

איך מגישים תביעת ביטוח בריאות?

כל מה שצריך לדעת...

מבוטח אשר רכש פוליסת ביטוח בריאות לכיסוי מקרים מסוימים (למשל למקרה של תאונה או צורך בניתוח), ומבקש לממש את זכויותיו על פי הפוליסה, צריך להגיש לחברת הביטוח את תביעתו בהקדם האפשרי לאחר שאירע מקרה הביטוח, כלומר המקרה עבורו רכש המבוטח את הפוליסה מראש.



- חברת הביטוח תברר את תביעת המבוטח, ואם תימצא מוצדקת, תשלם לו את תגמולי הביטוח כפי שנקבע בפוליסה.
- קיימות פוליסות בהן יש צורך לקבל מראש את אישור חברת הביטוח לביצוע הליך רפואי כלשהו או רכישת מוצר רפואי, שכן בהיעדר הסכמה מראש, חברת הביטוח עשויה לסרב למתן החזר כספי, ויש לברר את תנאי הפוליסה טרם ביצוע ההוצאה הכספית.

אוכלוסיית יעד ותנאים מקדימים

מבוטח שרכש פוליסת ביטוח בריאות פרטי, אשר אירע לו מקרה ביטוח, כלומר מקרה בגינו הוא מבקש לתבוע את חברת הביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה.

למי ואיך פונים?

- יש להודיע לחברת הביטוח בכתב על המקרה הביטוחי מיד לאחר שנודע עליו למבוטח.
- יש לברר מול חברת הביטוח את אופן הגשת התביעה לקבלת התגמולים ומהם המסמכים הנדרשים.
- את התביעה יש להגיש לכל המאוחר תוך 3 שנים ממועד האירוע (הטיפול הרפואי, הניתוח, רכישת התרופות וכיו"ב). לאחר 3 שנים לא ניתן עוד להגיש את התביעה.



- במקרה של ביטוחי מחלות קשות או אשפוז, ניתן להגיש את התביעה תוך 5 שנים ממועד האירוע, וזאת עבור פוליסות שנרכשו החל מיום 15.11.2020.
- יש לצרף לתביעה את כל המסמכים הנדרשים, כולל כל האסמכתאות הרפואיות. מומלץ לשמור העתק של כל המסמכים המוגשים.
- כאשר מדובר על הליכים רפואיים מתוכננים (למשל ניתוח, השתלה, אשפוז וכיו"ב), ייתכן ויהיה צורך לקבל מראש את אישור חברת הביטוח, בהתאם לתנאים בפוליסה.
- אם המבוטח נדרש לקבל אישור מראש מחברת הביטוח אך לא פנה אליה, או פנה אליה ולא קיבל את אישורה, ייתכן כי חברת הביטוח תסרב לתת לו החזר כספי. לכן מומלץ לבדוק את תנאי הפוליסה מראש, טרם ביצוע ההליך הרפואי.

שלבי ההליך

- לאחר שהתביעה נשלחה, חברת הביטוח תברר את התביעה.
- במהלך בירור התביעה, חברת הביטוח רשאית לבדוק את מצבו הרפואי של המבוטח, כולל התייעצות עם רופאים או ביצוע בדיקות נוספות.
- אם חברת הביטוח מעוניינת לתשאל קטין כחלק מבירור התביעה, התשאל ייעשה בנוכחות הורי הקטין או האפוטרופוס שלו, או באישור בכתב מהם.
- מרגע שהגיעו מסמכי התביעה לידי חברת הביטוח, עליה לברר את התביעה תוך זמן סביר, ולהחליט אם לקבל את התביעה או לדחות אותה. אם קיים חשש כי הבירור מתעכב באופן בלתי סביר מבלי שחברת הביטוח נתנה תשובה, ניתן לפנות בתלונה למפקח על הביטוח.

במקרה של עיכוב בלתי סביר בבירור התלונה ללא נימוק מספק לסיבת העיכוב, עשוי המפקח לקבל את התלונה אפילו רק בשל היעדר הנימוק ואף להורות לחברות הביטוח לשלם את התגמולים שנקבעו בפוליסה. ראו [החלטת המפקח על הביטוח מיום 17.06.2002](#).



טיפ

- על סמך ממצאי הבירור שערכה, חברת הביטוח תקבל החלטה האם לאשר או לדחות את התביעה.
-

תשלום תגמולי ביטוח

אם התביעה תאושר, חברת הביטוח תשלם את הגמול כפי שנקבע בתנאי הפוליסה, בתוך 30 ימים מהיום שבו קיבלה חברת הביטוח את כל המסמכים הדרושים לה לשם קביעת זכאות המבוטח.

תגמולי ביטוח שאינם שנויים במחלוקת (כלומר אינם דורשים בירור), ישולמו למבוטח בתוך 30 ימים מהיום שבו מסמכי התביעה הגיעו לידי חברת הביטוח. תשלום תגמולים אלו ישולמו רק בתנאי שניתן להפריד את הסכום שאינו שנוי במחלוקת מיתר רכיבי התביעה, שכן דורשים בירור.

החוק לא קובע מועד בו חייבת חברת הביטוח לאשר את הגעת המסמכים אליה, בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, על חברת הביטוח לפעול במהירות הראויה ובתום לב בנסיבות העניין. אם קיים חשש כי חברת הביטוח מפרה הוראות אלה, ניתן לפנות בתלונה למפקח על הביטוח.

אם התביעה תידחה, מחויבת חברת הביטוח לצרף נימוק בכתב לדחייה.

