טופס הגשת תביעה - פוליסת תאונות אישיות

איילון חברה לביטוח בע"מ

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

מספר פוליסה	שם סוכן	מספר סוכן

ניתן להגיש תביעה באמצעים הבאים: דוא"ל tviot_t.e@ayalon-ins.co.il או בפקס: 03-7569578,
טלפון מרכז שירות לקוחות לבירורים: 1-800-35-2001

בעת הגשת תביעה, אזרח ותיק שהינו מעל גיל 67, המעוניין למלא את טופס התביעה בעל פה,
רשאי לפנות לנציג החברה במרכז שירות הלקוחות של איילון, בטלפון: 1-800-35-2001

מבוטח/ת יקר/ה,

על מנת לעזור ככל הניתן בקבלת טיפול רפואי באמצעות חברתנו ו/או בטיפול בפנייתך, נבקשך למלא את הפרטים בטופס זה.

לנוחיותך, להלן דף הנחיות המפורט מטה, הבא להדריך אותך, המבוטח, בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת בכדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

נבקשך להקפיד ולמלא את הפרטים באופן מדויק ובכתב יד קריא, ולצרף מסמכים נדרשים וכן לרשום פרטי חשבון בנק לשם ביצוע העברה בנקאית.

סוגי התביעות שעליהן ניתנות הנחיות:

- מוות מתאונה
- נכות מלאה או חלקית (צמיתה) עקב תאונה
- פיצוי שבועי עקב תאונה
- כיסויים נוספים עקב תאונה

1. **מוות מתאונה (הטופס ימולא ע"י היורשים החוקיים)**
   - סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים.
   - תעודת פטירה.
2. **נכות מלאה או חלקית (צמיתה) עקב תאונה**
   - אישורים רפואיים.
   - סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים.
   - אישור ממוסדות ממשלתיים (משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו') המעידים על נסיבות התאונה.
   - אישורים מהמוסד לביטוח לאומי (ענף נפגעי עבודה בלבד) על שיעור הנכות הצמיתה ועותקים מהפרוטוקולים של המוסד זה.
3. **פיצוי שבועי עקב תאונה**
   - אישורים רפואיים.
   - אישור מעביד על היעדרות בפועל.
   - אישור מחלה לתקופה המבוקשת.
4. **כיסויים נוספים עקב תאונה** (החזר הוצאות רפואיות בהתאם לתנאי הפוליסה)
   - קבלות.
   - אישורים רפואיים הכוללים המלצה להוצאה/כיסוי.

אופן קבלת ההודעות מאיילון חברה לביטוח

בהתאם להוראות חוזר יישוב תביעות, החברה תשלח הודעות בדבר השלמת מסמכים, דרישות מידע / בדיקות ותוצאות בירור התביעה, באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר.

באפשרותך לבחור ולסמן אחת מהאפשרויות הבאות*:

*במידה שלא תבחר באחת האפשרויות, ברירת המחדל תהיה אפשרות 1. להלן:

1. ☐ **מסרון (SMS) לטלפון הנייד** ☐ לנייד שלי _____ ☐ לנייד אחר _____
2. ☐ **דואר ישראל -** לכתובת הרשומה (בפרטים של המבוטח, טבלה א)
3. ☐ **דוא"ל שלי** (הרשום בפרטים של המבוטח, טבלה א) ☐ דוא"ל אחר _____

הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר

אם ברצונך כי פרטי ההתקשרות המפורטים ב"פרטי המבוטח" לעיל יעודכנו במערכות איילון חברה לביטוח בע"מ ("החברה"), אתה נדרש לאשר בחתימתך סעיף זה. הפרטים שיעודכנו ישמשו את החברה לצורך יצירת קשר אתך ביחס לכלל מוצרי הביטוח שיש ברשותך בחברה.

אני הח"מ מבקש לעדכן את הפרטים המפורטים בטבלה א להלן, כפרטי ההתקשרות עמי ביחס לכלל מוצרי הביטוח שברשותי בחברה.

חתימת המבוטח

אזרח ותיק זכאי לשירות מותאם בהליך בירור התביעה

נציג החברה ייעדכן את התובע בבקשות החברה להשלמת מידע, המשך או הפסקת בירור התביעה, דרישה לביצוע בדיקה וכו', באמצעות יצירת קשר טלפוני, ובנוסף במשלוח הודעה באמצעי דיגיטלי שנבחר על ידך לעיל.

אם תעדיף לבצע את ההתקשרות באמצעי דיגיטלי בלבד, עלייך לאשר להלן את בקשתך:

☐ אני מאשר קבלת הודעות מהחברה לגבי הליך בירור התביעה, באמצעי דיגיטלי בלבד שנבחר על ידי לעיל.

