

תאריך: ~S90~ ~S91~ ~S92~ ~S01~

לכבוד
~S63~
~S64~ ~S65~

א.ג.ג.,

מבלי לפגוע בזכויות ובטענת התיישנות

הנדון: הנחיות על הליך הטיפול והמסמכים הנדרשים מצד שלישי בגין תביעה לפיצוי בשל נזקי גוף שנגרמו כתוצאה משימוש בדירה המבוטחת באיילון.
פוליסה ~S25~ ע"ש ~S14~
בקשה מס': ~S05~ אירוע מיום: ~S08~

הננו מאשרים קבלת תביעתך לפיצוי (להלן "התביעה") בגין הנזקים שנגרמו לך בעקבות האירוע שבנדון. לדיעתך אותרה פוליסת ביטוח דירה ע"ש מבוטחנו ואנו בודקים את שאלת הכיסוי הביטוחי, חבותנו וחבות מבוטחנו כלפיך.

מצורף בזאת חוברת "מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור" של חברתנו (להלן "מערכת הכללים") וכן מסמך "הליך בירור ויישוב תביעה" המתאר את הליך הטיפול בבקשה (להלן "מסמך הליך בירור"). הנך מתבקש לעיין ב"מסמך הליך הבירור" ו"במערכת הכללים". כמו כן תוכל לצפות באתר החברה www.ayalon-ins-co.il באזור "המידע האישי" במסמכים הרלוונטיים הקשורים לדרישה זו.

לצורך ברור התביעה הינך מתבקש להמציא לנו את המסמכים המפורטים מטה. היה ומסמכים אלו או חלקם כבר הומצאו לנו אין צורך לשלוח אותם פעם נוספת. הינך מתבקש לציין על כל מסמך המועבר לחברתנו את מספר הבקשה המופיע לעיל.

באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה (באמצעות דוא"ל/מסרון או דואר ישראל)

להלן הפעולות שעליך לבצע במקרה של נזקי גוף שנגרמו לטענתך כתוצאה משימוש בדירה המבוטחת באיילון

- עליך לנקוט באמצעים סבירים למניעת / הקטנת הנזקים בעטיו של האירוע.
- להעביר לחברתנו את מלוא המידע והמסמכים המהותיים בקשר עם האירוע המצויים בידך בנוסף על המסמכים הנדרשים המצוינים בהמשך.

לצורך הטיפול בתביעה ועל מנת שנוכל לקבוע עמדתנו לגביה נבקשך להמציא ו/או לחתום על הטפסים הבאים:

1. טופס תביעה שלם בפרטיו וחתום על ידך (לוט הטופס). לא נוכל להתחיל בבירור תביעתך ללא קבלת טופס תביעה חתום.
2. אישור משטרה – באם נעשתה פנייה למשטרה.

3. מסמכים הקשורים למקור הנזק במידה וזוהה כזה וקיימים ברשותך ו/או מסמכים ביחס לאחריות מבוטחנו לנזק הנטען על ידך.
4. צילומי נזק ו/או מקום האירוע, ככל הקיים ברשותך.
5. פרטי עדים לאירוע.
6. כל התיעוד רפואי רלבנטי לרבות דו"ח פינוי מד"א ותעודת חדר מיון.
7. אישורים רפואיים על תקופת אי כושר עבודה בגין התאונה, באם הייתה כזו.
8. אם הנפגע הינו עובד שכיר וטוען להפסדי שכר:
 - א. תלושי שכר של 3 החודשים שקדמו לתאונה ו-6 החודשים אחריה.
 - ב. אישור המעביד על תקופת היעדרות מהעבודה, כתוצאה מהתאונה, בציון סכום הפסדי השכר שנגרמו.
9. אם הנפגע הינו עצמאי וטוען להפסדי שכר:
 - א. הודעות שומה לשנתיים שקדמו לתאונה ועד שנתיים לאחריה.
 - ב. שוברי תשלום למע"מ לתקופה של 6 חודשים לפני התאונה ו-6 חודשים אחריה.
10. כתב ויתור על סודיות רפואית מלא וחתום (רצ"ב הטופס).
11. באם קיים עיקול על זכויותך, יש לדאוג להסרתו. באם לא יוסר על ידך בתוך זמן סביר לא נוכל לשלם תגמולי ביטוח, אם תוכר זכאותך לקבלם ו/או יתכן ויהא עלינו לשלם לבעל זכות העיקול, כמו כן נא המצא אישור עדכני בדבר גובה הסכום המעוקל.
12. אישורים/אסמכתאות לגבי מועד הפירעון בפועל של תשלומי הוצאות נלוות במידה והיו כאלה אשר בוצעו על ידך – באם בוצעו.
13. ייפוי כוח - במידה והפנייה לחברתנו מטעם הניזוק הינה באמצעות עו"ד.
14. טופס אישור ביצוע להעברה בנקאית של תגמולי הביטוח וצילום המחאה (צ'ק).

