

הנדון: הנחיות על הליך הטיפול והמסמכים הנדרשים מהמבוטח בגין נזק גוף מתאונת דרכים

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, על פי הכיסוי בגין נזק גוף כתוצאה מתאונת דרכים לפי תנאי הפוליסה לביטוח חובה.

אנקור משקיעה את מירב המאמצים במתן שירות מהיר ויעיל למבוטחיה. במסגרת זו, אנו פועלים ליישוב התביעה בזמן הקצר ביותר.

טופס זה יציג לך את הליך בירור ויישוב התביעה במסגרת פוליסה לביטוח רכב חובה באנקור, עליה חל חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה – 1976) להלן: ("הפלת"ד").

מיד עם קרות האירוע הביטוחי, יש לפנות לסוכן הביטוח שלך או לדווח טלפונית על האירוע למוקד שרות לקוחות באנקור בטלפון *8239

על מנת לקצר את תהליך הטיפול יש למלא את טופס התביעה המצורף. כל נפגע מחויב למלא טופס פרטי נפגע בנפרד. ניתן גם להיכנס לאתר אנקור www.nkr.co.il ולמלא את טופס התביעה הרלוונטי למקרה הביטוח ולצרף את המסמכים הרלוונטיים, כמפורט באתר. את הטופס והמסמכים הנלווים ניתן לשלוח אלינו למייל mbiclaims@nkr.co.il או בדואר רחוב הרוקמים 26 חולון, קומה 11.

מובהר כי קבלת טופס התביעה אצל אנקור אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של אנקור לתביעתך.

אם תמסור את מספר הטלפון שלך, נוכל לעדכן אותך במסרון בדבר סטטוס התביעה.

1. עם קבלת הודעתך באנקור, תפתח תביעה באנקור ומספרה ישלח אליך. נודה לך לציון מספר התביעה בכל פנייה לאנקור.
2. הליך בירור התביעה מתחיל עם קבלת טופס תביעה מלא וחתום בחברה. **לתשומת ליבך, ככל והינך אזרח ותיק, באפשרותך להגיש תביעה בעל פה אל מול נציג המוקד.**
3. לידיעתך, הנך זכאי להיות מיוצג ע"י עורך דין מטעמך.
4. אם בחרת להגיש את התביעה באמצעות סוכן הביטוח שלך, אנו נכבד את בחירתך ונברר את התביעה למול הסוכן. הנך רשאי בכל עת להודיענו אחרת ואנו נפעל על פי הוראותיך.
5. במסגרת יישוב התביעה יתכן כי אנקור תיעזר בשירותם של מומחים שונים ואולי גם באוספי חומר רפואי ו/או חוקרים. נציין כי הזכות לבירור החבות בכל תביעה נתונה לכל מבטח עפ"י חוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981) להלן: "החוק". מינוי מומחים וגורמים נוספים נקבע בהתאם למדיניות והחלטת אנקור ובהתאם לנסיבות האירוע. היה וימונה מומחה רפואי לבדיקתך, ייתכן ותידרש על ידי המומחה להמציא מסמכים רפואיים נוספים.
6. על מנת לקדם את יישוב התביעה הנך מתבקש לשתף פעולה ו/או לסייע במסירת מידע בכל הקשור לתביעה, לרבות במהלך בדיקות אשר יבוצעו ע"י הגורמים מטעמנו ו/או נציגינו.
7. תוצאת בירור התביעה תהיה אחת מארבע החלופות הבאות: תשלום מלוא דרישתך, תשלום חלקי, תשלום במסגרת פשרה, או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר לך בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים המצורפת.
8. **לידיעתך, עפ"י החוק חלה התיישנות לתביעה מכוח ביטוח חובה לרכב לאחר 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח, ולגבי קטין תקופת ההתיישנות הינה בחלוף 7 שנים מיום שמלאו לו 18 שנים, והכל בכפוף לחוק ההתיישנות תשי"ח – 1958. מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3(ג) לפקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) תש"ל-1970, תהיה תקופת**

¹ מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר

ההתיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים (כהגדרתם בפקודה האמורה), לפי העניין. לתשומת ליבך, פנייה לחברתנו אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות אלא רק הגשת תביעה לבית המשפט, והכל בהתאם להוראות הדין. אין באמור לעיל משום הודאה בחבותה של אנקור ו/או כדי לפגוע בכל טענה ו/או זכות הקיימים לאנקור עפ"י הפוליסה ו/או עפ"י הדין.

