

הודעה על מקרה ביטוח על פי פוליסה לביטוח חיים

לסוגי הביטוח: אובדן כושר עבודה, מחלות קשות, נכות מתאונה, סיעוד ואבטלה.

שם הסוכן	מס' פוליסה	חותמת דואר התקבל

מבוטח/ת נכבד/ה,

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

יחד עם טופס ההודעה על מקרה הביטוח, יש להעביר את המסמכים המקוריים, או העתק נאמן למקור, כמפורט בראשיתו של כלל נספח, לחברת הביטוח בהקדם האפשרי.

על מנת להקל עלינו בטיפול בתביעתך, נבקשך להשיב על כל השאלות המופיעות בטופס התביעה.

טופס ההודעה על מקרה הביטוח כולל את החלקים הבאים:

חלק א' - ימולא ע"י המבוטח בכל סוג תביעה. חלק זה כולל פרטים אישיים על המבוטח.

חלק ב' - ימולא על-ידי הרופא המטפל בכל סוג תביעה. חלק זה כולל מידע רפואי על מקרה הביטוח.

חלק ג' - ויתור על סודיות רפואית, שייחתם על ידי המבוטח, בכל סוג תביעה.

נספח 1 - ימולא במקרה של תביעה בגין אובדן כושר עבודה.

נספח 2 - ימולא במקרה של תביעה בגין מחלות קשות.

נספח 3 - ימולא במקרה של תביעה בגין נכות מתאונה.

נספח 4 - ימולא במקרה של תביעה בגין סיעוד.

נספח 5 - ימולא במקרה של תביעה בגין אבטלה.

בחלקו הראשון של כל נספח, יפורטו האישורים הנדרשים לבירור כל סוג של תביעה.

בכל מקרה של בעיה או שאלה, הנך מוזמן לפנות לצוות תשלומי ביטוח חיים, בטלפונים הבאים: 03-7569659, 03-7569641.

מאחלים לך החלמה מהירה, בריאות טובה ואריכות ימים.

לשירותך בכל עת,

אגף חסכון לטווח ארוך.

1. פרטים מזהים של המבוטח				
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מקצוע/עיסוק		
כתובת e-mail	מספר פקסימיליה			

2. פרטים רפואיים			
שם קופת חולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית חולים המטפל
שמות רופאים מטפלים נוספים	כתובתם	תאריך טיפול	
1. _____	1. _____	1. _____	
2. _____	2. _____	2. _____	

האם הנך מאושפז כעת בבית - החולים? ☐ כן ☐ לא, אם כן – פרט _____

האם נותחת או שאתה עומד בפני ניתוח? ☐ כן ☐ לא, אם כן – פרט _____

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

האם הנך עובד כעת? ☐ כן ☐ לא, אם לא – פרט _____

האם אתה מסוגל לחזור לעבודה כלשהי? ☐ כן ☐ לא, אם כן – פרט _____

3. האם הגשת בעבר תביעה / הודעה על מקרה ביטוח כלשהו. אם כן, פרט?

4. ביטוחים נוספים			
האם תבעת או עומד לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (קרן פנסיה, משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכד') בקשר לתשלום פיצויים, בגין פגיעתך הנ"ל? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט: _____			
שם הגורם הנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים
שם הגורם הנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים

1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

- א. ציין את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך: _____
- ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין את כל הפרטים): _____
- ג. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות: רנטגן - ☐ כן ☐ לא א.ק.ג. - ☐ כן ☐ לא
- בדיקות אחרות: _____
- תוצאות הבדיקות: _____
- ד. מועד התחלת המחלה/פגיעה: _____
- ה. האם אפשר לייחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים): _____
- ו. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח: _____
- ☐ החלים, פרט: _____
- ☐ הורע, פרט: _____
- ☐ ללא שינוי פרט: _____

2. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

- א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק את עבודתו?
 ב. באיזה תאריך חזר או היה מסוגל לחזור לעבודתו?
 ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת, ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור ומתי.
 ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאבדן כושר עבודה, אם ישנם.
 ה. פרט אילו פעולות יומיומיות אין המבוטח מסוגל לבצעו?