נציין כי ככל שנדרש למידע ו/או מסמכים נוספים לצורך בירור ויישוב התביעה - נודיעך על כך.

אין בבקשת המסמכים או בקבלתם ו/או במינוי מומחים ו/או יועצים משום קביעת עמדה לגבי הבקשה ו/או הכיסוי הביטוחי ו/או אחריות מבוטחנו לנזק הנטען.

לאחר קבלת מלוא המידע והמסמכים המהותיים לברור הכיסוי הביטוחי ו/או החבות ו/או הנזק ובכפוף לקיומו של כיסוי ביטוחי וגמר הבירור - תפעל חברתנו להודיעך עמדתנו ביחס לפנייתך, כמפורט באגרת.

לתשומת לבך: עפ"י החוק חלה התיישנות על בקשת מבוטח לתשלום תגמולי ביטוח לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. תקופת התיישנות תביעה לתשלום לצד שלישי הינה לאחר 7 שנים ממועד האירוע ואם הנפגע הינו קטין- בחלוף 7 שנים ממועד הגיעו לגיל 18 הכול על פי דין. הגשת תביעה/העברתה לטיפולינו ומהלך הטיפול אינם עוצרים את מרוץ ההתיישנות. רק הגשת התביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. מועד האירוע המצוין לעיל הינו הידוע לנו במועד המכתב.

בכבוד רב,

מש"ל - מרכז שרות לקוחות איילון

טלפון: 6679 * פקס: ~S62~

איילון חברה לביטוח בע"מ

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

אני ה"מ" _____ הנושא ת.ז. _____ מוותר בזה על הסודיות/הרפואית ומייפה את כוחה של איילון חברת הביטוח בע"מ ו/או כל אדם אשר ייקבע לכך על ידה לפנות לכל אדם ו/או גוף המפורטים מטה. [במקרה של קטין יירשמו פרטיו והטופס יחתם על ידי אפוטרופוסו הטבעיים]

1. כללי

לכל אדם או גוף, רופא, פסיכולוג, עובד רפואי, פקיד שיקום, עובד סוציאלי, מוסד, מוסד רפואי, מוסד שיקומי, מרכז איבחון, מרכז השמה, בית חולים, קופת חולים, ועדות רפואיות, קרנות פנסיה, קרנות למיניהם, חברות ביטוח, משרדי ממשלה שונים, רשויות עירוניות, תחנות לבריאות הנפש.

2. המוסד לביטוח לאומי

לכל עובד רפואי ו/או סוציאלי ו/או סיעודי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי.

3. צ.ה.ל, משרתת ישראל, משרד הבטחון (מס' אישי בצ.ה.ל. / מספר שוטר _____)

לצ.ה.ל. ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל אדם המשרת בצ.ה.ל. ו/או בכוחות הבטחון של מדינת ישראל לרבות משרתת ישראל ו/או משמר הגבול ו/או לכל עובד בתחום הרפואי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכולוגי ו/או הפסיכיאטרי ו/או השיקומי ו/או הסיעודי ו/או האבחון ו/או כל מוסד ממוסדותיכם לרבות בתי חולים ו/או מחלקות ו/או מרכזי השמה ו/או מרכזי אבחון.

4. מוסדות חינוך – משרד החינוך – משרד הבריאות, רשויות מקומיות ועירוניות

למשרד החינוך, לכל רשות עירונית ואו מקומית ו/או איזורית וכן לכל מוסד חינוכי בו למדתי ו/או קבלתי טיפול מאז לידתי לרבות לכל בית ספר ו/או גן ילדים ו/או טיפת חלב מרכז לאם ולילד, מרכז לבריאות הנפש, שירות פסיכולוגי, עירוני ו/או מקומי, וכן ליועצים חינוכיים ו/או יועצים פסיכולוגיים ו/או לכל מורה ו/או מנהל בית ספר.

