



## טופס תביעה לניתוחים בארץ ופיצוי/שיפוי בגין ניתוח שבועי הנחיות להגשת תביעה

מבוטח/ת נכבד/ה

דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:

בכל מקרה של צורך בניתוח יש לפנות באופן מיידי למחלקת תביעות בריאות באמצעות פרטי הקשר המופיעים מעלה.

יש להעביר טופס תביעה זה מלא כנדרש. במידה וברשותך מסמכים רפואיים נוספים רלוונטיים לניתוח, יש לצרפם לטופס התביעה. במידת הצורך עשויה החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך בירור החבות בתביעה. תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

### ניתוח עתידי

לפניך מספר אפשרויות לביצוע הניתוח:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללת את מיטב המנתחים בתחום.
2. בפוליסות ששווקו לפני ה-1.7.16, ובכפוף לתנאי הכיסוי שברשותך, באפשרותך לבצע את הניתוח באופן פרטי באמצעות מנתח ו/או בי"ח שאינו מצוי בהסכם עם חברתנו. במידה ונמצאת זכאי להחזר, ההחזר בגין הניתוח יעמוד על סכום ההחזר למנתח הסכם, את תקרות ההחזר תוכל לראות באתר האינטרנט שלנו.
3. במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת חולים.

### ניתוח שבועי

1. ניתוח בבי"ח פרטי (שיפוי/פיצוי)

ניתוח שבועי במימון עצמאי או באמצעות הביטוח המשלים של קופת החולים או גורם מבטח אחר, יש להעביר אלינו סיכום ניתוח, מסמכים רפואיים רלוונטיים וקבלות (במידה והוגשה בקשה להחזר הוצאות במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שתבע ושולם לו).

2. ניתוח בבי"ח ציבורי (פיצוי)

במידה ועברת ניתוח בבית חולים ציבורי, יש להעביר דו"ח ניתוח ומסמכים רפואיים רלוונטיים, יתכן והנך זכאי לפיצוי כספי על פי הפוליסה שברשותך.

3. מחלקה ראשונה - פיצוי לאחר אשפוז חירום בבית חולים ציבורי  
יש להעביר אלינו סיכום אישפוז מלא.

4. החלמה מושלמת - פיצוי לאשפוז בבית חולים כתוצאה ממחלה  
יש להעביר אלינו סיכום אישפוז מלא.

### התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח, התשמ"א (1981) ועל פי הוראות הפוליסה, חלה התיישנות על בקשה לתשלום תגמולי הביטוח, לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

במקרה והתובע קטין, שנות התיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם.

לתשומת לבך, הגשת תביעה לחברה וניהול התכתבות עימה, אינה עוצרת את מרוץ התיישנות, אלא רק הגשת תביעה לבית משפט.

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

בכבוד רב,

מחלקת תביעות בריאות  
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

עמוד 1 מתוך 13

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

# טופס תביעה לניתוחים בארץ ופיצוי/שיפוי בגין ניתוח שבועי חלק א' – למילוי על ידי המבוטח

מבוטח נכבד,

אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. מובהר כי קבלת טופס זה על ידי המבוטח אינה מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבוטח.

**יש לסמן בעיגול את הגורם הממלא את טופס התביעה:** מבוטח / בן או בת זוג של מבוטח / בן או בת של מבוטח / הורה של מבוטח (במקרה של קטין) / סוכן ביטוח / עו"ד