בקורות אירוע נזק יש לפעול כדלהלן:

1. במקרה תאונה עם נפגעי גוף, יש להזמין מיידית אמבולנס ולהודיע למשטרה. אין להזיז את הרכב עד להגעת המשטרה ולפעול לפי הנחיותיה. במקרה של שריפה אליה הגיע רכב כיבוי, יש לקבל אישור מכבי אש בתום האירוע.
2. יש לקבל פרטים מנהג הרכב שבו נסעת, ואם הנך הולך רגל- עם נהג הרכב הפוגע – כמפורט בטופס התביעה המצ"ב.

לצורך הטיפול בתביעה נבקשך לצרף את המסמכים הרלוונטיים לתביעתך מהרשימה להלן:

- ✓ דרישה כספית מפורטת בצירוף מסמכים להוכחתה
- ✓ טופס תביעה – נספח א'
- ✓ הסכמה למסירת מידע ממושרד הרישוי על פרטי הנהג ברכב המבוטח בעת האירוע שתחתם על ידי נהג הרכב ובעל הרכב – נספח ב'
- ✓ טופס הרשאה להעברה בנקאית/ביט – נספח ג'
- ✓ צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית
- ✓ רישיון רכב
- ✓ צילום תעודת הזהות של בעל הרכב
- ✓ צילום רישיון נהיגה משני צדדיו
- ✓ אישור משטרה בגין התאונה
- ✓ תצהיר בריאות מפורט חתום ומאושר כדין - נספח ד'
- ✓ כתב ויתור על סודיות רפואית מלא וחתום – נספח ה'
- ✓ ייפוי כוח - במידה והפונה הינו עו"ד
- ✓ תיעוד רפואי רלוונטי, כולל דו"ח פינוי מד"א ותעודת חדר מיון
- ✓ אישור/ים רפואיים על תקופת אי-כושר עבודה בגין התאונה, באם הייתה כזו
- ✓ אם התאונה הינה תאונת עבודה (אירעה תוך כדי עבודתו של הנפגע, בדרך לעבודה או בדרך מהעבודה לביתו) – יש להמציא אישור הכרת המוסד לביטוח לאומי בתאונה כתאונת עבודה
- ✓ אישור מהמוסד לביטוח לאומי בדבר תקופת אי-כושר העבודה שהוכרה, שיעור הנכות שנקבעה (אם נקבעה), ופירוט מלא של כל תקבולי המל"ל.
- ✓ אם הנפגע עובד שכיר:
- תלושי-שכר של 3 החודשים שקדמו לתאונה, ו- 6 חודשים אחריה
- אישור המעביד על תקופת היעדרות מעבודה, כתוצאה מן התאונה, בציון סכום הפסדי השכר שנגרמו
- ✓ אם הנפגע עצמאי:
- הודעות שומה לשנתיים שקדמו לתאונה ועד שנתיים אחריה
- שוברי תשלומים למע"מ לתקופה של 6 חודשים לפני התאונה ו- 6 חודשים אחריה

הודעה לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתמסור הינו הכרחי לצורך תפעול וטיפול בתביעות ביטוח. המידע שמסרת ושתמסור בעתיד וכן מידע שיתקבל ממקורות אחרים לצורך הטיפול בתביעה, יישמר במאגר המידע של החברה ו/או כל גורם מטעמה וייעשה בו שימוש לצורך תפעול שוטף, שיפור השירות, עיבודים סטטיסטיים, תחשיבים אקטואריים, פילוח ומיקוד שיווקי ולטיפול בתביעות. למידע מפורט אודות השימוש שעושה החברה במידע, מטרות איסופו, למי יימסר ומימוש זכויותיך בנושא עיון במידע ותיקונו, אנא קרא בעיון את מדיניות הפרטיות של החברה המופיעה באתר האינטרנט בכתובת: www.nkr.co.il

נבקש להבהיר, במידה ולא יתקבלו המסמכים המפורטים הרלוונטיים לעיל במלואם לא יהיה ניתן לקדם את הטיפול בתביעתך.