הנני מבקש מכל אדם ו/או גוף שפורט לעיל למסור למבקשים כל תעודות רפואיות גליונות וסיכומי מחלה, מסמכי אשפוז ושחרור, דוחות רפואיים, בדיקות מעבדתיות, בדיקות ותעודת פסיכולוגיות ופסיכיאטריות, מימצאים והחלטות של רופאים של ועדות רפואיות, ועדות השמה, אבחון ושיקום, וכל מידע פרטים ומסמכים אחרים ונוספים, איזה שהם שיידרשו על ידו(ם) בלי יוצא מן הכלל, בקשר ובכל הנובע במישרין או בעקיפין ממצבי הרפואי וממצב בריאותי בעבר, בהווה ובעתיד ולכל מחלה שחליתי ו/או שאני חולה בה וכל פציעה שנפצעתי בעבר והנזקים הגופניים והנפשיים שסבלתי ו/או שאני סובל מהם ו/או בקשר וככל הנוגע לנכויות שלי הן הזמנית והן הצמיתה, ולטיפולים הרפואיים, הנפשיים, השיקומיים, הסיעודיים בהווה ובעתיד לרבות התוצאות הצפויות או המתוכננות וכן כל תעודה ו/או תעודת בית ספר ו/או תעודת גמר ואו כל רשימת ציונים על הישגי בלימודים וכן כל מידע ומסמכים בקשר וככל הנוגע לפרופיל הצבאי שלי בצ.ה.ל., וכמו כן כל מידע ומסמכים בקשר וככל הנוגע לגימלאות ולתגמולים בכסף ובעין שקיבלתי בעבר ושאני מקבל בהווה ושקבל בעתיד מכל מקור כולל תביעות לגימלאות ותגמולים והדוחות הרפואיים והאחרים הנוגעים לכל אלה, ולרבות כל מסמך הנוגע לנכות כללית ו/או נכות מעבודה.

והריני משחרר ופוטר אתכם מחובת השמירה על סודיות רפואית ומוותר בזה על כל טענה בקשר לסודיות רפואית כלפיכם וכלפי כל גוף או מוסד המוסר חומר בהתאם לכתב ויתור זה. פטור זה יפה גם למתחייב מחוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ שם האב _____
 מס' ת"ז _____ מספר אישי צה"ל/ משטרה _____
 קופת חולים כיום _____ מס' פנקס חבר _____ המרפאה _____
 במקרה של קטין שם האם _____ ת"ז _____ שם האב _____ ת"ז _____

שם קופת חולים עד גיל 18 _____
 מרפאות ורופאים מקצועיים _____
 בתי חולים ומרפאות חוץ _____
 שמות רופאים מטפלים בעבר _____
 שמות רופאים ומטפלים כיום _____

תאריך _____ עד לחתימה ומספר ת"ז _____ חתימה וחתימת עו"ד _____
 חתימת המוותר _____ (במקרה של קטין חתימת האפוטרופוס הטבעי)

יפוי כח: הננו מייפים את כוחו של _____ לטפל בשמנו ומטעמנו בהשגת מידע על פי טופס ויתור סודיות זה.

איילון חברה לביטוח

מחלקת תשלומי ביטוח
תאריך: _____

לכבוד
~S63~
א.ג.ג.

הנדון: תשלום תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית

במסגרת מאמצי החברה לשמור על רמת שרות גבוהה, הרינו להודיעכם כי חברתנו מבצעת תשלומים ללקוחות/תובעים באמצעות העברה ישירה לחשבון הבנק בלבד. ההעברה הבנקאית תבצע רק לאחר בירור הדרישה, קיומה של חבות ביטוחית ולאחר תהליכי אישור של התשלום בהתאם לנוהלי החברה. הודעה על ביצוע ההעברה תישלח במקביל לביצוע התשלום בפועל. על מנת שנוכל לבצע את ההעברה הנ"ל, נבקשכם להעביר אלינו ע"ג הספח המצ"ב את הפרטים הדרושים ובנוסף להעביר אלינו צילום העתק המחאה של החשבון אליו יועבר התשלום (יש לרשום "מבוטל" על המחאה). התשלום בהעברה בנקאית הינו בטוח יותר, יזרו את תהליך העברת התשלום אליכם ויחסוך זמן יקר שלנו. ושלכם.

תודה על שיתוף הפעולה !!!

=====

נא להחזיר לפקס 7569557 – 03

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
מח' הנה"ח
רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008

הנדון: אישור פרטים לצורך העברה בנקאית
בקשה מס' ~S05~ אירוע מיום ~S08~

הריני מצהיר בזאת כי ברצוני לקבל את התשלום בהעברה בנקאית לחשבון שפרטיו להלן וזיכוי החשבון ישמש אישור לקבלת תגמולי הביטוח.

שם המוטב (עפ"י הרישום בפוליסה)/בעל ח-ן		מס ת.ז. / ח.פ.		
מספר טלפון נייד		דואר אלקטרוני @		
שם הבנק	מס הבנק	שם הסניף	מס הסניף	מס חשבון
תאריך	שם מוטב/ מורשה החתימה		חתימה	