**סוג התביעה (יש לסמן X):**

ניתוח עתידי  ניתוח שבועי  החלמה מושלמת/מחלקה ראשונה

| א. פרטי המבוטח   |  |                      |                              |              |
|--|--|----------------------|------------------------------|--------------|
| שם משפחה   | שם פרטי  | מספר זהות            | עיסוק                        | מספר הפוליסה |
| שם קופת חולים  | סניף   | רופא משפחה מטפל      | שם הרופא המקצועי / מכון מטפל |              |
| מס' טלפון בבית   | מס' טלפון נייד   | דוא"ל                |                              |              |
| ב. אופן משלוח הודעות - נודה לבחירתך את אופן ההתקשרות   |  |                      |                              |              |
| <input type="radio"/> דואר אלקטרוני (מאובטח) <input type="radio"/> דואר ישראל  |  |                      |                              |              |
| כתובת דוא"ל  | מס' טלפון נייד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל)         |                      |                              |              |
| אני מעוניין כי כתובת דוא"ל זו תשמש גם בתביעות עתידיות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא  |  |                      |                              |              |
| לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיוור ההודעות ישלחו באמצעות כתובת דואר ישראל כפי שמעודכנת בחברתנו.  |  |                      |                              |              |
| <b>ככל שהינך מיוצג ע"י עורך דין, הודעות בדבר בירור התביעה ישלחו אלינו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, אנא הקפד על מילוי כתובת הדוא"ל של עורך הדין:</b>   |  |                      |                              |              |
| <input type="radio"/> דואר אלקטרוני (מאובטח) <input type="radio"/> דואר ישראל  |  |                      |                              |              |
| כתובת דוא"ל  | מס' טלפון נייד של עו"ד (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעת דוא"ל) |                      |                              |              |
| כתובת דואר ישראל: רחוב   | מס'  | בית                  | עיר                          | מיקוד        |
| אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח   |  |                      |                              |              |
| שם הסוכן   |  |                      |                              |              |
| פרטי הסוכן:  | מס' טלפון נייד של הסוכן  | כתובת דוא"ל של הסוכן |                              |              |
| הריני מאשר/ת בזאת למנורה מבטחים ביטוח (להלן – "מנורה") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח (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 _____   |                      |                              |              |

**מעבר מידע בין החברות בקבוצת מנורה, שמירה במאגרי מידע -** הריני לאשר שהפרטים שמסרתי לכל חברה מחברות קבוצת מנורה ו/או כל מידע בקשר אלי שיגיע 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 חיג אוטומטי, הודעות אלקטרוניות והודעות מסר קצר.

חתימה: X

### ג. ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לביטוח המשלים בקופה או לביטוח פרטי אחר?  לא  כן, פרט \_\_\_\_\_

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

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

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

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

\* באפשרותך לתבוע גם את הביטוח המשלים של קופת החולים או את הביטוח הפרטי בחברה אחרת, באם קיים ברשותך. במידה ותעשה כך, יוחזר לך ההפרש בין הסכום הנתבע לסכום ששולם על ידי הגורם האחר ועד לסכום הנקוב בתנאי הפוליסה וללא ניכוי השתתפות עצמית.

\* שים לב כי לפי תנאי הפוליסה והדין, כאשר הפוליסה מקנה זכאות לשיפוי, **בכל מקרה**, סכום ההחזר מכל הגורמים יחד לא יעלה על ההוצאה בפועל.

**הריני מצהיר כי הקבלה המקורית ברשותי או לחילופין, כי במידה ותבעתי או אתבע את הביטוח המשלים בקופת החולים / ביטוח פרטי בחברה אחרת ("גורם אחר"), אדווח על כך למנורה מבטחים ביטוח.**

**במקרה שתבעתי/אתבע גורם אחר, יש למלא את הפרטים הבאים ולצרף העתק קבלה וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שנתבע ושולם.**

שם הגורם האחר שנתבע \_\_\_\_\_ הסכום ששולם ע"י גורם זה \_\_\_\_\_

חתימה: X

תאריך \_\_\_\_\_

**ד. פירוט התביעה**

האם נקבע תאריך לניתוח?  כן  לא  
במידה וכן, מועד הניתוח: \_\_\_\_\_

שם הרופא המנתח: \_\_\_\_\_ שם בית החולים: \_\_\_\_\_

בקשה לאישור ותיאום ניתוח  
האם יש לך זכאות להשתתפות של קופ"ח במימון הניתוח?  לא  כן, אמצעי התחייבות מקופ"ח (ט' 17)

**למלא במקרה של תביעה להחזר הוצאות/פיצוי**  
 בקשה להחזר הוצאות רפואיות - פירוט:

| תאריך | הסכום בש"ח | פרטי הוצאה |
|-------|------------|------------|
|       |            |            |
|       |            |            |
|       |            |            |
|       |            |            |

בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבועי בבי"ח ציבורי או בבי"ח פרטי במימון הביטוח המשלים של קופת החולים או גורם מבטח אחר (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח וסיכום מחלה בגין הניתוח שבועי).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**במקרה של אירוע כתוצאה מתאונה/חבלה, אנא פרטי/ את נסיבות האירוע:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

יש להעביר אלינו סיכום ניתוח וקבלות (במידה והוגשה בקשה להחזר הוצאות במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש המבוטח למבטח העתק קבלה ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שתבע ושולם לו).

**ה. אופן העברת התשלום**

סמן את האפשרות המועדפת עליך להעברת התשלום

העברה בנקאית  Pay  Bit

מספר טלפון נייד המקושר לאפליקציה שנבחרה \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. רישום לאפליקציה \_\_\_\_\_

במידה ובחרת בהעברה בנקאית או במקרים בהם לא יתאפשר מסיבה כלשהי תשלום באפליקציה שנבחרה, יועבר התשלום לפרטי החשבון הבאים-

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

\* בבחירת העברה בנקאית יש לצרף צילום המחאה מבוטלת או אישור פרטי החשבון מהבנק.  
\* התשלום יועבר למבוטח בלבד.

