

תאריך: ~S90~ ~S91~ ~S92~ ~S01~

לכבוד
~S63~
~S64~ ~S65~

א.ג.נ./ח.נ.,

מבלי לפגוע בזכויות ובטענת התיישנות
מבלי להכיר בחבות ובכיסוי הביטוחי

הנדון: ביטוח ע"פ פקודת ביטוח רכב מנועי

פוליסה ~S25~ ע"ש ~S14~

תביעה מס': ~S05~ אירוע מיום: ~S08~ התובע: ~S04~

בהמשך לפנייתך שבנדון ולפתיחת בקשה לתגמולי ביטוח, (להלן "הבקשה") 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"מערכת הכללים". כמו כן תוכל לצפות באתר החברה www.ayalon-ins-co.il באזור "המידע האישי" במסמכים הרלוונטיים הקשורים לדרישה זו.

במסמך זה על נספחיו, מפורט תהליך הטיפול בבקשה, זכויותיך, המסמכים ו/או המידע שעליך להמציא על מנת שנוכל לטפל במהירות וביעילות בבקשתך, הנך מתבקש לשתף עמנו פעולה ולציין על כל מסמך המועבר אלינו את מס' התביעה כמופיע לעיל.

אנו בודקים נסיבות התאונה, חבותנו והיקפה.

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

מבלי לפגוע באמור לעיל ועל מנת שנוכל לטפל בדרישתכם, נבקשכם להמציא לנו את המסמכים הבאים:

1. העתק רישיון נהיגה על שני צדדיו.
2. אישור משטרה בציון שם הנפגע ופרטי כלי הרכב ושמות הנהגים המעורבים.
3. טופס הודעה התום ומפורט במלוא הפרטים הנדרשים בו, לרבות פירוט נסיבות האירוע (רצ"ב הטופס)
4. תיעוד רפואי רלוונטי, כולל דו"ח פינוי מד"א ותעודת חדר מיון.
5. אישורים רפואיים על תקופת אי-כושר עבודה בגין התאונה, באם הייתה כזו.
6. אם התאונה הינה תאונת עבודה (אירעה תוך כדי עבודתו של הנפגע, בדרך לעבודה או בדרך מהעבודה לביתו) – יש להמציא אישור הכרת המוסד לביטוח לאומי בתאונה כתאונת עבודה, אישור מהמוסד לביטוח לאומי בדבר תקופת אי-כושר העבודה שהוכרה, שיעור הנכות שנקבעה (אם נקבעה), ופירוט מלא של כל תקבולי המל"ל.

7. אם הנפגע עובד שכיר:
א. תלושי-שכר של 3 החודשים שקדמו לתאונה, ו- 6 חודשים אחריה.
ב. אישור המעביד על תקופת היעדרות מעבודה, כתוצאה מן התאונה, בציון סכום הפסדי השכר שנגרמו.
8. אם הנפגע עצמאי:
א. הודעות שומה לשנתיים שקדמו לתאונה ועד שנתיים אחריה.
ב. שוברי תשלומים למע"מ לתקופה של 6 חודשים לפני התאונה ו- 6 חודשים אחריה.
9. כל המסמכים המאשרים נזקים.
10. ייפוי כח - במידה והפונה הינו עו"ד.
11. כתב ויתור על סודיות רפואית מלא וחתום (רצ"ב הטופס).
12. תצהיר בריאות, מצ"ב טופס.
13. פרטי עדים לאירוע.
14. אחר: כגון כרטיס נסיעה בתחבורה ציבורית, דו"ח שמאי ו/או קבלות על תיקון הרכב נשוא התביעה שבנדון.

בירור תביעה לפיצוי בגין נזקי גוף כתוצאה מתאונת דרכים מוסדר בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים תשל"ה-1975.

המסמכים המפורטים בסעיפים 1,3 דלעיל נדרשים ממבוטח ו/או נהג.
מסמכים המפורטים בסעיפים 6,7,8 דלעיל אינם נדרשים בתביעת קטין ופנסיונר.
אם מסמכים מהמפורט בגוף המסמך כבר הומצאו, אין להמציאם בשנית.

הערה: תקופת התיישנות התביעה הינה 7 שנים מתאריך אירוע הנזק. אם התובע הינו קטין, מתיישנת התביעה בחלוף 7 שנים מיום שמלאו לו 18 שנה. הגשת תביעה/העברתה לטיפולינו ומהלך הטיפול אינם עוצרים את מרוץ ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את ההתיישנות. תאריך האירוע המצוין לעיל הינו על בסיס המידע והמסמכים המצויים בידנו נכון למועד הוצאת מכתב זה.

בכבוד רב,
אגף ביטוחי פרט, בקרה ופיקוח
מדור חובה
מזכירות מדור 7569880 – 03
מס' פקס 7569580 – 03
איילון חברה לביטוח בע"מ

תצהיר בריאות

אני הח"מ _____, בעל ת"ז _____, התובע בתיק _____
 בבית משפט ה _____ ב _____ לאחר שהוזהרתי כי עלי להצהיר את
 האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, מצהיר בזאת כדלקמן:

להלן רשימת מחלות שהיו לי וחייבו את אשפוזי במוסד רפואי:

תאריך _____	המחלה _____	המוסד הרפואי _____
תאריך _____	המחלה _____	המוסד הרפואי _____
תאריך _____	המחלה _____	המוסד הרפואי _____
תאריך _____	המחלה _____	המוסד הרפואי _____

