

## הודעה על מקרה ביטוח על פי פוליסה לביטוח בריאות

נא לשלוח לפקס 03-7569586 או למייל ifnbriut@ayalon-ins.co.il | לברורים - 1800-35-2001

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

שם הסוכן	מס' סוכן
----------	----------

### מבוטח/ת יקר/ה

על מנת לעזור ככל הניתן בקבלת טיפול רפואי באמצעות חברתנו ו/או בטיפול בפנייתך, נבקשך למלא את הפרטים בטיפול 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 ושלם וכן בכתב יד קריא.**

### סוגי התביעות שעליהן ניתנות הנחיות:

- ניתוח פרטי
- טיפולים אמבולטוריים (ייעוץ מומחים בדיקות מעבדה והדמיה (chek up).
- טיפולים אלטרנטיביים.
- תרופות מחוץ לסל הבריאות
- ביטוח סיעודי.
- אישפוזית.

### טופס ההודעה על מקרה הביטוח בנוי משלושה חלקים:

- חלק א' - ימולא על ידך המבוטח - חלק זה כולל פרטים אישיים עליך ועל מקרה הביטוח וכן פירוט פירוטי חשבון בנק לשם ביצוע העברה בנקאית.  
חלק ב' - ימולא ע"י הרופא המטפל בקופת חולים - חלק זה כולל מידע רפואי על מקרה הביטוח.  
חלק ג' - ימולא ע"י הרופא המנתח.  
יחד עם טופס ההודעה על מקרה הביטוח, יש להעביר את המסמכים המקוריים כמפורט מטה לחברת הביטוח בהקדם האפשרי.  
על מנת להקל עלינו בטיפול בפנייתך, נבקשך להשיב על כל השאלות המופיעות בטופס ההודעה.  
**\*טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.**

### א. ניתוחים

1. ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות המבטח.  
א. טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וכן ע"י רופא מטפל בקופת חולים (חלק ב') והרופא המנתח (חלק ג').
2. מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח. ניתוחים שבוצעו שלא באמצעות המבטח.  
א. טופס הודעה אשר ימולא על ידך המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המטפל בקופת חולים (חלק ב').  
ב. סכום ניתוח מבי"ח.  
ג. קבלות מקוריות במידה והניתוח בוצע באופן פרטי.

### ב. טיפולים אמבולטוריים -

- ייעוץ אצל רופא מומחה, בדיקות מעבדה ו/או אבחנה וכו'.  
1. סכום תוצאות הטיפול.  
2. קבלה מקורית.

### ג. רפואה אלטרנטיבית

- הנך מתבקש/ת לצרף את המסמכים הבאים:  
1. מכתב הפניה של רופא מטפל או רופא מומחה.  
2. סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה, או סיכום ביניים.  
3. קבלות מקוריות על תשלומים בגין הטיפול.

### ד. תרופות שלא נכללות בסל הבריאות

1. מסמכים רפואיים הקשורים לאירוע.
2. המלצה של רופא מומחה המעיד על הצורך בתרופה.
3. שם התרופה ומשך הטיפול בה כולל מרשם.
4. קבלות מקוריות.

### ה. תביעה בגין מקרה סיעודי.

1. אישורים רפואיים.  
- סיכום מחלה מבית החולים.  
- מסמכים הכוללים חוות דעת רפואית, תוצאות תעודת מחלה, טיפולים רפואיים וכו'.  
2. אישורים הקשורים לאירוע מהמוסד לביטוח לאומי וכו'.

### ו. אישפוזית

1. סיכום מחלה מבית החולים, הכולל מספר ימי האשפוז.

**חלק א': למילוי ע"י המבוטח**

1. פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
שם מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד
שם מקום העבודה של בן/בת זוג	מס' טלפון בעבודה של בן/בת זוג	מס' טלפון בבית של בן/בת זוג	מס' טלפון נייד של בן/בת זוג
שם קופת בחלים	סניף	כתובת	
כתובת דואר אלקטרוני* לקבלת דיוורים/מידע וכל מסמך אחר (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) המנוהל ביחס לכל אחד ממוצרי הביטוח או החיסכון על שמך בקבוצת איילון			
שם הרופא המצויע המטפל		שם רופא המשפחה המטפל	
<p>פרטיי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.  הנני מאשר לעדכן את פרטיי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת איילון ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו.  <input type="checkbox"/> מאשר/ת <input type="checkbox"/> לא מאשר/ת.  מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי המעודכנת.  לידיעה - במידה ולא אשר עדכון הפרטים ו/או לא אצרף העתק ת.ז. תעשה איילון שימוש בפרטים מעלה רק בקשר עם התביעה הנוכחית.  * אין האמור לעיל מהווה אישור לשימוש בדוא"ל למידע שיווקי/פרסומי כל עוד לא ניתנה הסכמה נפרדת לעשות שימוש כזה.</p>			

**2. סוג התביעה**

**ניתוח**  
אנא סמן כיצד תבצע / בצעת?  
א.  פיצוי בגין ניתוח שבוצע במסגרת קופת חולים - יש לצרף מכתב שחרור וזאת בנוסף על דוח הרופא.  
ב.  בקשה לאישור ותיאום ניתוח - על הרופא המטפל והרופא המנתח למלא הפרטים בחלקים ב' ו-ג' לטופס זה. האם יש השתתפות של קופת חולים?  
ג.  לא  כן - אמצאי התחייבות מקופ"ח.  
ד.  בצוע ניתוח באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות מקוריות ודו"ח ניתוח.