חתימה: \_\_\_\_\_ X

**ו. הצהרת המבוטח או התובע בשמו**

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי תשובותי וכל הפרטים אשר מסרתי לעיל ואמסור להלן הינם מלאים ונכונים.  
ידוע לי כי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.

תאריך \_\_\_\_\_ שם החותם \_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ X

יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם איננו מבוטח): \_\_\_\_\_

## חלק ב' – למילוי בידי רופא מקצועי מטפל קבוע בקופת החולים

### רופא נכבד,

למילוי בידי הרופא/ה המטפל/ת - חלק זה ימולא על ידי רופא/ה מקצועי/ת המטפל/ת במבוטח בקופ"ח (לדוגמא: אורטופד, נשים, עיניים וכו') בהיעדר רופא/ה מקצועי/ת, ימולא על ידי רופא/ה משפחה. מומלץ לצרף לטופס זה סיכום מידע ממוחשב מקופ"ח הכולל אבחנות והיסטוריה רפואית.

#### א. פרטי הרופא

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

#### ב. פרטי המבוטח

|          |         |                          |
|----------|---------|--------------------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר זהות                |
|          |         | מס' <input type="text"/> |

#### 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 |
|---|---|--|

#### נסיבות האירוע

האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של:  תאונת עבודה  תאונת דרכים  תאונת ספורט  אחר, יש לפרט:

---



---



---



---

שם הרופא

תאריך

חתימת הרופא וחותמת

עמוד 5 מתוך 13

## חלק ג' – למילוי בידי הרופא המנתח

במידה וקיימת ברשותך הפניה מהרופא המנתח הכוללת את הפרטים הבאים יש לצרפה לטופס התביעה, במקרה וצורפה הפניה כאמור אין צורך למלא חלק זה.

### א. פרטים על הניתוח

|                                 |            |
|---------------------------------|------------|
| שם הניתוח המומלץ:               |            |
| בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: |            |
| <hr/> <hr/> <hr/>               |            |
| את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך    | בבית חולים |
| הערות נוספות                    |            |
| <hr/> <hr/> <hr/>               |            |

### ב. פרטי הרופא המנתח

| 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 ד' - טופס בקשת מידע רפואי וויתור סודיות

יש לחתום על הטופס המצ"ב בהתאם להנחיות ולרבות חתימה וחותמת עד.  
**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 חברות לביטוח וקרנות הפנסיה 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, וכן מכונים פרטיים (הדמיה, גנטיקה, פתלוגיה ו/או כל מכון אחר) ובתי חולים פרטיים וכן חברות ביטוח וכל גורם אחר אליו אפנה, 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.

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

| תאריך    | שם החותם       | תעודת זהות     | חתימה |
|----------|----------------|----------------|-------|
| שם קופ"ח | שם קופ"ח קודמת | מס' אישי בצה"ל |       |

**פרטי העד לחתימה** (רופא, עו"ד, אחות, פסיכולוג, עובד סוציאלי, מורשה חתימה בבנק, סוכן ביטוח)

| תאריך | שם מלא של העד ותפקידו | תעודת זהות | מס' רישיון | חתימה וחותמת |
|-------|-----------------------|------------|------------|--------------|
|-------|-----------------------|------------|------------|--------------|

**במקרה של קטין/חוסה – חתימת אפוטרופוס (במקרה של חוסה, יש לצרף כתב מינוי אפוטרופוס)**

| קטין | שם האב | מס' זהות | חתימה |
|------|--------|----------|-------|
|      | שם האם | מס' זהות | חתימה |

  

| חוסה | שם האפוטרופוס | מס' זהות | חתימה |
|------|---------------|----------|-------|
|      |               |          |       |

עמוד 7 מתוך 13

## מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 (להלן: "החוזר") ולהוראות החוזר המאוחד בעניין יישוב תביעות ביטוח בסיעוד (חוזר מס' 12-1-2018), מפורטת להלן מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות במנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: "מנורה"). האמור בכללים אלו הינו בנוסף וכהשלמה לאמור בהוראות החוזרים.

אם ברצונך לקבל העתק ממערכת כללים זו, יש באפשרותך לפנות לשם כך אל מרכז הדיווח של מנורה בטלפון שמספרו 03-7107107 או להדפיס אותה ישירות מאתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.menoramivt.co.il](http://www.menoramivt.co.il) (להלן: "אתר האינטרנט").