3. הערות

[illegible]

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב	
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאים, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון 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 הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או בתחום הסיעודי ו/או השיקומי 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, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאות 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.

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 הגנה 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:

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השירותים	רופאים	מכונים/מעבדות	
מוסדות רפואיים	1.	1.	
בתי חולים,	2.	2.	
מרפאות,	3.	3.	
רופאים פרטיים וכו'.	4.	4.	

קופ"ח קודמת	מרפאה קודמת
שם האב	שם האם
במקרה של קטין	ת.ז.

תאריך	שם החותם	ת.ז.	חתימה
תאריך	עד לחתימה	ת.ז.	חתימה

להלן רשימת האישורים הנדרשים לבירור תביעת אובדן כושר עבודה:

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו (מצ"ב).
 2. אישור רופא משפחה לגבי היסטוריה רפואית.
 3. אישורים רפואיים: סיכומי מחלה מבית-החולים, אישורים וחוות-דעת רופאים מקצועיים על חופשות מחלה, לתקופות מוגדרות ורצופות, החלטת המוסד לביטוח לאומי כולל פרוטוקול מלא ומקורי.
 4. אישורים ממוסדות ממשלתיים, כגון משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו', המעידים על נסיבות האירוע.
 5. אישור מעביד על מועד הפסקת העבודה, בציון גובה השכר המשולם על-ידי המעביד בתקופת אי-הכושר. במידה וחזרת לעבודה חלקית, יצוין באישור שיעור החלקיות ותקופתו.
 6. אישורי הכנסה: **שכיר** - 12 תלושי שכר חודשיים אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח; **עצמאי** - אישור רו"ח על הכנסה שנתית אחרונה לפני קרות מקרה הביטוח וכן אישור רו"ח המעיד כי אינך מקבל שכר בגין עבודה בתקופת אי-הכושר הנטענת.
 7. אישור המעביד כי אינו משלם לעובד (המבוטח) שכר בעד התקופה הנטענת לאי-כושר עבודה.
 8. אישור פקיד שומה לניכוי מס במקור (הפנייה מתאימה תישלח למבוטח עם קבלת תביעתו בחברה).
 9. הצהרה בדבר הכנסות נוספות עבור המוסד לביטוח לאומי (הפנייה מתאימה תישלח למבוטח עם קבלת תביעתו בחברה).
 10. אישור על תשלום בהעברה בנקאית (מצ"ב).
 11. צילום תעודת זהות כולל הספח.
 12. צילום המחאה מבוטלת/אישור סניף בנק על ניהול חשבון.
- יש לציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי, בכדי לקבוע את חבותנו בתביעה.

1. פרטים על אובדן כושר עבודתך			
במקרה מחלה	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	תאריך קבלת הטיפול הראשון	שם הרופא המטפל וכתובתו
במקרה תאונה	תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	כתובת מקום האירוע התאונה/הפגיעה

2. פירוט האירוע/המחלה/התאונה/הפגיעה

3. פרטים על מקום עבודתך האחרון		
שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה
שכר ממוצע ב-12 החודשים האחרונים		תאריך הפסקת עבודתך
תיאור מפורט של עבודתך טרם קרות האירוע בגינו הינך תובע		
האם חזרת לעבודה? פרט מועד חזרה והיקף מישרה		

4. פרטים על השכלה והכשרה מקצועית ומקומות עבודה קודמים
מהי השכלתך – פרט בתי ספר, מוסדות השכלה גבוהה
מהי הכשרתך המקצועית, פרט קורסים והשתלמויות שעברת
מה היו עיסוקיך בעבר: פרט עיסוקים ותקופות עבודה

המשך בדף הבא

5. פרטים על מקורות הכנסה נוכחיים

האם אתה עוסק באיזו עבודה תמורת שכר או גמול?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____
האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____
האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו כגון: קיצבת ביטוח לאומי, קרן פנסיה, חברת ביטוח?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובתיי לעיל הינן מלאות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי החוק, העלמת פרטים בהצהרתי זו, או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות, תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי עפ"י הפוליסה.

הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל בתביעת אי כושר עבודה, אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלומי הפרמיות במלואן ולהחזיר פיצויים ששולמו לאחר שחזר אלי כושר עבודתי.

תאריך	חתימה
-------	-------

להלן רשימת האישורים הנדרשים לבירור תביעת מחלות קשות:

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו (מצ"ב).
2. אישור רופא משפחה לגבי היסטוריה רפואית.
3. אישורים רפואיים כגון: סיכומי אשפוז מבית-החולים, תעודות מחלה, טיפולים רפואיים, תוצאות בדיקות, חוות-דעת רפואיות וכד', כולל התייחסות למועד גילוי המחלה.
4. דו"ח בדיקה היסטופתולוגית.

1. מועד אבחון המחלה			
תופעות ראשוניות	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן		המועד בו פנית לראשונה בהקשר להפרעות אלה
	שם הרופא וכתובתו		
מועד אבחון המחלה	מועד אבחון המחלה	שם הרופא המאבחן	פירוט הבדיקות שבוצעו לאבחון

2. פירוט האירוע/המחלה/התאונה/הפגיעה

הצהרת המבוטח	
אני החתום מטה, מצהיר בזה כי תשובותי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי החוק, העלמת פרטים בהצהרתי זו, או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות, תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי עפ"י הפוליסה.	
תאריך	חתימה

להלן רשימת האישורים הנדרשים לבירור תביעת נכות מתאונה:

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו (מצ"ב).
2. אישור רופא משפחה לגבי היסטוריה רפואית.
3. אישורים מיום האירוע: דו"ח חדר מיון, סיכום אשפוז מבי"ח, אישור רופא מטפל.
4. אישורים ממוסדות ממשלתיים, המעידים על נסיבות התאונה: משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו'.
5. אישורים המעידים על נכות צמיתה (במידה ומצויים ברשותך): אישור רופא מומחה, פרוטוקול מלא ומקורי של המוסד לביטוח לאומי (יוחזר בתום הטיפול).

יש לציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי, בכדי לקבוע את חבותנו בתביעה.

פירוט האירוע/התאונה/הפגיעה

הצהרת המבוטח	
אני החתום מטה, מצהיר בזה כי תשובותיי לעיל הינן מלאות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי החוק, העלמת פרטים בהצהרתי זו, או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות, תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי עפ"י הפוליסה.	
תאריך	חתימה

להלן רשימת האישורים הנדרשים לבירור תביעת סיעוד:

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו (מצ"ב).
 2. אישור רופא משפחה לגבי היסטוריה רפואית.
 3. אישור רופא מומחה לגבי המחלה/התאונה בגינה הנך טוען למצב סיעודי.
 4. אישורים רפואיים כגון: סיכומי אשפוז מבית-החולים, תעודות מחלה, טיפולים רפואיים, תוצאות בדיקות, חוות-דעת רפואיות וכד'.
 5. אישורים הקשורים לאירוע מהמוסד לביטוח לאומי, כולל פרוטוקול מלא.
 6. אישור על העסקת עובד זר.
 7. אישור על תשלום בהעברה בנקאית (מצ"ב).
 8. צילום תעודת זהות כולל הספח.
 9. צילום המחאה מבוטלת/אישור סניף בנק על ניהול חשבון.
- יש לציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי, בכדי לקבוע את חבותנו בתביעה.**

1. פירוט האירוע/המחלה/התאונה/הפגיעה

2. האם יש לך עובד זר? ☐ כן ☐ לא, אם כן – פרט את מועד תחילת עבודתו _____

3. תיפקוד

<p>א. האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____</p> <p>ב. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____</p> <p>ג. האם אתה מסוגל להתרחץ/להתגלח בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____</p> <p>ד. האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____</p> <p>ה. האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____</p> <p>ו. האם הנך מסוגל לשלוט על הסוגרים? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____</p>	
---	--

4. פרטים על מקורות הכנסה נוכחיים

<p>האם אתה עוסק באיזו עבודה תמורת שכר או גמול? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____</p> <p>האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____</p> <p>האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו כגון: קיצבת ביטוח לאומי, קרן פנסיה, חברת ביטוח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____</p>	
--	--

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה, מצהיר בזה כי תשובותי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי החוק, העלמת פרטים בהצהרתי זו, או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות, תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי עפ"י הפוליסה.