בירור תביעה לפיצוי בגין נזקי גוף כתוצאה מתאונת דרכים מוסדר בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה-1975.



טופס תביעה – הודעה על אירוע נזק גוף כתוצאה מתאונת דרכים

נספח א'

שם הסוכן			מספר תביעה	
תאריך לידה	כתובת	ת.ז.	שם המבוטח	פרטי המבוטח והפוליסה
דוא"ל			מספר טלפון נייד	
תאריך לידה	כתובת	ת.ז.	שם הנהג באירוע	
דוא"ל @			מספר טלפון נייד	
כתובת	קרבה למבוטח	ת.ז.	שם איש הקשר	פרטי איש קשר שאינו המבוטח לניהול התביעה (לא חובה)
חתימת המבוטח לאישור איש הקשר	דוא"ל @		מספר טלפון נייד	
דואר ישראל ☐	באמצעות דוא"ל ☐	מסרון (SMS) לטלפון ☐	אופן מבוקש לקבלת הודעות ומסמכים	
רשום על שם	שנת ייצור	מספר רישוי	שם היצרן ודגם	פרטי הרכב המבוטח

האם דווח למשטרה? כן ☐ לא ☐	כתובת מקום האירוע	שעת האירוע	תאריך האירוע
---	-------------------	------------	--------------

תיאור האירוע			
פרטי רכבי צד ג' מעורבים			
מספר רישוי	דגם ויצרן הרכב	שם חברת הביטוח	מספר פוליסה
שם הנהג/בעל הרכב	כתובת	טלפון	שם הסוכן וטלפון
מספר רישוי	דגם ויצרן הרכב	שם חברת הביטוח	מספר פוליסה
שם הנהג/בעל הרכב	כתובת	טלפון	שם הסוכן וטלפון
האם היו עדים לאירוע?			
שם	כתובת	טלפון	
שם	כתובת	טלפון	
תאריך	חתימת הנהג/בעל הפוליסה/הנפגע		
הריני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים			

פרטי נפגע מספר 1

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
כתובת	מס' טלפון	דוא"ל @	

מי נפגע?

נהג	נוסע	הולך רגל	רוכב אופניים	אחר, אגא פרט
☐	☐	☐	☐	☐

מהות הפגיעה:

קבלת טיפול רפואי	שם המוסד	פינוי ע"י אמבולנס?	אשפוז בית חולים	משך האשפוז
כן ☐ לא ☐		כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	
היעדרות מעבודה	מתאריך	עד תאריך	האם נגרמו הפסדי השתכרות?	
כן ☐ לא ☐			כן ☐ לא ☐	
נסיעה במהלך עבודה	נסיעה בדרך לעבודה או ממנה	נסיעה פרטית	הסעה בשכר של המעביד	
כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	
חברות קופת חולים	הסניף	שם הרופא המטפל		
כללית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ לאומית ☐				

פרטי נפגע מספר 2

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
כתובת	מס' טלפון	דוא"ל @	

מי נפגע?

נהג	נוסע	הולך רגל	רוכב אופניים	אחר, אגא פרט
☐	☐	☐	☐	☐

מהות הפגיעה:

קבלת טיפול רפואי	שם המוסד	פינוי ע"י אמבולנס?	אשפוז בית חולים	משך האשפוז
כן ☐ לא ☐		כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	
היעדרות מעבודה	מתאריך	עד תאריך	האם נגרמו הפסדי השתכרות?	
כן ☐ לא ☐			כן ☐ לא ☐	
נסיעה במהלך עבודה	נסיעה בדרך לעבודה או ממנה	נסיעה פרטית	הסעה בשכר של המעביד	
כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	
חברות קופת חולים	הסניף	שם הרופא המטפל		
כללית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ לאומית ☐				

הסכמת למסירת המידע לחברת ביטוח – ביטוח חובה**נתוני שאילתת נהג**

אני הח"מ, הנהג ברכב לגביו הוגשה תביעה לתגמולי ביטוח לפי פוליסת ביטוח רכב (חובה), מסכים בזה כי משרד התחבורה, התשתיות הלאומיות והבטיחות בדרכים, יעביר לחברת הביטוח לה הוגשה התביעה באמצעות איגוד חברות הביטוח/ מרכז הסליקה של חברות ביטוח בע"מ, את המידע על רישיון הנהיגה שלי הנדרש לאור הפוליסה האמורה והמצוי במאגר נתוני הנהגים שברשות משרד התחבורה.