מנורה תפעל בכל הקשור לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור על פי האמור במערכת כללים זו, כמפורט להלן:

### א. הגדרות

במערכת כללים זו יהיו למושגים הבאים הגדרות כדלהלן:

- 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.
- לקוח** - מבוטח, מוטב, תובע או מי מטעם.
- מומחה** - בין אם הוא עובד של מנורה ובין אם לאו, ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו, כגון שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי ולמעט ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.
- תביעה** - דרישה ממנורה למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח או לפי הוראות הדין הרלבנטיות למימוש זכויות כאמור.
- תובע** - מי שהציג תביעה למנורה, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי מנורה להיפרע את הטבת הנזק כאמור.

### ב. תחולה

מערכת כללים זו חלה על ענפי הביטוח הבאים:

- ביטוח חיים** - לגבי סיכוני אבדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד;
- ביטוח מפני תאונות אישיות**;
- 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;
- ביטוח לפי דרישות פקודת ביטוח רכב מנועי** [נוסח חדש], התש"ל-1970 (להלן "הפקודה") למעט סעיף ט"ז ובסעיף ט 2 במקום "תשעים ימים" יבוא "שישה חודשים", וביטוח רכב מנועי - רכוש (עצמי וצד שלישי);
- ביטוח מקיף לדירות**;
- ביטוח מטען, תאונות, מחלות ואשפוז בנסיעות לחוץ לארץ**.

\*\*\* מערכת כללים זו לא תחול על: תביעות לתשלום בגין נזק עצמי בביטוח רכב מנועי - רכוש או בביטוח מקיף דירות, של תובע שבעלותו לפחות 40 כלי רכב או דירות ואשר בעת כריתת חוזה הביטוח ויתר על תחולת החוזר באופן מפורש; או על שירותים שמעניק ספק שירות, במישרין, למבטח בהתאם לכתב שירות, אם מנורה אינה מעורבת ביישוב התביעה.

### ג. מועד תחילה

מערכת הכללים תחול על תביעה שהוגשה לאחר מועד פרסומה.

### ד. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- עם קבלת פנייה הקשורה להגשת תביעה אל מנורה או למי מטעמה, תמסור מנורה לפונה בהקדם האפשרי ממועד הפניה למנורה או למי מטעמה את המסמכים המפורטים להלן הרלוונטיים לסוג התביעה:
  - העתק ממערכת כללים זו.
  - מסמך המפרט את הליך בירור התביעה ויישובה.
  - הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע, הנחיות אלו יכללו, בין היתר, מידע לגבי זכותו של תובע לקבל שיפוי על הוצאות שהיו לו ומנורה חייבת לשפותו בגין (כגון שיפוי בשל צעדים שננקטו על ידו לשם הקטנת הנזק, שיפוי בשל תשלום למומחה עבור חוות דעת וכדומה).
  - פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מתובע לשם בירור ויישוב תביעה. במידת הצורך, מנורה תפנה לתובע בבקשה להשלמת מידע בעת הליך בירור תביעה ויישובה.
  - טופס הגשת תביעה, ככל שקיים - והנחיות לגבי מילוי.
  - הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה.

נוסף על האמור, עם קבלת פניה כאמור, הקשורה בהגשת תביעת ביטוח בביטוח סיעודי, תשלח מנורה לפונה טפסי תביעה, לרבות טופס ויתור סודיות, מכתב הדרכה למילוי הטפסים (אשר יכלול בין היתר, את לוחות הזמנים המחייבים להליך יישוב התביעה) וכללים לקבלת גמלת סיעוד, וזאת לא יאחר מיום עסקים אחד ממועד הפנייה אלא אם הפנייה נעשתה בפקס או בדואר ובמקרה זה ישלחו הטפסים האמורים בתוך 5 ימי עסקים.

עמוד 8 מתוך 13



■ ניתן לעיין במסמכים המפורטים לעיל באתר האינטרנט.  
2. מנורה תמסור לתובע בהקדם האפשרי מהמועד שבו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה אצלה או מי מטעמה, הודעה בכתב, המפרטת מהם המסמכים שהתקבלו אצלה לצד מועד קבלתם, וכמו כן מהם המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע.

