



## חלק א'

# הנחיות להגשת תביעה על פי פוליסת ביטוח חיים במקרה פטירה

משפחה נכבדה,

אנו משתתפים בצערכם עם מות יקיריכם/יקירתכם בטרם עת.

להלן הנחיות לאופן הגשת מסמכי התביעה והמידע הנדרש לנו, על מנת שנוכל לטפל בתביעתכם באופן יעיל, במהירות האפשרית ולשביעות רצונכם.

### לידיעתכם:

תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת לאחר חמש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח, בהתאם לתיקון סעיף 31 בחוק חוזה ביטוח, התשמ"א-1981. יציין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות. נבהיר כי אין במשלוח טופס התביעה לחברה כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

### שירות לאזרחים וותיקים

על מנת שנוכל לסייע לאזרחים וותיקים למצות את זכויותיהם בתהליך הגשה ובירור התביעה, אזרח ותיק זכאי להליך המותאם לצרכיו, לרבות הגשת תביעה בעל פה באופן שמילוי טופס הגשת התביעה יבוצע על ידי נציג הגוף המוסדי בשיחה מוקלטת, ויעשה מאמץ לצמצם את זמני המענה והטיפול בתביעה. לקבלת שירות מותאם, עליך ליצור קשר טלפוני עם מוקד שירות הלקוחות לפי הפרטים להלן.

### להלן הטפסים הנדרשים לטיפול בתביעת מקרה פטירה:

- טופס ההודעה לתביעת מקרה פטירה כולל את החלקים הבאים:**
  - חלק א' - ימולא על ידי מגיש התביעה, כולל פירוט פרטי הנפטר וחובה לצרף תעודת פטירה.**
  - חלק ב' - טופס פרטי מוטב, כל מוטב הזכאי לתגמולי ביטוח נדרש למלא טופס זה בנפרד בצירוף המסמכים המפורטים בטופס.**
  - חלק ג' - טופס ויתור סודיות רפואית, בקשת מידע רפואי בגין הנפטר - כולל אימות חתימה, חובה לצרף לחלק א'.**
  - חלק ד' - טופס שאלון רפואי למילוי על ידי הרופא המטפל של הנפטר + סיכום רפואי המפרט את נסיבות הפטירה, חובה לצרף לחלק א'.**
- מסמכים נוספים לפי נסיבות המקרה ודרישת החברה:**
  - מסמכים רפואיים נוספים בהתאם לנסיבות הפטירה.**
  - חלק ה' - תצהיר שארים** נדרש כאשר לנפטר קיימת צבירת פיצויים ממעסיק נוכחי בפוליסת מנהלים. יש לצרף בנוסף גם טופס 161 מהמעסיק לתשלום פיצויי פטורין עקב פטירה, בצירוף תאום מס על הפיצויים, מפקיד שומה
  - צו ירושה או צו קיום צוואה** - נדרש כאשר המוטבים בפוליסה הם יורשיו החוקיים של המנוח או כאשר לא הוגדרו מוטבים בפוליסה
  - כאשר המוטב קטין** - יש להמציא אישור פתיחת חשבון בנק לקטין בנאמנות
  - משיכת כספים מתוכנית של מבוטח שנפטר עם יתרה נמוכה ללא הגדרת מוטבים.**

בהתאם לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (משיכת כספים מקופת גמל) (סכומים נמוכים), התשע"ו-2016, רשאים בן זוגו, הוריו או ילדיו של הנפטר לפנות לחברה ולבקש תשלום הכספים ללא המצאת צו ירושה או צו קיום צוואה, ובלבד שהתקיימו התנאים הבאים:

  - חלפו 3 שנים ממועד פטירת המבוטח
  - הצבירה במועד הבקשה למשיכת הכספים אינה עולה על 8,000 ₪ (צמוד)
  - המבקש מלא טופס "כתב שיפוי/הצהרה - משיכת כספים מחשבון של מבוטח שנפטר עם יתרה נמוכה"
- לנוחותכם מצורפים המסמכים הבאים:**
  - נספח 1 - הליך בירור ויישוב תביעות בתחום ביטוח חיים**
  - נספח 2 - מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור**

כל הטפסים זמינים באתר החברה בכתובת: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il)

לאחר הגשת הטופס והמסמכים הנדרשים, החברה עשויה לדרוש פרטים נוספים ו/או מסמכים נוספים, לפי הצורך והנסיבות, ולשם השלמת הטיפול בבירור התביעה.