תאריך	שם	מספר זהות	מספר רכב
כתובת הנהג	מספר רישיון נהיגה	תאריך אירוע	חתימת הנהג

הודעה לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתמסור הינו הכרחי לצורך תפעול וטיפול בתביעות ביטוח. המידע שמסרת ושתמסור בעתיד וכן מידע שיתקבל ממקורות אחרים לצורך הטיפול בתביעה, יישמר במאגר המידע של החברה ו/או כל גורם מטעמה וייעשה בו שימוש לצורך תפעול שוטף, שיפור השירות, עיבודים סטטיסטיים, תחשיבים אקטואריים, פילוח ומיקוד שיווקי ולטיפול בתביעות. למידע מפורט אודות השימוש שעושה החברה במידע, מטרות איסופו, למי יימסר ומימוש זכויותיך בנושא עיון במידע ותיקונו, אנא קרא בעיון את מדיניות הפרטיות של החברה המופיעה באתר האינטרנט בכתובת: www.nkr.co.il

הנדון: אישור פרטים לצורך העברה בנקאית

תביעה מספר XXXXXXXXXX

הריני מצהיר בזאת כי ברצוני לקבל את התשלום בהעברה בנקאית לחשבון שפרטיו להלן וזיכוי החשבון ישמש אישור לקבלת תגמולי הביטוח:

יש לצרף צילום המחאה מבוטלת

שם המוטב בעל החשבון		מספר ת. ז	
מספר טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
שם הבנק	מספר הבנק	שם הסניף	מספר הסניף
תאריך	שם המוטב/בעל החשבון		חתימה

הודעה לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתמסור הינו הכרחי לצורך תפעול וטיפול בתביעות ביטוח. המידע שמסרת ושתמסור בעתיד וכן מידע שיתקבל ממקורות אחרים לצורך הטיפול בתביעה, יישמר במאגר המידע של החברה ו/או כל גורם מטעמה וייעשה בו שימוש לצורך תפעול שוטף, שיפור השירות, עיבודים סטטיסטיים, תחשיבים אקטואריים, פילוח ומיקוד שיווקי ולטיפול בתביעות. למידע מפורט אודות השימוש שעושה החברה במידע, מטרות איסופו, למי יימסר ומימוש זכויותיך בנושא עיון במידע ותיקונו, אנא קרא בעיון את מדיניות הפרטיות של החברה המופיעה באתר האינטרנט בכתובת: www.nkr.co.il

נספח ד'

תצהיר בריאות

אני הח"מ _____, בעל ת"ז _____, התובע בתיק _____
בבית משפט _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את
האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזאת כדלקמן:
להלן רשימת מחלות שהיו לי וחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך	המחלה	המוסד הרפואי
תאריך	המחלה	המוסד הרפואי
תאריך	המחלה	המוסד הרפואי
תאריך	המחלה	המוסד הרפואי

להלן פרטים על תאונות שהיו לי:

תאריך	סוג הפגיעה	המוסד הרפואי שטופלתי
תאריך	סוג הפגיעה	המוסד הרפואי שטופלתי
תאריך	סוג הפגיעה	המוסד הרפואי שטופלתי
תאריך	סוג הפגיעה	המוסד הרפואי שטופלתי

חתימה: _____

אני הח"מ עו"ד _____ מרחוב _____ מאשר בזה כי ביום
הופיעה בפניי מר' /גב' המוכר/ת לי אישית / אשר הזדהה/תה בפניי לפי תעודת זהות מס' ולאחר
שהזהרתי/ה כי עלי/ה להצהיר את האמת וכי יהא/תהא צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא
יעשה/תעשה כן, אישר/ה את נכונות הצהרתו/ה דלעיל וחתם/מה עליה בפני.