להלן פרטים על תאונות שהיו לי:

תאריך _____	סוג הפגיעה _____	המוסד הרפואי שטיפל בי _____
תאריך _____	סוג הפגיעה _____	המוסד הרפואי שטיפל בי _____
תאריך _____	סוג הפגיעה _____	המוסד הרפואי שטיפל בי _____
תאריך _____	סוג הפגיעה _____	המוסד הרפואי שטיפל בי _____

_____ חתימה

אני הח"מ _____ מרחוב _____ מאשר בזה כי ביום _____
 הופיעה בפניי מר'/גב' _____ המוכר/ת לי אישית / אשר הזדהה/תה בפניי לפי תעודת
 זהות מס' _____ ולאחר שהוזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי יהא/תהא צפוי/ה
 לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה את נכונות הצהרתו/ה דלעיל וחתם/מה עליה
 בפני.

_____ חותמת עו"ד

_____ חתימה

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות

אני הח"מ _____ הנושא ת.ז. _____ מוותר בזה על הסודיות/הרפואית ומייפה את כוחה של איילון חברה לביטוח 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., משטרת 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 משטרת 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 ושהרור, דוחות רפואיים, בדיקות מעבדתיות, בדיקות ותעודות 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 _____ מספר אישי צה"ל/ משטרה _____ שם האב _____
מס' ת"ז _____ מס' פנקס חבר _____ המרפאה _____
קופת חולים כיום _____

במקרה של קטין שם האב _____ 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 כוח: הננו מייפים את כוחו של _____ לטפל בשמנו ומטעמנו בהשגת מידע על פי טופס ויתור סודיות זה.

איילון חברה לביטוח

הודעה על תאונת דרכים גוף חובה

נא להשיב על כל השאלות. בהעדר תשובה נא לסמן /

נזק עצמי נזק עצמי וגם נזק לצד ג' נזק לצד ג' בלבד אי הגשה

מס' בקשה לתשלום תגמולי ביטוח	שם הסוכן
------------------------------	----------

פרטי המבוטח והפוליסה	שם המבוטח	מס' ת.ז.	כתובת
	עוסק מורשה <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	מס' טלפון נייד	מס' פקס
	שם סוכן הביטוח	מס' טלפון סוכן הביטוח	מס פוליסה
פרטי הנהג	מס' רישוי	שם יצרן הרכב והדגם	סוג הרכב <input type="radio"/> פרטי <input type="radio"/> מסחרי <input type="radio"/> אחר
	שם הנהג	מס' ת.ז.	הקשר לבעל הרכב
	מס' טלפון/נייד	תאריך לידה של הנהג	סוג רישיון
פרטי האירוע	תאריך המקרה	שעה	כתובת מקום האירוע
	מס' רישיון	סוג רישיון	מס' רישיון
	האם נהג ברשות המבוטח? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	האם דיווח למשטרה? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	שם התחנה

תיאור הנזקים ברכב צד ג'	איזורי הפגיעה ברכב צד ג' (1)	איזורי הפגיעה ברכב צד ג' (2)	תרשים מקום התאונה והתמרוזים, כלי רכב מעורבים וכיווני נסיעתם	תיאור האירוע:

פרטי רכבים מעורבים - צד ג'				
מס' רישוי (של צד ג' פוגע/נפגע)	תוצרת/דגם	סוג רכב	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה
שם בעל הרכב	כתובתו	טל בית	טל עבודה	שם הסוכן
מס' רישוי (של צד ג' פוגע/נפגע)	תוצרת/דגם	סוג רכב	שם חברת הביטוח	מס' פוליסה
שם בעל הרכב	כתובתו	טל בית	טל עבודה	שם הסוכן

נפגעים ברכב (נזקי גוף) ו/או ע"י הרכב המבוטח בלבד - נהג/נוסע/הולך רגל/רוכב אופניים				
שם הנפגע	כתובת	ת.ז.	האם קרתה התאונה בדרך לעבודה או מסנה כן / לא	
מהות הפגיעה	ניל	האם אושפז? <input type="radio"/> כן, <input type="radio"/> היכן	<input type="radio"/> לא	
שם הנפגע	כתובת	ת.ז.	האם קרתה התאונה בדרך לעבודה או מסנה כן / לא	
מהות הפגיעה	ניל	האם אושפז? <input type="radio"/> כן, <input type="radio"/> היכן	<input type="radio"/> לא	
שם הנפגע	כתובת	ת.ז.	האם קרתה התאונה בדרך לעבודה או מסנה כן / לא	
מהות הפגיעה	ניל	האם אושפז? <input type="radio"/> כן, <input type="radio"/> היכן	<input type="radio"/> לא	

הרשאה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח ופרטי חשבון בנק				
אני הח"מ מבקש בזאת להעביר את תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע המפורט לעיל, לחשבון הבנק שפרטיו להלן. ידוע לי כי אין בהרשאה/בקשה זו משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח				
שם בעל החשבון	מס' ת.ז.	שם הבנק	שם הסניף	מס' חשבון
תאריך	חתימת המבוטח	יש לצרף צילום ברור של המחאה או אישור בנק על פרטי החשבון		

תאריך	חתימת הנהג/ המבוטח	הריני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל הינם נכונים ומלאים	אופן משלוח הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה <input type="radio"/> דואר <input type="radio"/> דואר אלקטרוני <input type="radio"/> פקס
-------	--------------------	---	---