

הודעה על מקרה ביטוח לאובדן כושר עבודה, נכות מתאונה ונכות מוחלטת ותמידית בפוליסת ביטוח חיים

שם הסוכן	מס' פוליסה	חותמת דואר התקבל

מבוטח/ת נכבד/ה,

להלן דף הנחיות, הבא להדריך אותך המבוטח, בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת בכדי שנוכל לטפל בתביעתך במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

יחד עם טופס ההודעה על מקרה הביטוח, יש להעביר את המסמכים המקוריים, או העתק גאמן למקור, כמפורט בראשיתו של כל נספח, לחברת הביטוח בהקדם האפשרי.

לידיעתך:

תביעה לתגמולי ביטוח מתיישנת על פי חוק לאחר שלוש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח בהתאם לקבוע בסעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981.

הייתה עילת התביעה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח.

יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958 קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לתגמולי ביטוח לחברה כדי לעצור את מירוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מירוץ ההתיישנות.

מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו או במועד קיומו

על מנת להקל עלינו בטיפול בתביעתך, נבקשך להשיב על כל השאלות המופיעות בטופס התביעה.

טופס ההודעה על מקרה הביטוח כולל את החלקים הבאים:

חלק א' - ימולא ע"י המבוטח בכל סוג תביעה. חלק זה כולל פרטים אישיים על המבוטח.

חלק ב' - ימולא על-ידי הרופא המטפל בכל סוג תביעה. חלק זה כולל מידע רפואי על מקרה הביטוח.

חלק ג' - ויתור על סודיות רפואית, שייחתם על ידי המבוטח, בכל סוג תביעה.

נספח 1 - ימולא במקרה של תביעה בגין אובדן כושר עבודה.

נספח 2 - ימולא במקרה של תביעה בגין נכות מתאונה.

נספח 3 - תשלום בהעברה בנקאית

נספח 4 - הליך בירור ויישוב תביעות לתחום ביטוח חיים

נספח 5 - מערכת כללים לבירור תביעות ולטיפול בפניות הציבור.

בחלקו הראשון של כל נספח יפורטו האישורים הנדרשים לבירור כל סוג של תביעה.

בכל מקרה יש לצרף:

1. נספח 3 (פרטים לצורך העברה בנקאית).

2. צילום שיק או אישור ניהול חשבון.

3. צילום ת"ז כולל ספח.

במקרים מסויימים יתכן ונדרוש בדיקה ע"י רופא מקצועי מטעמנו (הבדיקה על חשבוננו) לצורך הערכת האירוע הביטוחי הרפואי.

בכל מקרה של בעיה או שאלה, הנך מוזמן לפנות למוקד ביטוח חיים, בטלפון: 1-700-700-649.

ניתן להעביר מסמכים שאינם מסמכי מקור לפקס 03-7569566 או למייל BHT@ayalon-ins.co.il

מסמכים ומסמכי מקור ישלחו לאיילון חברה לביטוח בע"מ, רח' אבא הלל סילבר 12 רמת-גן, 5250606 ת.ד. 10957

מאחלים לך החלמה מהירה, בריאות טובה ואריכות ימים.

לשירותך בכל עת,
אגף חסכון לטווח ארוך.

1. פרטים מזהים של המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מקצוע/עיסוק	
כתובת e-mail	מספר פקסימיליה		

2. פרטים רפואיים			
שם קופת חולים	שם הסניף	שם רופא המשפחה	שם בית חולים המטפל
שמות רופאים מטפלים נוספים	כתובתם	תאריכי טיפול	
1. _____	1. _____	1. _____	
2. _____	2. _____	2. _____	

האם הנך מאושפז כעת בבית - החולים? כן לא, אם כן - פרט _____

האם נותחת או שאתה עומד בפני ניתוח? כן לא, אם כן - פרט _____

האם סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? כן לא, אם כן - פרט _____

האם הנך עובד כעת? כן לא, אם לא - פרט _____

האם אתה מסוגל לחזור לעבודה כלשהי? כן לא, אם כן - פרט _____

3. האם הגשת בעבר תביעה / הודעה על מקרה ביטוח כלשהו. אם כן, פרט?