חתימה חותמת עו"ד _____

הודעה לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתמסור הינו הכרחי לצורך תפעול וטיפול בתביעות ביטוח. המידע שמסרת ושיתמסור בעתיד וכן
מידע שיתקבל ממקורות אחרים לצורך הטיפול בתביעה, יישמר במאגר המידע של החברה ו/או כל גורם
מטעמה וייעשה בו שימוש לצורך תפעול שוטף, שיפור השירות, עיבודים סטטיסטיים, תחשיבים
אקטואריים, פילוח ומיקוד שיווקי ולטיפול בתביעות. למידע מפורט אודות השימוש שעושה החברה במידע,
מטרות איסופו, למי יימסר ומימוש זכויותיך בנושא עיון במידע ותיקונו, אנא קרא בעיון את מדיניות
הפרטיות של החברה המופיעה באתר האינטרנט בכתובת: www.nkr.co.il

אני החתום מטה: (במקרה של קטין ירשמו פרטיו)

שם פרטי ומשפחה _____ ת.ז. _____ שם האב _____
 רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד _____

1. נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים ולרבות בתי חולים פסיכיאטריים, מרפאות פסיכיאטריות, רופאיהן, עובדיהן, ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או מחלקות רווחה ו/או הסיעודי ו/או למבטחים ו/או לקרן מקפת ו/או לקג"מ ו/או למשרד החינוך ו/או לשב"ס ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לקרנית למסור לאנקור חברה לביטוח בע"מ ו/או בא כוחה ו/או מי מטעמה להלן "המבקשים" את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורט להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.
2. משחרר בזה את כל המבקשים ואת כל הגורמים המנויים בפסקה 1 לעיל לרבות המוסדות לרבות קופות החולים ולרבות בתי חולים פסיכיאטריים 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 הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורט 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 אל כל המוסדות לרבות קופות החולים 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.
3. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת המידע.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

הודעה לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתמסור הינו הכרחי לצורך תפעול וטיפול בתביעות ביטוח. המידע שמסרת ושתמסור בעתיד וכן מידע שיתקבל ממקורות אחרים לצורך הטיפול בתביעה, יישמר במאגר המידע של החברה ו/או כל גורם מטעמה וייעשה בו שימוש לצורך תפעול שוטף, שיפור השירות, עיבודים סטטיסטיים, תחשיבים אקטואריים, פילוח ומיקוד שיווקי ולטיפול בתביעות. למידע מפורט אודות השימוש שעושה החברה במידע, מטרות איסופו, למי יימסר ומימוש זכויותיך בנושא עיון במידע ותיקונו, אנא קרא בעיון את מדיניות הפרטיות של החברה המופיעה באתר האינטרנט בכתובת: www.nkr.co.il

במקרה של קטין:

שם האב _____ ת.ז. _____
 שם האב _____ ת.ז. _____

ולראיה באתי על החתום:

שם ומשפחה: _____ תאריך: _____ טלפון: _____ חתימה: _____

במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס _____

במקרה של יורשים

אנו הח"מ יורשי/ה המנוח/ה _____ ת.ז. _____ (להלן המנוח/ה) ע"פ צו ירושה/ צו קיום צוואה מיום _____ המהווה חלק בלתי נפרד מכתב ויתור על סודיות זה

ולראיה באנו על החתום:

שם ומשפחה: _____ תאריך: _____ טלפון: _____ חתימה: _____

אישור

הנני מאשר/ת בזה כי ביום _____ הופיע/ה בפני עו"ד _____ במשרדי ברח' _____

גב'מר _____ שזהה עצמו ע"י תעודת זהויה מס' _____ המוכר/ת לי באופן אישי ואחרי שהסברתי לו/ה מהות כתב ויתור על סודיות זה, אישר/ה בפני כי הבין/נה תוכנו וחתם/מה עליו בפני.

תאריך _____ חתימת עו"ד + חותמת _____

קופת חולים:

שם הקופה: _____ סניף: _____ מס' אישי בצה"ל: _____

שמות הרופאים המטפלים ומקצועם _____

קופ"ח - סניפים קודמים:

שם הקופה	שם הסניף	מס' חבר	שמות רופאים מטפלים ומומחיותם

