**מקרה ביטוח שאירע באזרורים ובשתחים המפורטים בסעיף 3 ג' לפיקוד הביטוח תריה תקופת התישנות לפי הדין החל באוטם אזרורים או שטחים.**

נכיר כי אין במשלוך דרישה לתגמול ביטוח לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ התישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עצרת את מרוץ התישנות. אין בקבלת טופס הودעה זה, משום התcheinכות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוח או בנסיכות או בחוכבה לשלם תגמול ביטוח.

### 10. הצהרות:

אני מתחייב להתקשר ולהודיע לחברת הביטוח, מיד עם קבלת הודעה/تبיעה כלשהי בקשר לטענה הנ"ל, מכל גורם שהוא.
הרוני מצהיר כי כל הפרטים שמסרטתי היום נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עוזzáה וכרטס בקשר לטענה.
אני מאשר כי הובא לדעתני ואני מסכים כי הפרטים שמסרטתי ו/או כל מידע שייעץ לידיtet החברה, יוחזקו במANGER מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרבות נושא הביטוח וכי הפרטים אלה עשויים להימסר למANGER מידע נוסף בספקות "כל ביטוח", מאגרי מידע המשמשים את ענף הביטוח בארץ, וכן כל הנדרש על-פי כל דין.
תאריך _____ שם _____ מספר זהות _____ חתימה _____

1. יצוין כי בחוק התישנות, תש"י"ח 1958 (1) קבועות הוראות נס忿ות העשוויות להשפיע על תקופת התישנות, למשל לעניין

**נספח ד' - דף פרטיהם**  
ambil'i l-pagou b-zekiyot u-mbel'i la-hcir b-chavot

תביעה מס' אירוע מיום

**ambil לפגוע בזכויות ומוביל להכير בחבות**

**דף פרטים** בצד שמאלה באפשרותנו לטפל בחביעה נקשר למלא את דף הפרטים המפורטים להלן ולהציגו לחדרתו. שאלון זה נocket בלשון זכר, ונתן למשגיחות בלבד, ולפיכך כל מקום בו מצינו פלוי זכר הכוונה הניה בהתאם גם לנקבה- תעבורה.

שם המשפחה	שם הלקוח	שם המרשמי	תאריך לדקה	מספר זהות / דרכון	שם, נייד
רחוב טלפון	שם, נייד	ישוב	שם' או ת"ז	מייקוד	דוא"ל

**ארץ לידה** אם לא נולدت בארץ, בא ציון ארץ מוצא ושבנה עליה אזרחות ישראלית / שטחים / אחר.

פרטי הפנה בעת האירוע:

שם המשפחה	שם הפרט/י	תאריך לידה	מספר זהות / דרכון	שם, נס"ד
רחוב	יישוב	שם או ת"ז	מיקוד	שם, טלפונ
שם רשות	בתוקף עד	תאריך הוצאה רשיון		

פרק הרכב:

שם המבוקש	שם בעל הרככ	כתובת בעל הרככ	מספר רישוי	סוג רכב	מספר זהות של בעל הרככ
<input type="checkbox"/> פרטי <input type="checkbox"/> מסחרי <input type="checkbox"/> מונית <input type="checkbox"/> אוטובוס <input type="checkbox"/> אחר	מספר טלפון			<input type="checkbox"/>	

פרטי האירוע

תאריך האירוע	יום בשבוע	מקום האירוע	שעת האירוע
האם נפגעת כ- _____			
<input type="checkbox"/> נג <input type="checkbox"/> נסע <input type="checkbox"/> חולן רגלי <input type="checkbox"/> רוכב אופניים <input type="checkbox"/> אחר			כיצד התרחש האירוע: _____