2.1. נתקבלה במנורה תביעה בגין ביטוח סיעודי, יחולו הכללים המפורטים להלן:

- א. מנורה תמנה נציג שירות אשר יהיה איש קשר מטעמה מול המבוטח וילווה את המבוטח לאורך כל הליך הטיפול בתביעה (להלן - נציג אישי); פרטי ההתקשרות הישירים עם הנציג האישי (מספר טלפון וכתובת דוא"ל) יימסרו למבוטח יחד עם הודעת קבלת המסמכים.
- ב. הנציג האישי יעדכן את המבוטח בשיחה טלפונית בתוך שני ימי עסקים ממועד קבלת הטפסים, או חמישה ימי עסקים במקרה בו המבוטח פנה בדואר או בפקס ויודיע אם התקבלו במלואם, על אף האמור, התקבלו הטפסים במלואם, רשאית מנורה לעדכן את המבוטח באמצעות הודעה למכשיר הטלפון הנייד;
3. ככל ומנורה תמצא כי דרוש לה מהתובע מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור התביעה, יידרשו מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר (14) ימי עסקים מהיום שיתברר הצורך בהם. (למעט בתביעת סיעוד שם יחולו המועדים המפורטים בסעיף 2 לעיל).
4. מנורה תאפשר לכל תובע לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, האם ברצונו לקבלם באמצעות הדואר, דואר אלקטרוני או בכל אמצעי תקשורת מאובטח אחר המקובל באותו מועד בענף.

### ה. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

מנורה תמסור לתובע, בתוך שלושים (30) ימים מהמועד בו נתקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה ו/או מהמועד שבו נתקבל אצלה טופס תביעה מלא כנדרש על ידה (לפי המאוחר מבין השניים) ו/או עם תשלום התביעה, עדכון בדבר מצב הטיפול בתביעה. עדכון כאמור יכול שיהיה בדבר תשלום התביעה באופן מלא או חלקי, הצעת פשרה בתביעה, המשך טיפול או הפסקת טיפול בתביעה, או דחיית התביעה.

במקרה של תביעה בגין ביטוחי סיעודי, יחולו הכללים המפורטים להלן:

- א. החליטה מנורה כי המידע שנמצא ברשותה מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של התובע, תכריע לגבי התביעה, על בסיס המידע שקיבלה מהתובע ושהשיגה באמצעות טופס ויתור סודיות, לא יאוחר מעשרים (20) ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים;
- ב. חלפו עשרים (20) ימי עסקים ומנורה החליטה כי המידע שנמצא ברשותה אינו מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של התובע, תפנה מנורה את התובע לביצוע הערכת תפקוד קובעת ותשלח על כך הודעה לתובע.

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

### ו. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

1. אם נתקבלה החלטה על תשלום תביעה, תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן "הודעת תשלום") שתכלול התייחסות לנושאים הבאים, ככל שהם רלוונטיים, או שתכלול הפנייה למסמכים המתייחסים למסמכים בעניינים כאמור, שיצורפו להודעה (כגון דוח שמאי או חוות דעת מומחה). במסגרת הודעה זו יצוין שם המבוטח, סוג הכיסוי הביטוחי שמכוחו מיושבת התביעה, שם הפוליסה ומספרה.

א. לגבי תשלום חד פעמי - עילת התשלום; פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב; גובה הנזק; 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 ממנורה בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה או הדין קוזזו מהתשלום; סכום ההשתתפות העצמית; פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים למנורה 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 שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום שבפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור; המועד שבו היו בידי מנורה כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.

ב. לגבי תשלום עיתי (לרבות קצבה) יפורט, במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בפסקה (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. אם נתקבלה החלטה על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תימסר לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן: "הודעת תשלום חלקי") הכוללת שני חלקים כמפורט להלן: החלק הראשון, שיפרט את מרכיביו של התשלום שאושר בהתאם למפורט בסעיף 1 לעיל; החלק השני, שיפרט את הנימוקים העומדים בבסיס החלטת מנורה לדחות חלק מהתביעה, יחולו לגבי ההוראות כמפורט בהמשך.

3. במקרה של תשלום תגמולי ביטוח המכסים תשלומים חד פעמיים לספק מוכר העובד עם מנורה או לחילופין תשלומים עיתיים העולים על 5,000 ₪, תאפשר מנורה למבוטח לבחור האם ברצונו שהתשלום לספק השירות יעשה על ידי מנורה בין אם באופן ישיר ובין אם באמצעות המחאה לפקודת ספק השירות.

■ בכל מקרה בו מדובר על תביעה המתבררת בבית המשפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.