תאריך	חתימה
-------	-------

להלן רשימת האישורים הנדרשים לבירור תביעת אבטלה:

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו (מצ"ב).
2. אישור המוסד לביטוח לאומי המכיר בך כמובטל.
3. אישור מלשכת התעסוקה כי הנך רשום כמחוסר עבודה והנך מסוגל לעבוד במקצוע או בכל עבודה אחרת המתאימה לך ולשכת התעסוקה לא הציעה לך עבודה.
4. אישור מהמעביד לגבי תקופת עבודתך.
5. אישור מהמעביד המעיד כי אינך מקבל קצבה או גמלה המשתלמת מהמעביד או קופת גמל עקב פרישתך מהעבודה.

1. פרטים על אבטלה		
תאריך הפסקת עבודה	שם המעסיק	משך תקופת עבודתך אצל מעסיק זה

2. פרטים על מקורות הכנסה נוכחיים	
האם אתה עוסק באיזו עבודה תמורת שכר או גמול?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____
האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____
האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו כגון: קיצבת ביטוח לאומי, קרן פנסיה, חברת ביטוח?	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא, אם כן – פרט _____

הצהרת המבוטח	
<p>אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובתי לעיל הינן מלאות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר עם עברי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי החוק, העלמת פרטים בהצהרתי זו, או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות, תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי עפ"י הפוליסה.</p> <p>הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל, אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ואחזור לעבודה, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלומי הפרמיות במלואן ולהחזיר תשלומים ששולמו לאחר שחזרתי לעבודה.</p>	
תאריך	חתימה

מבוטח יקר,
יש למלא את טופס זה, במקרה של תביעת אובדן כושר עבודה ו/או תביעת סיעוד.

במסגרת מאמצי החברה לשיפור השירות, הרינו להודיעכם כי חברת איילון, תבצע את התשלומים ללקוחות/תובעים ע"י העברה ישירה לחשבון הבנק. ההעברה הבנקאית תתבצע לאחר בירור הדרישה ולאחר תהליכי אישור של התשלום, בהתאם לנוהלי החברה. הודעה על ביצוע ההעברה, תישלח במקביל לביצוע התשלום בפועל.

על מנת שנוכל לבצע את ההעברות הנ"ל, נבקשכם להעביר אלינו את המסמכים הבאים:

- 1. הספח המצ"ב, הכולל את הפרטים הדרושים וחתימתכם.
 - 2. צילום העתק שיק של החשבון אליו יועבר התשלום (אנא רשום "מבוטל" על השיק).
 - 3. צילום תעודת הזהות, כולל הספח.
- התשלום בהעברה בנקאית הינו בטוח יותר, יזרז את תהליך העברת התשלום אליכם ויחסוך זמן יקר שלנו ושלכם.

תודה על שיתוף הפעולה.

אישור פרטים לצורך העברה בנקאית			
לכבוד איילון חברה לביטוח בע"מ מח' תשלומי ביטוח חיים רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008			
הריני לאשר קבלת מכתבכם בנושא שיטת התשלום באמצעות העברה בנקאית.			
שם המוטב (עפ"י הרשום בפוליסה)	מס' ת.ז./ח.פ.		מספר טלפון
מספר טלפון נייד	מספר פקסימיליה		כתובת דואר אלקטרוני
שם הבנק	מספר הבנק	מספר הסניף	מספר החשבון
את אישור העברה הבנקאית אבקש לקבל באמצעות: (סמן את בחירתך) <input type="radio"/> הדואר <input type="radio"/> הדואר אלקטרוני			
תאריך	שם מוטב/מורשה חתימה		חתימה