**החזר הוצאות רפואיות** (פוליסות עם כיסוי אלטרנטיבי, אמבולטורי ותרופות).  
יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) ומסמכים רפואיים בנוסף למילוי הרופאים המטפלים בחלקים ב' ו-ג' בטופס.

תאריך	פרטי אירוע (בדיקת רופא, מעבדה, בדיקת הדמיה, קבלת טיפול אלטרנטיבי וכו')

**סעוד - ימולא בתביעה לפיצוי סיעודי:**

1. האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_  
2. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_  
3. האם אתה מסוגל להתרחץ / להתגלח בכוחות עצמך?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_  
4. האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_  
5. האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_  
6. האם אתה שולט על הסוגרים?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_

**3. ביטוחי בריאות נוספים**

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_  
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_  
האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_ משנת \_\_\_\_\_ מסוג \_\_\_\_\_  
האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר?  כן  לא, פרט, בחברת \_\_\_\_\_  
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?  כן  לא, פרט, בחברת \_\_\_\_\_

**4. הצהרה ובקשה לתשלום באמצעות העברה בנקאית**

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

**אבקש להעביר את תגמולי הביטוח אם וככל שמגיעים לי או למי מבני משפחתי**

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

## חלק ב': למילוי בידי הרופא המטפל בקופת חולים

<b>1. פרטי המבוטח</b>		
שם המשפחה	השם הפרטי	מס' ת.ז.

<b>2. הטיפול במבוטח</b>	
המבוטח בטיפול החל מתאריך _____	
מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	מתאריך

<b>3. האבחנה</b>	
האבחנה הנוכחית _____	
המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך _____	
התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו מתאריך _____	
הצורך בנייתוח נקבע בתאריך _____	
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הן תוצאה של: _____	
תאונת עבודה	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____
תאונת דרכים	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט _____

<b>4. פרטי הרופא</b>				
שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך				חתימת וחותמת הרופא 

## חלק ג': למילוי בידי הרופא המנתח

<b>1. פרטים על הניתוח המומלץ</b>
שם הניתוח המומלץ: _____
בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: _____
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____
בבית חולים: _____

<b>2. הערות נוספות</b>

<b>3. פרטי הרופא</b>				
שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך				חתימת וחותמת הרופא 

**אופן תשלום התביעה**

לתשומת לבך - תשלום יועבר באמצעות ח-ן בנק בלבד.  
אם תביעתך לפיצוי/החזר כספי הינה מעל 15,000 ש"ח יש לצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון

בבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון
------	----------	------------	------------

במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצויין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות הזהות של המוטבים.

**הצהרת המבוטח**

אני/נו החתום/ים מטה נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה, למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוחיה, עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים, על מצב בריאותי/נו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי "המבקש" ו/או יועץ הביטוח. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים. ניתנת בזו זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה. אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך	שם ושם משפחה של המבוטח	מספר זהות של המבוטח	חתימת המבוטח
-------	------------------------	---------------------	--------------

במקרה של קטין, נא למלא גם את השדות הבאים:

שם ושם משפחה של ההורים	מספר זהות של ההורים	חמתת ההורים
------------------------	---------------------	-------------

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' \_\_\_\_\_ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"איילון" ולקבל מ"איילון" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

תאריך	שם ושם משפחה	חתימת המבוטח
-------	--------------	--------------

**הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת**

אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי מידע זה, ויתר המידע אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי קבוצת איילון ישמש את החברות בקבוצת איילון ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת איילון (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, להציע לי הצעות שיווקיות מותאמות אישית ולשלוח דברי פרסומת (בין היתר באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS), וכן לצורך טיפול בתביעות, עיבודו ואיחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת איילון.

תאריך	חתימת המבוטח
-------	--------------

בכל עת בעתיד תוכל להודיע על סירובך לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור באמצעות "טופס סירוב קבלת דבר פרסומת" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il)

**פסקת התיישנות**

הננו להביא לתשומת לבך, כי לפי הוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא שלוש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. במידה ומדובר בתביעת קטין, בחישוב תקופת התיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו טרם מלאו לתובע שמונה עשרה שנה. ברצוננו להבהיר, כי ככלל, הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מירוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.