<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	שם העד	אם הוא עד לאיורע
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	שם העד	תובעת
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	תובעת	תובעת
אם נמסרה הודעה על האירע למשטרה <input type="checkbox"/> כן, מס' תיק _____		
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	שם הנגע	אם הוא נגעים נוספים <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	שם הנגע	שם הנגע הנגע הנגע שמשך - <input type="checkbox"/> נהג <input checked="" type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> חולץ <input type="checkbox"/> רוכב אופניים <input type="checkbox"/> אחר, פרט
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	שם הנגע	שם הנגע הנגע הנגע שמשך - <input type="checkbox"/> נהג <input checked="" type="checkbox"/> נוסע <input type="checkbox"/> חולץ <input type="checkbox"/> רוכב אופניים <input type="checkbox"/> אחר, פרט
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	שם הנגע	שם הנגע אם הוא מוערכים באירוע כל רכב נוספים? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, פרט מס' רישוי _____
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	שם הנגע	שם הנגע אם היה מגע עם רכבצד ג'? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, כוילסת חוכה
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	שם כ"ח	שם כ"ח אם פונית מקום האירע באמצעות אמצעות אמבולנס? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, אם כן מהTheta אשפוזת _____ תקופת האשפוז
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	מתי	אם לא, הין טופלת להאונה בעקבות האירע? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, פרט סוג הטיפול, מיהו הגורם המטפל?
איל סכבים ומונבלות הנן סובל כיום כתואזה מהאירע? _____ <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן		
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	אם התאונה ארעה בדרך מהעובדת הביתה? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	אם התאונה ארעה במהלך העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	אם הרכב שיר למעביד? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	אם התאונה ארעה בדרך לעבודה? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן

## נספח ד' - דף פרטיים

### כרט依 האירוע:

אם ההצעה ארגעה במהלך העבודה או בדרך אליה, האם הועברה הודעה נוספת לביטוח לאומי?  כן, סניף \_\_\_\_\_

אם המוסד לביטוח לאומי הכיר באירוע כתאות בעודה?  כן, סניף \_\_\_\_\_  
אם לא, נא פרט את הסיבות לדחית התכנית וצרף את טופס הדעת הדחיה של המ.ל.ב.

אם כן, נא פרט:

מהו סך דמי הפניה שקיבלת מהמוסד לביטוח לאומי ובגן איזו תקופה?

מהו סך גמלת/קצבת הנכות החמונית שקיבלת מהמוסד לביטוח לאומי ובגן איזו תקופה?

אם קיבלת מענק בגין פרט סכומו ומועד קבלתו \_\_\_\_\_

אם הנך מקבל קצבת נכות צמיתה, נא פרט את סכום הקצבה החודשית - 12 החודשים הבאים:

מרhn יתר טבות ההמאה שקיבלת או שהן מקבלת ממוסד לביטוח לאומי עקב האירוע? פרט אותן וbamן מתבטאות בסכום צין את סכומיהן:

אם פנית לקבצת נידות ו/או קצבה מיוחדת? אם כן פרט סכמת הפניה ומה הייתה תוצאתה:

אם לא, מודיע לא פנית \_\_\_\_\_

אם פנית לשיקום במסגרת הביטוח הלאומי? אם כן פרט מה עברת במסגרת השיקום ומה היו תוצאותיו:

פרט השכר שקיבלת בזמן השיקום: \_\_\_\_\_ אם לא פרט מודיע לא פנית \_\_\_\_\_

אם לא מזכיר בתאות בעודה, נא פרט דילוקן:

אם פנית בבקשת לקבצת נכות במסגרת ביטוח לאומי?  כן, סניף \_\_\_\_\_ לאיזה סניף?: \_\_\_\_\_

מה הנכות שנקבעה והחל ממתי? \_\_\_\_\_ אם לא, מודיע לא פנית? \_\_\_\_\_

אם פנית בבקשת נידות במוסד לביטוח לאומי?  כן, סניף \_\_\_\_\_ לאיזה סניף?: \_\_\_\_\_