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

## ז. הודעת פשרה

1. מנורה לא תציע לתובע הצעת פשרה בלתי סבירה למועד ההצעה.
  2. אם הוסכם על תשלום במסגרת הסדר פשרה, תימסר לתובע הצעת פשרה בכתב (להלן: "הודעת פשרה") ויניתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.
  3. בהודעת הפשרה הכתובה 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 כזה.
  4. כל עוד לא אישר התובע את הודעת הפשרה, היא לא תחייב את הצדדים.
  5. הודעת הפשרה תכלול גם את שם המבוטח, סוג הכיסוי הביטוחי שמכוחו מיושבת התביעה, שם הפוליסה ומספרה.
- הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו התובע מיוצג על ידי עורך דין וכן במקרה שבו נדונה התביעה בבית משפט.

## ח. הודעת דחייה

1. אם נתקבלה החלטה על דחיית התביעה, תימסר לתובע הודעה בכתב (להלן: "הודעת דחייה"). נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי הפוליסה או התקנון, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין אשר בשלם נדחית התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.
2. הודעת הדחייה תכלול התייחסות לחוות דעת מומחה שהוגשה מטעם התובע, ככל שהוגשה וככל שהיא רלוונטית לנימוקי הדחייה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.
3. נימוקי הדחייה יכללו פירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה על דחיית התביעה; ככל שההחלטה על דחיית התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, תכלול הודעת הדחייה, הפניה למסמכים אלו ויתאפשר לתובע לקבלם לפי דרישה.
4. מנורה תהיה רשאית שלא למסור מסמכים שהם חסויים על פי דין, ובלבד שתיידע את התובע על כך שיש בידה מסמכים שהיא נמנעה מלצרפם בשל החיסיון ותצרף להודעה הסבר מדוע היא סבורה שהמסמכים חסויים.
5. במקרה של תביעת סיעוד, ככל ומנורה תחליט על דחיית התביעה בטענה שלא קרה מקרה ביטוח, תנמק מנורה את החלטתה ותציין בהודעת הדחייה, אילו מהפעולות ה-ADL המנויות בחוזר סיעוד נמצא כי התובע לא מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מהן (לפחות 50% מהפעולה).

## ט. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור

1. אם יידרש למנורה זמן נוסף לשם בירור התביעה, תימסר על כך לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגינן נדרש זמן נוסף כאמור (להלן: "הודעת המשך בירור") בהודעה זו יצוין שם המבוטח, סוג הכיסוי הביטוחי שמכוחו מיושבת התביעה, שם הפוליסה ומספרה.
  2. בהודעת המשך בירור יצוינו כל המידע או המסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע לשם בירור התביעה. הודעת המשך בירור כאמור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים (למעט בתביעות לפי הפקודה, בהן תימסר הודעה כאמור לפחות כל ששה חודשים) ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת פשרה, לפי העניין, למעט במקרים הבאים:
    - א. אם פורט בהודעת המשך הבירור הקודמת ועל פני תנאי הפוליסה מועד עתידי להערכת הנזק, ואז אין צורך במשלוח הודעה בדבר המשך בירור עד למועד האמור, ובלבד שתישלח הודעת המשך בירור לפחות לאחר שנה;
    - ב. אם פנה התובע לערכאות משפטיות;
    - ג. אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע צוין כי לא תישלחנה הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

## י. הודעה בדבר התיישנות תביעה

1. בכל הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תיכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה למנורה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (להלן: "פסקת ההתיישנות").
2. כל הודעה הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקה כאמור בדבר התיישנות וכן את מועד קרות מקרה הביטוח, ויצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.
3. אם לא נכללה פסקת 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 הודעה הכוללת את פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות - לא תובא במניין תקופת ההתיישנות (כל זאת - רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב).
4. אם לא נכללה פסקת ההתיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת המשך בירור ראשונה שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות, יראו את מנורה כמי שהסכימה לכך שתקופת הזמן

שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין מועד שליחת הודעה הכוללת פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות - לא תובא במניין תקופת ההתיישנות (גם 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.

### יא. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

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

1. להשיג על החלטה וכן מהי הדרך להגשת השגה, ככל שנקבע בפוליסה או בתקנון, לרבות זכותו של התובע להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.
  2. להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור במנורה וכן את פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
  3. להביא את השגתו בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

### יב. בדיקה מחודשת של זכאות

1. מנורה תבחן מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, על פי כללים סבירים שקבעה בעניין זה.
2. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים יימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי, וכן יפורטו באתר האינטרנט.
3. אם תידרשנה עלויות לצורך בדיקה מחדש כאמור לעיל, התובע לא יישא בהן.
4. לגבי תביעות המוגשות מכח פוליסות שתחילת תקופת הביטוח הקבועה בהן היא ביום 01/06/2011 ואילך - אם כתוצאה מבדיקה מחודשת כאמור לעיל, יתברר כי יש להקטין או להפסיק תשלומים עיתיים המשולמים לתובע, יעשה השינוי על פי כללים שנקבעו לכך בפוליסה.
5. ולאחר שהודיע לתובע כי בכוונתו להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן: "הודעת שינוי"), לא נקבעו כללים כאמור, תמסור מנורה לתובע הודעה על השינוי 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 מנורה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.
6. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים.