איילון חברה לביטוח בע"מ | אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, ת"ד 10957 | www.ayalon-ins.co.il | mail@ayalon-ins.co.il

איילון
חברה לביטוח בע"מ

סוג התביעה:
☐ מוות מתאונה ☐ פיצוי שבועי עקב תאונה
☐ נכות מלאה או חלקית (צמיתה) עקב תאונה ☐ כיסויים נוספים עקב תאונה

א. פרטים של המבוטח

פרטים	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מקצוע / עיסוק	
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	תא דואר	יישוב	מיקוד	
כתובת דוא"ל מבוטח	@		Email:		מס' טלפון נייד	
פרטים על מקום העבודה	שם מקום העבודה		כתובת מקום העבודה		מס' טלפון בעבודה	

ב. פרטים על האירוע / תאונה / פגיעה

היכן נפגעת בגופך	תאריך קבלת הטיפול הראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו
תאריך אירוע התאונה / הפגיעה	שעת אירוע התאונה / הפגיעה	כתובת מקום אירוע התאונה / הפגיעה

פירוט האירוע / התאונה / הפגיעה (יש לרשום בפירוט רב ככל שניתן) _____

_____

_____

_____

_____

ג. פרטים רפואיים

שם קופת חולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית החולים המטפל

שמות רופאים מטפלים נוספים:	**כתובתם:**	**תאריכי טיפול:**
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____

האם הנך מאושפז בבית חולים: ☐ לא ☐ כן, פרט _____

האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת?: ☐ לא ☐ כן, פרט _____

ד. ביטוחים נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לחברת ביטוח או גורם אחר (משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין האירוע הנ"ל?

☐ לא ☐ כן פרט	שם הגורם הנתבע	מס' הפוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים

ה. בקשה להפקדת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק

אופן הגשת התביעה (סמן ב-X את בחירתך)

☐ קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמיה החודשית - למשלמים בהוראת קבע.

☐ תשלום לחשבון הבנק **אחר** שעל שמך.

אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולי ביטוח.

שם בנק	שם סניף	מספר סניף	מספר חשבון	שם בעל החשבון

אני מאשר ומצהיר כלהלן:

1. כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה בנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
2. אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ובן/בת זוגי.
3. ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
4. אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
5. ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

לתשומת לבך,
במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום ע"י שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.
במידה שתביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ש"ח יש לצרף תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

חתימת המבוטח	

טופס תביעה תאונות אישיות | 08.2024

ו. הצהרת המבוטח

אני המבוטח _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.
אני המבוטח התובע, מבקש לאור כל האמור לעיל, לשלם לי, את סכום הביטוח.

תאריך		חתימת המבוטח

ז. תקופת התיישנות

בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת 3 שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח. אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תמנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. לעניין ביטוח חיים ו/או ביטוח מחלות ואשפוז ו/או ביטוח סיעודי בחוזי ביטוח שנכרתו או שחודשו ביום 25.11.2020 (ט' בכסלו התשפ"א) או לאחריו, תמנה תקופת ההתיישנות להגשת תביעה - 5 שנים מקרות מקרה הביטוח.
במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבוא עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשר שנה.
ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.
מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו או במועד קיומו.

ח. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי באיילון, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה, אפשרות להעביר אליי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת הדוא"ל שנרשמה על ידי בטופס זה, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח

ט. מינוי סוכן

אני המבוטח ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זה להגיש ל"איילון" ולקבל מ "איילון" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך		חתימת המבוטח

איילון חברה לביטוח בע"מ | אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, ת"ד 10957 | www.ayalon-ins.co.il | mail@ayalon-ins.co.il

בקשה לוויתור על סודיות רפואית - חובה למלא

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם המשפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם האב

רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד

כתובת דואר אלקטרוני	מספר 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 לכל חב' ביטוח ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למינהל האוכלוסין ו/או למשרד העלייה והקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או מכון מור מאר ו/או בי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו 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. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"אבנר" למסור חומר ו/או מידע המתייחסים לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות שלעיל ועובדיהם 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 הסיעודי 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.

אני 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 שלהן, 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.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____

או על המידע המפורט להלן: _____

פרטים רפואיים

שם קופת חולים	שם הסניף	מספר חבר	שם המוסד

שמות נותני השירות	רופאים	מכונים / מעבדות
מוסדות רפואיים, בתי חולים, מרפאות, רופאים פרטיים וכו'	1. _____	1. _____
	2. _____	2. _____
	3. _____	3. _____
	4. _____	4. _____

האם הנך מאושפז בבית חולים: ☐ לא ☐ כן, פרט _____

האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת?: ☐ לא ☐ כן, פרט _____

תאריך		חתימת המבוטח