מה הייתה החלטתך? \_\_\_\_\_

אם לא מודיע לא פנית? \_\_\_\_\_

אם פנית בבקשת סיoud במוסד לביטוח לאומי?  כן, סניף \_\_\_\_\_ לאיזה סניף?: \_\_\_\_\_

מה הייתה ההחלטה? \_\_\_\_\_

אם לא מודיע לא פנית? \_\_\_\_\_

אם פנית בבקשת שירותים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי? אם כן מתי פנית? \_\_\_\_\_ לאיזה סניף?: \_\_\_\_\_

מה הנכות שנקבעה והחל ממתי? \_\_\_\_\_

אם לא, מודיע לא פנית? \_\_\_\_\_

במקרה של תובע שנפטר, האם נעשתה פניה לענף תלויים/שראים במוסד לביטוח לאומי?  כן, אם מה הייתה ההחלטה? \_\_\_\_\_

אם לא, מודיע לא פנית? \_\_\_\_\_

אם מזכיר בהසעה מאורנטה של מעבירך?  כן, סניף \_\_\_\_\_

האם נשאת בהוצאות מיוחדות עקב האירוע פאד היום?  כן, סניף \_\_\_\_\_

אם כן נא פרט כל הוצאה בנפרד - סכום ומועד הוצאה, או צרף הקבלות ביןין.

אם העסקת עזרה בבית לפני התאונה?  כן, אם כן, נא פרט מועד ההעסקה ותכליתה \_\_\_\_\_

פרטני נתן העזרה \_\_\_\_\_ נא פרט הסכומים ששילמת לנוטן העזרה \_\_\_\_\_

האם העסקת עזרה בבית אחר התאונה?  כן, אם כן, נא פרט מועד ההעסקה ותכליתה \_\_\_\_\_

פרטני נתן העזרה \_\_\_\_\_ נא פרט הסכומים ששילמת לנוטן העזרה \_\_\_\_\_

שם קופת החולים בה הנקח חבר \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ שם רופא משפחתי \_\_\_\_\_

האם הייתה חברות כופ"ח אחרת קודם לקופ"ח הנוכחית?  כן, אם כן פרט את קופ"ח, הסכמים ומועד החברות \_\_\_\_\_

האם שרתת שירות סדיור בצה"ל?  כן, מספר איש \_\_\_\_\_ כחופיל צבאי בעת ניסר \_\_\_\_\_

האם היו שינויים בכוחופיל הצבאי וכסיעכי הליקוי מאי ניסר ועד היום?  כן, סניף \_\_\_\_\_

אם כן, פרט אילו שינויים חלו ומתי \_\_\_\_\_

האם שוחררת שירות מוקדם עקב טיפול רפואי או אחריות?  כן, אלו סיבות ומתי? \_\_\_\_\_

אם לא שוחרת בצה"ל, נא פרט הסיבה לכך \_\_\_\_\_ נא פרט להשלן לכני האירוע?  כן, אם כן מתי? \_\_\_\_\_