### יג. בירור תביעה בעזרת מומחה

1. אם יהיה צורך להיעזר לשם בירור תביעה במומחה הפוגש בתובע או במומחה שבודק את הרכוש נושא התביעה על מנת להעריך נזק שנגרם לאותו רכוש, בנוכחות התובע או שלא בנוכחותו, תימסר על כך הודעה מראש לתובע, כמו כן יובהר לתובע תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, ויימסר לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה (כל זאת - אלא אם מדובר בחוקר במסגרת חקירה סמויה).
2. 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.
3. במקרה של תביעת סיעוד בחינת יכולתו התפקודית של מבוטח בביטוח סיעודי באמצעות מומחה (להלן ולעיל - "הערכת התפקוד") תבוצע כדלהלן:
  - א. מנורה, או מי מטעמה, תיצור קשר עם התובע, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים מהמועד שבו החליטה כי המידע שנמצא ברשותה אינו מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח, לתיאום מועד לביצוע הערכת תפקוד; הערכת התפקוד תבוצע לא יאוחר מ-3 ימי עסקים מהמועד שבו יצרה מנורה, או מי מטעמה, קשר עם המבוטח, אלא אם ביקש המבוטח שההערכה תבצע במועד מאוחר יותר.
  - ב. הערכת תפקוד תיעשה תוך שמירה על כבודו של התובע;
  - ג. הערכת התפקוד תכלול, לכל הפחות, בדיקה מקיפה של המבוטח ותייעוד מפורט של מהלך ההערכה, ביחס לכל אחת מהפעולות הנבחנות, וכן התייחסות לבדיקות ולמבחנים שבוצעו לתובע במסגרת הערכת התפקוד;
  - ד. הערכת התפקוד תכלול תיאור מילולי שרשם הספק המערך ביחס לכל פעולה שנבדקה; הערכה תכלול, לכל הפחות, את הבאים: מידע שנמסר מאת התובע או מי מטעמו; תיאור של המערך בדבר אופן ביצוע הפעולה על ידי התובע; והתרשמות המערך בדבר יכולתו של התובע לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על הערכת התפקוד ועל מידע רפואי נוסף שהעבירה מנורה לספק לצורך ביצוע הערכת התפקוד; הערכת התפקוד לא תכלול הערכה מספרית ביחס ליכולתו של מבוטח לבצע פעולות ADL הנבחנות במסגרת הערכת התפקוד;
  - ה. הערכת התפקוד תבוצע בנוכחות נציג מטעם התובע, אלא אם כן התובע ויתר על נוכחות נציג מטעמו, למעט עבור תובע שנבדק לגביו האם הוא תשוש נפש;
  - ו. הערכת התפקוד תבוצע בשפה אותה דובר התובע או באמצעות נציג מטעם התובע המתרגם לתובע את תוכן השיחה בעת הליך ביצוע ההערכה.
  - ז. במהלך הערכת התפקוד לא ייעזר התובע באדם, למעט בספק הערכות התפקוד, ככל שנדרש; הערכת התפקוד תפרט את היקף הסיוע שניתן, והסיבות למתן הסיוע.
  - ח. מנורה לא תסתמך על הערכה קוגניטיבית לצורך בחינת השאלה האם התובע "תשוש נפש", אם לא נערכה ההערכה על ידי רופא מומחה לעניין זה, כגון פסיכיאטר או רופא מומחה בתחום הגריאטריה.
  - ט. ביקש תובע ממנורה לקבל העתק ממצאי הערכת התפקוד, תשלח לו מנורה את הממצאים בתוך 3 ימי עסקים.

#### **ד. חוות דעת מומחה**

1. כל חוות דעת של מומחה שעליה תסתמך מנורה 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 דעת של מומחה כאמור לעיל לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.
3. ככל שתסתמך מנורה על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תימסר חוות הדעת לתובע במועד מסירת ההודעה הרלוונטית בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו או בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע למנורה או למומחה מטעמה לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. (ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו).
4. אם מדובר בחוות דעת מומחה שהיא חסויה על פי דין, תימסר לתובע הודעה בכתב הכוללת הסבר מדוע מדובר בחוות דעת חסויה.

