



מבוטח/ת יקר/ה

1. כמבוטח במסגרת פוליסה קולקטיבית לביטוח תאונות אישיות חבר משרתי הקבע והגמלאים בע"מ, באפשרותך להגיש תביעה בהתאם לתנאי הפוליסה לכיסויים המפורטים בהמשך.
 2. לנוחיותך, דף הנחיות למילוי הטופס והמסמכים הדרושים לנו לטיפול בתביעתך. לאחר מילוי הטופס וצירוף המסמכים הנדרשים, יש להעבירם לחברתנו באחת מהדרכים הבאות:
 - בדואר: רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 5250606, ת.ד 10957.
 - בפקס: 03-7569578.
 - במייל: Tviot_t.e@ayalon-ins.co.il.
- במידת הצורך אל תהסס/י לפנות למוקד השרות שלנו בטלפון 1-700-700-682 שישמח לעזור ולייעץ לך.

הכיסויים בפוליסה ופירוט המסמכים הנדרשים לתביעה בגינם:

כללי

1. לטיפול יעיל בתביעתך אנא הקפד למלא הפרטים ולחתום במקומות המצוינים.
2. בנוסף למסמכים הנדרשים לפי סוג התביעה כמפורט להלן, נבקשך לצרף את הצרף את המסמכים הבאים:
 - 2.1 צילום תעודת זהות + ספח
 - 2.2 מסמכים רפואיים המעידים על התאונה / פגיעה ונסיבותיה.
 - 2.3 פירוט פרטי חשבון בנק לשם ביצוע העברה בנקאית.

רובד בסיסי:

1. **נכות צמיתה כתוצאה מתאונה**
 - אישורים רפואיים
 - סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים.
 - אישורים ממסודות 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 מוסד זה.
 2. **כוויה כתוצאה מתאונה**
 - אישורים רפואיים המעידים על היקף הכוויה ודרגתה
 - סיכום מחלה מבית חולים.
 3. **פיצוי במקרה של מצב סיעודי כתוצאה מתאונה**
 - אישורים רפואיים
 - סיכום מחלה מבית חולים
 - מסמכים הכוללים חוות דעת רפואית, תוצאות, ברורים וטיפולים רפואיים.
 - תעודות מחלה.
 - סיכומי הועדה הרפואית מהמוסד לביטוח לאומי.
 - מסמך רפואי עדכני המעיד על אופן תפקודך היומיומי.
 4. **פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה**
 - סיכום מחלה מבית החולים הכולל את ימי האשפוז.
5. **הוצאות רפואיות עקב תאונה**
 - קבלות
 - מסמך המעיד על מיצוי זכויות בקופ"ח / שב"ן / חברת ביטוח אחרת.
 - אישורים רפואיים הכוללים המלצה לרכישת אביזר רפואי/טיפול רפואי פרטי.

רובד מורחב / רשות:
 6. **פיצוי שבועי עקב תאונה**
 - אישורים רפואיים.
 - אישור מעביד על היעדרות בפועל.
 - אישורי מחלה לתקופה המבוקשת.
 7. **שבר כתוצאה מתאונה**
 - אישורים רפואיים
 - סיכומי מחלה מבית חולים, אישורים וחוות דעת מרופאים מטפלים.
 8. **שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל**
 - אישור שהיה מאתר הנופש / בית מלון.
 - קבלה מקורית בגין השירות הרפואי.
 - מסמכים רפואיים המעידים על הצורך בהזמנת הטיפול / שירות רפואי.



תביעה - הודעה על מקרה ביטוח כתוצאה מתאונה

נא למלא את הפרטים בכתב קריא

הנני מעוניין/ת להגיש תביעה בגין (נא סמן X במשבצת המתאימה):

נכות צמיתה כתוצאה מתאונה כוויה כתוצאה מתאונה פיצוי במקרה של מצב סיעודי כתוצאה מתאונה
 פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה הוצאות רפואיות עקב תאונה

פרט / רשות (למי שרכש רובד זה): פיצוי שבועי עקב תאונה שבר כתוצאה מתאונה שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל

1. פרטים מזהים של המבוטח עמית בן/בת זוג (נא סמן X) (במידה ומדובר בבן זוג יש לצרף ת"ז של העמית ובן הזוג)

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
מס' אישי בצה"ל	פרופיל צבאי	מיקצוע/עיסוק	טלפון
כתובת דואר אלקטרוני			

2. פרטים על מקום העבודה

שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה
----------------	-------------------	------------------

3. 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 / פגיעה
תאונת עבודה: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		

4. פירוט האירוע / התאונה / הפגיעה (יש לציין בפירוט רב ככל הניתן)

5. פרטים רפואיים

שם קופת החולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית החולים המטפל
שמות רופאים מטפלים נוספים	כתובתם	תאריך טיפול	
1. _____	1. _____	1. _____	
2. _____	2. _____	2. _____	
האם הינך מאושפז בבית חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____			
האם אתה סובל או סבלת מסוג מסוים של פגיעה או מחלה ממושכת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____			

6. ביטוחים נוספים

האם תבעת או הנך עומד/ת לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכו') בקשר לתשלום פיצויים בגין האירוע הנ"ל?				
שם הגורם ההנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____

7. במקרה של תביעה לפיצוי סיעודי

1. האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____
2. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____
3. האם אתה מסוגל להתרחץ/להתגלח בכוחות עצמך?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____
4. האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____
5. האם אתה סרוחק לכסא גלגלים או למיטה?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____
6. האם אתה שולט על הסוגרים?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____

הצהרה ובקשה לתשלום באמצעות העברה בנקאית

אני החתום/ה מטה מצהיר בזה כי תשובותיי 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.

אבקש להעביר את תגומלי הביטוח אם וככל שמגיעים לי

לבנק	מס' סניף	שם הסניף
מס' חשבון	ע"ש	
תאריך	ת.ז.	חתימה



אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי			תעודת זהות	שם האב
רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	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 חוקר ו/או למשרד העלייה והקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או מכון מור מאר ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי 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 הסייעודי 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 דלעיל 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 הסייעודי 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 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:

חלק ב'			
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השירותים			
רופאים		מכונים/מעבדות	
1.	_____	1.	_____
2.	_____	2.	_____
3.	_____	3.	_____
4.	_____	4.	_____

מס' אישי בצה"ל	קופ"ח קודמת	מרפאה קודמת
----------------	-------------	-------------

שם האם	ת.ז.	שם האב	ת.ז.
--------	------	--------	------

תאריך	עד לחתימה (עו"ד/סוכן ביטוח/עו"ס) (יש לציין מספר רישיון)	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
-------	---	--