אלן כביעות נגרמו? \_\_\_\_\_

## נספח ד' - דף פרטיים

### כרטי האירוע:

אם אושפזה או טיפולת עקב פגימות אלה? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, רפואי הין ומתי _____ אם הנשת תביעה בגין תאונות/פיגימות הנ"ל לגורם כלשהו לרבות חברות ביטוח, הביטוח הלאומי, קצין התגמולים או כל גורם אחר? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, אם כן פרט לאיזה גורם פנית, מה היה סוג התביעה ומה הייתה תוצאתה _____	
אם נקבעו לר"ע גורם כלשהו נכויות בקשר לתאונות / פגימות הללו? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, אם כן בקשר לאיזה תאונות/פיגימות? _____ מהם שיעורי הנכונות? _____ אם ארעו לך תאונה/ות ו/או פגעה/ות ו/או מחלת/ות כלשון אחרי האירוע? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, אם כן מתי? _____ אלו פגימות גורמו? _____	
אם אושפזה או טיפולת עקב פגימות אלה? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, רפואי הין ומתי _____ אם הנשת תביעה בגין התאונות/פיגימות הנ"ל לגורם כלשהו לרבות חברות ביטוח, הביטוח הלאומי, קצין התגמולים או כל גורם אחר. <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, אם כן פרט לאיזה גורם פנית _____ מהו סוג התביעה ומה הייתה תוצאה _____ <td></td>	
אם נקבעו לר"ע גורם כלשהו נכויות בקשר לתאונות/פיגימות הללו? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, אם כן בקשר לאיזה תאונות/פיגימות, מהם שיעורי הנכונות? _____ באלו תחומי רפואי רפואה נקבעו? _____ אם נקבעה לך דין בקשר לאירוע? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, אם כן פרט את הנכות שנקבעה ומהו הגורם שקבע _____ אם הנר חרב בקשר הפניה? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, אם כן ציון פרטי הקין _____ אם קיימות זכאות לקבלת כספים מקרן פנסיה בקשר לאירוע? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן _____	

### כרטי מקום העבודה

שם המ עסק	תקופת העבודה אצל כל מעסיק	מיודיע	אם יש קרבה בין לבין המעסק?
רחוב _____	שם המעסיק _____	שם המעסיק _____	<input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן _____
מספר _____	שם המעסיק _____	שם המעסיק _____	דוא"ל _____

### מקומות עבודה בהן עבדת ב-3 השנים האחרונות

שם המ עסק	תקופת העבודה אותו מילאת	התפקיד אותו מילאת	תקופת העבודה אצל כל מעסיך
מהן כל העבודות בהן עבדת מאד האירוע ועד היום? _____	מהן כל העבודות בהן עבדת מאד האירוע ועד היום? _____	שם המ עסק _____	שם המ עסק _____
פרט שכרך ו/או הכנסותיך מכל מקור שהוא בכל חדש לגבי התקופה של 12 חודשים לפחות לפני האירוע ועד היום. ניתן לצרף תלושי שכר במקום הפקחות. לגבי עצמאי, יש לציין דוחות מס הכנסה, שומות מס _____	פרט שכרך ו/או הכנסותיך מכל מקור שהוא בכל חדש לגבי התקופה של 12 חודשים לפחות לפני האירוע ועד היום. ניתן לצרף תלושי שכר במקום הפקחות. לגבי עצמאי, יש לציין דוחות מס הכנסה, שומות מס _____	שם המ עסק _____	שם המ עסק _____
אם נעדרת מעבודתך בעקבות האירוע? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, מיום _____ עד _____ תאריך חוזה לעובדה _____ אם חוזרת לעובדה מלאה? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן _____	אם נעדרת מעבודתך בעקבות האירוע? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, מיום _____ עד _____ תאריך חוזה לעובדה _____ אם חוזרת לעובדה מלאה? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן _____	שם המ עסק _____	שם המ עסק _____

יודגש כי תביעה להגמול ביטוח מתישנת על פי חוק לאחר 7 שנים מיום קרות מקורה הביטוח בהתאם לקובע בסעיף 5 לחוק התביענות התשי"ח 1958 (1) נבהיר כי אין במלול דרישת להגמול ביטוח לחברת הביטוח כדי לעצור את מරץ התביענות האמור וכי רק הגשת תביעה לቤת המשפט עצרת את מרץ התביענות. מקורה ביטוח שארע באזרום ובשתחם המפורטים בסעיף 3 ג' לפקודת הביטוח תהיה תקופת התביענות לפי הדיון החל באותו אזורים או שטחים.