**את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים, באפשרותך להעביר לחברה באחת מהאפשרויות הבאות:**

- בדוא"ל לכתובת: [bht@ayalon-ins.co.il](mailto:bht@ayalon-ins.co.il)
- בפקס למספר: 03-7569566
- בדואר לכתובת: בית איילון, רחוב אבא הלל סילבר 12, ת.ד. 10957, רמת גן 5250606
- באזור האישי באתר החברה בכתובת: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il)
- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות מסרון (SMS): יש לשלוח בהודעה את המילה **תביעה** לטלפון 050-3015829, ותקבלו הוראות להעברת המסמכים
- לברורים ניתן ליצור קשר עם מוקד שירות לקוחות ביטוח חיים, בטלפון: 1-700-72-72-77.

### לשירותכם,

איילון חברה לביטוח בע"מ  
אגף חיסכון לטווח ארוך



# טופס תביעה - הודעה על מקרה פטירה על פי פוליסת ביטוח חיים

הטופס ימולא על ידי מגיש התביעה

## חלק א'

לכבוד  
איילון חברה לביטוח בע"מ  
אגף חסכון לטווח ארוך  
כתובת דוא"ל להחזרה: [bht@ayalon-ins.co.il](mailto:bht@ayalon-ins.co.il)

נבקש להקפיד ולמלא טופס זה באופן מדויק ושלם, ולצרף את המסמכים הנדרשים המפורטים בהנחיות. מובהר בזאת, כי **כל אחד מהמוטבים** / מהזכאים לקבלת תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו, **נדרש למלא ולהעביר לחברה טופס פרטי מוטב - חלק ב' לטופס תביעה למקרה פטירה, בנוסף לטופס זה.**

הטופס מנוסח במין זכר, ומיועד לנשים וגברים כאחד.

1. פרטי הנפטר			
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	תאריך לידה
כתובת במועד הפטירה: רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
מקצוע / עיסוק במועד הפטירה:			

2. הפטירה	
תאריך פטירה	מקום הפטירה
סיבת הפטירה	
תיאור נסיבות הפטירה:	

3. פרטי קופ"ח ורופאי המנוח		
שם קופ"ח	שם הסניף	שם רופא משפחה
שמות רופאים מטפלים נוספים:		
שם:	כתובת:	תאריכי טיפול:
שם:	כתובת:	תאריכי טיפול:
שם:	כתובת:	תאריכי טיפול:

4. ביטוחים נוספים		
האם הנפטר היה מבטח בפוליסות ביטוח חיים נוספות בחברות אחרות? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן, פרט להלן:		
שם החברה:	סוג פוליסה:	מספר פוליסה:
שם החברה	סוג פוליסה	מספר פוליסה
שם החברה	סוג פוליסה	מספר פוליסה

5. הצהרת מגיש התביעה			
אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל המידע אשר נמסר על ידי בתשובה לשאלות החברה כמפורט בטופס תביעה זה, הינן מלאות, נכונות וכנות, ולא הסתרתי מידע בהקשר לתביעה זו. ידוע לי כי המידע האמור מהווה מידע בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על החלטת החברה בעת ברור ויישוב התביעה. ידוע לי כי בהתאם לדין החל, מסירת תשובות שאינן מלאות וכנות, עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח ועלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או שלילת הזכאות על פי הפוליסה.			
שם משפחה	שם פרטי	מספר ת.ז.	מספר נייד
כתובת מגורים:	קרבה למנוח		
תאריך:	מספר ת.ז.		
	כתובת דוא"ל:		
	חתימה		