חברת הביטוח תצרף למכתב הדחייה את כל נימוקיה, ולא תוכל להעלות בהמשך נימוקים נוספים, אלא אם מדובר בעובדות חדשות שחברת הביטוח לא היתה יכולה לדעת עליהן באותו מועד, או כאלה שנוצרו לאחר מועד דחיית התביעה.

אם חברת הביטוח חושדת במבוטח כי הוא מגיש את תביעתו במרמה, היא רשאית לבקש ממנו לעבור בדיקת פוליגרף, אך אינה יכולה לחייב אותו לעשות זאת ואינה רשאית לפגוע בהליך בירור תביעתו אם הוא מסרב. המבוטח רשאי לעבור בדיקת פוליגרף מיוזמתו, ובהסכמת חברת הביטוח. לפרטים נוספים ראו בדיקת פוליגרף במסגרת תביעת ביטוח.



טופס קבלה ושחרור

עם תשלום תגמולי הביטוח, מתבקש התובע לחתום על טופס "קבלה ושחרור", לפיו התובע מצהיר כי קיבל תשלום מחברת הביטוח וכי הוא משחרר אותה מתביעות נוספות.

משמעות החתימה על הטופס היא שהמבוטח לא יוכל להגיש תביעה נוספת בגין אותו ארוע (למשל, אם יתברר בהמשך כי נגרמו לו הוצאות נוספות עקב אותו מקרה ביטוח).



טופס קבלה ושחרור לא יכלול תנאים גורפים הפוגעים במבוטח,

ועמוד בכללים הבאים:

- חברת ביטוח תחתים מבוטח על טופס קבלה ושחרור, רק אם שילמה לו את כל תגמולי הביטוח כפי שדרש בתביעתו.
- במקרה ששולמו רק חלק מתגמולי הביטוח, יש להבהיר זאת בטופס, ולציין כי קבלת חלק מתגמולי הביטוח לא פוגעת בזכותו של המבוטח לתבוע את יתרת התגמולים, שאותם לא קיבל.
- חברת הביטוח תחתים תובע על כך שקיבל את תגמולי הביטוח, רק לאחר שקיבל אותם בפועל.

במקרה שקיימת מחלוקת בין התובע לבין חברת הביטוח, ותגמולי הביטוח ששולמו לתובע לא מוסכמים עליו, חברת הביטוח לא תחתים את התובע על טופס שחרור אלא על טופס קבלה בלבד. טופס הקבלה מציין את התשלום שקיבל התובע ומבהיר כי לתובע שמורה הזכות לתבוע את יתרת הסכומים שלדעתו מגיעים לו.



- טופס קבלה ושחרור לא יכלול התחייבות של תובע להחזיר סכומים מעבר לתגמולי הביטוח ששולמו לו.

מקרים בהם ישולמו תגמולי ביטוח מופחתים או לא ישולמו כלל

מקרה ביטוחי שאירע במהלך תקופת אכשרה

- במהלך תקופת האכשרה, המבוטח נדרש לשלם דמי ביטוח (פרמיה) עבור הפוליסה שרכש, אך אינו זכאי לתגמולי ביטוח עבור מקרה ביטוח שאירע בתקופה זו.
- תקופת אכשרה מתחילה במועד ההצטרפות לביטוח ונמשכת לאורך תקופה המוגדרת בפוליסה, לרוב כמה חודשים. אורך תקופת האכשרה תלוי בסוג הכיסוי.
- ישנן פוליסות בהן עשויים להינתן תגמולי ביטוח גם במהלך תקופת האכשרה, אם מקרה הביטוח, כלומר המקרה בגינו המבוטח דורש את תגמולי הביטוח, נגרם עקב תאונה.





מקרה ביטוחי שנובע ממחלה או מצב רפואי שמהם סבל המבוטח לפני הצטרפותו לביטוח

חברות הביטוח לרוב אינן משלמות תגמולי ביטוח עבור מקרה ביטוח שארע עקב מחלה קיימת או מצב רפואי קודם, שמהם סבל המבוטח עוד לפני הצטרפותו לביטוח.

במקרים מסוימים משלמות חבות הביטוח תגמולים מופחתים כאשר מקרה הביטוח ערב עקב מחלה קיימת או ממצב רפואי קודם.

כאשר חבר הביטוח מעוניינת שלא לכסות מקרים ביטוחיים מהסוג הזה עליה לציין זאת במפורש בדף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה, ולציין את משך התקופה שבה לא היה כיסוי או שיהיה כיסוי מופחת.

למידע מסוים ראו כיסוי ביטוחי להחמרה של מחלה קיימת במסגרת ביטוח בריאות פרטי.

ערעור

במקרה של דחיית התביעה על ידי חברת הביטוח, ניתן לפנות לחברה ולערער על החלטתה, בהתאם לנהלי הערעור של חברת הביטוח.

אם חברת הביטוח דחתה את הערעור, ניתן להגיש תביעה כנגד חברת הביטוח בבית המשפט.

בנוסף, קיימת אפשר להגיש תלונה לפיקוח על הביטוח ברשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון.

חשוב לדעת

לא ניתן להגיש תביעה בגין מקרה ביטוחי לאחר שחלפו 3 שנים ממועד קרות אותו מקרה. (כן יש סוגי תביעות שניתן לתבוע גם 5 שנים אחורה)

* אין לראות בנתונים ייעוץ ביטוחי/רפואי המתחשב בנתונים ובצרכים של כל אדם ואין באמור משום הבטחת תשואה או רווח.