הרי מבהיר כי כל הضرיטים שמדובר היום נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לתאונת _____.
אני מאשר כי הובא לדעתני ואני מסכים כי הضرיטים שמדובר בהם או כל מידע שיופיע לדעת החברה, יוחזקו במANGER מידע ממוחשב בו נוגעת החברה לרוץ נתונים בנושאים הביטוח ומיafari אליו עשויים להימסר למANGER מידע נוספים בקבוצת "כל ביטוח", מאגרי מידע המשמשים את ענף הביטוח בארץ, וכן כל המדרש על-פי דין.
חתימה _____
אישור נ"ז _____
הנני עוזד _____ מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע בפני _____ בעל ת.ז _____ ואחרי שהזהרתי כי עלו להציג את האמת וכי היה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, חתום על ההצהרה הנ"ל בפני _____.
חתימה _____
שם _____

אין בקבלת טופס זה משום הכרה בחבות או משום הודהה בטענה כלשהי העומדת לנו על פי דין ו/או על פי תנאי הפוליטה

1. יצוין כי בחוק התביענות, תשי"ח - 1958 קבועות הוראות מסוימות להשဖיע על תקופת התביענות, למשל לעניין קטין.

## נספח ה' - טופס בקשה מידע רפואי וויתור על סודיות

### חלק א':

אני הח"מ \_\_\_\_\_ במקורה של כתין ירשמו פרטיו.

שם פרטי	שם המשפחה	שם תעודה זהות	שם האב
רחוב	מספר מס' או ת"ד	מי קוד	ישוב

נוthen זהה רשות לכל עובד רפואי או מוסד רפואי לרבות קופות החולים ולרבות בת חולים פסיכיאטרים, רפואיים, עכדיון, ואו מי מטעמן או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי או לצבאה הגנה לשראל או משרד הביטחון או לכל עובד בתחום הסוציאלי או הסיעודי או למבטחים או לאן מקרקת ואו לפחות ממסו ל**קבוצת כל ביטוח** או בא כוחה או מי מטעמה (להלן "המקבשים") את כל הפרטים המציגים בדי נוטני השירותים שיפורט להלן לאו יצא מן הכלול ובאופן שידרשו המקבשים על ממצוי הבריאותי ואו הסוציאלי ואו מוצבי בתחום הפסיכומטי או השיקומי או כל מחללה שחלית בה בעבר או שאוי חוליה בה בעת.

אי משחרר זהה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ולרבות בת חולים פסיכיאטרים או כל רפואי מרופאים או כל עובד מעובדים או כל מוסד ממוסדותיהם כלל בת חולים כליליים או פסיכיאטריים או שיקומיים וכל מסנני מוסדותיהם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצוות הבריאותי אוו השיקומי אוו הסוציאלי אוו הפסיכומטי ומתרו להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנכתב על שמי עצמו נוטני השירותים שיפורט להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשם לו.

הנני מוויתר על סודיות זו כלפי המקבשים ולא תהא לא אל המוסדות לרבות קופות החולים או למי מרופאים או עצובדים או מי מטעמן או נוטני השירותים שלhalbן, כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשת זו ייפה גם לפני חוק הנתנת הפרטיות התשמ"א - 1981 והוא חלה על כל מידע רפואי או אחר המציג במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים או רפואיים או עצובדים או מי מטעמן או נוטני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתוב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:  
או על המידע המפורט להלן \_\_\_\_\_ :

### חלק ב':

שם המוסד	שם חבר	מספר חבר	שם נספח	קופ"ח
רפואיים	.1	.2	.2	.4
מכונים	.1	.2	.2	.4
מס' אישי בצה"ל קופ"ח קודמת				
במקורה	שם האב	שם האם	תעודת זהות	תעודת זהות

תאריך \_\_\_\_\_ עד לחתימה ומספר ת.ז. \_\_\_\_\_ במקורה של כתין - חתימת אופטופס

אי הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מתר בזאת לכל חברות ביטוח למסור **קבוצת כל ביטוח** או לכל מי שבא או פועל מטעמה, מידע אודות תאונות דרכים, לרבות נזקי גוף שנגרמו, אם נגרמו או ארעו לי בעבר.  
לא תהיה לי כל טענה או תביעה מסווג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
שם המטלל \_\_\_\_\_ מס' תביעה \_\_\_\_\_