#### **טו. תחלוף זכויות כלפי צד שלישי**

1. בטרם תוגש תביעה כנגד צד שלישי מכוח זכות התחלוף, תימסר על כך הודעה למבוטח בכתב זמן סביר מראש.
2. אם ניתן במסגרת תביעת תחלוף פסק דין, פסק בוררות או נחתם הסכם פשרה, יועבר למבוטח העתק מהפסק או מההסכם בתוך ארבעה עשר ימי עסקים מיום קבלת הפסק במנורה או מיום חתימת ההסכם.
3. אם התברר במסגרת בירור התביעה כי עשויה לעמוד למבוטח זכות כנגד הצד השלישי, שאותו עשויה מנורה לתבוע מכוח זכות התחלוף, יצוין הדבר בפני המבוטח בכל הודעה בדבר מהלך בירור תביעה ותוצאותיו או הודעה בדבר בדיקה מחודשת של הזכאות.
4. אין באמור בסעיף זה כדי לחייב את מנורה לייצג את המבוטח או להטיל עליה חובת ייעוץ.

#### **טז. תביעת צד שלישי**

1. בכל מקרה שבו נתקבלה במנורה פנייתו של תובע (שהוא צד שלישי) לקבלת מידע בדבר עצם קיומה של פוליסה לביטוח אחריות של אדם מסוים בעקבות מקרה מסוים, יימסר המידע בעניין זה לתובע בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד דרישתו של התובע.
  2. בכל מקרה שבו נדרשו על ידי התובע תגמולי הביטוח, תימסר הודעה למבוטח בכתב בתוך שבעה ימי עסקים מיום הדרישה על התביעה כאמור וכי אם לא יודיע לה על התנגדותו לתשלום הפיצוי בתוך שלושים ימים, ישולמו לצד השלישי תגמולי הביטוח שמנורה חייבת למבוטח, ככל שהיא חייבת בתשלומם.
  3. מנורה תפעל לבירור חבותה כלפי המבוטח בהתאם לתקופות ולמועדים הקבועים במערכת הכללים.
  4. אם מצאה מנורה כי קיימת חבות כלפי המבוטח, והמבוטח לא התנגד לתשלום האמור לעיל במהלך שלושים הימים האמורים, בין אם הודיע על אי התנגדותו או על הסכמתו ובין אם לא השיב כלל למנורה, ישולמו לתובע תגמולי הביטוח שמנורה חבה למבוטח.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעות המוגשות לפי הפקודה.

#### **יז. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור**

מנורה תשיב בכתב לכל פניה בכתב של לקוח, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר במנורה, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים (30) ממועד קבלת הפניה.

#### **יח. מתן העתקים**

1. מנורה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה, בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
2. למרות האמור לעיל, ניתן להפנות תובע שהינו צד שלישי לביטוח אחריות לנוסח הפוליסה שנמצא באתר האינטרנט של החברה.
3. מנורה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתום עליו, מכל מסמך אשר נמסר לה על ידי התובע, או מכל מסמך אשר התקבל אצלה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

**נספח - טבלת השוואה בין המועדים והתקופות הקבועות בחוזר  
לבין המועדים והתקופות שנקבעו על ידי מנורה  
(מועדים מיוחדים הנוגעים לתביעת סיעוד מפורטים בטבלת השוואה נפרדת)**

| 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                                |

**טבלת ריכוז מועדים מיוחדים בתביעות סיעוד  
בהתאם להוראות חוזר ביטוח סיעודי 12-1-2018 (להלן: חוזר סיעוד)**

| סעיף בחוזר סיעוד | הפעולה   | המועד או התקופה*   |
|------------------|--|--|
| 5.1.6 (ב) (1)    | משלוח טופס תביעה למבוטח (לרבות הדרכה למילוי הטופס וכללים לקבלת גמלת סיעוד) | תוך יום אחד ממועד הפניה (אם הפניה נעשתה בפקס/ בדואר - 5 ימים)        |
| 5.1.6 (ב) (3)    | הודעת קבלת המסמכים ומינוי נציג אישי  | תוך יומיים ממועד קבלת המסמכים או 5 ימים אם המסמכים התקבלו בדואר/ פקס |
| 5.1.6 (ב) (4)    | הכרעת תביעה על בסיס מידע קיים ללא צורך בהערכה תפקודית/ מידע נוסף           | תוך 20 ימים ממועד קבלת המסמכים                                       |
| 5.1.6 (ד) (1)    | דחיית תביעה בהסתמך על הערכת תפקוד  | תוך 15 ימים ממועד קבלת הערכת התפקוד                                  |

\* יום = יום עסקים