4. ביטוחים נוספים - חובה למלא			
האם תבעת או עומד לתבוע חברת ביטוח אחרת או גורם אחר (קרן פנסיה, משרד הביטחון, ביטוח לאומי וכד') בקשר לתשלום פיצויים, בגין פגיעתך הנ"ל? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, אם כן - פרט: _____			
שם הגורם הנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים
שם הגורם הנתבע	מס' פוליסה	מס' תביעה	פרטים נוספים

5. בחירת אופן קבלת הודעות מאילון בעת הטיפול בתביעה (יש לסמן בחירה אחת)

באמצעות דואר, לכתובת: עיר: _____ רחוב: _____ מס' בית: _____ מיקוד: _____

באמצעות פקס למספר: _____ - _____

באמצעות דוא"ל מאובטח, לכתובת: _____ יש לרשום מספר נייד לקבלת סיסמה: _____ - _____ (חובה)

תאריך	חתימה ✕
-------	------------

1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

א. ציין את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך: _____

ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין את כל הפרטים): _____

ג. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות: רנטגן - כן לא א.ק.ג. - כן לא
 בדיקות אחרות: _____
 תוצאות הבדיקות: _____

ד. מועד התחלת המחלה/פגיעה: _____

ה. האם אפשר לייחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים): _____

ו. מצבו הבריאותי הנוכחי של המבוטח: _____

החלים, פרט: _____

הורע, פרט: _____

ללא שינוי פרט: _____

2. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

א. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק את עבודתו? _____

ב. באיזה תאריך חזר או היה מסוגל לחזור לעבודתו? _____

ג. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת, ציין לאיזה סוג עבודה מסוגל לחזור ומתי. _____

ד. ציין פרטים נוספים בקשר לאבדן כושר עבודה, אם ישנם. _____

ה. פרט אילו פעולות יומיומיות אין המבוטח מסוגל לבצע? _____

3. הערות

תאריך	שם הרופא	כתובתו	חתימת הרופא x

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו על-ידי הורה)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		שם האב
רחוב	מס' בית	ישוב	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 לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או חברות לביטוח ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע כאמור במסמך זה (להלן "המבקשים") ואת כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות 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 הסיעודי 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 שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנה 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:

או על המידע המפורט להלן:

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

קופ"ח קודמת		מרפאה קודמת	
שם האב	במקרה של קטין	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

תאריך	שם החותם	ת.ז.	חתימה
_____	שם עד לחתימה (עו"ד/רופא/סוכן ביטוח) *	_____	_____
_____	_____	_____	_____

*יש לאמת על ידי עו"ד/סוכן/רופא כולל חותמת הכוללת מספר רישיון ו/או במקרה של סוכן ביטוח צילום רישיון סוכן.

הודעה על מקרה אובדן כושר עבודה

להלן רשימת האישורים הנדרשים לבירור תביעת אובדן כושר עבודה:

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו (מצ"ב).
 2. אישור רופא משפחה לגבי היסטוריה רפואית.
 3. אישורים רפואיים: סיכומי מחלה מבית-החולים, אישורים וחוות-דעת רופאים מקצועיים על חופשות מחלה, לתקופות מוגדרות ורצופות, החלטת המוסד לביטוח לאומי כולל פרוטוקול מלא ומקורי.
 4. אישורים ממוסדות ממשלתיים, כגון משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו', המעידים על נסיבות האירוע.
 5. אישור מעביד על מועד הפסקת העבודה, בציון גובה השכר המשולם על-ידי המעביד בתקופת אי-הכושר. במידה וחזרת לעבודה חלקית, יצוין באישור שיעור החלקיות ותקופתו.
 6. **אישורי הכנסה:**
 - שכיר - 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות מקרה ביטוח ובנוסף אישור המעביד כי אינו משלם לעובד(המבוטח) שכר בעד התקופה אשר נטענת לאי כושר עבודה.
 - עצמאי - אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית אחרונה לפני קרות מקרה הביטוח ואישורו על כך שלא היו הכנסות עבודה בעד התקופה אשר נטענת לאי כושר עבודה.
 7. אישור פקיד שומה לניכוי מס במקור (הפנייה מתאימה תישלח למבוטח עם קבלת תביעתו בחברה).
 8. הצהרה בדבר הכנסות נוספות עבור המוסד לביטוח לאומי (הפנייה מתאימה תישלח למבוטח עם קבלת תביעתו בחברה).
 9. אישור על תשלום בהעברה בנקאית (מצ"ב).
 10. צילום תעודת זהות כולל הספח.
 11. צילום המחאה מבוטלת/אישור סניף בנק על ניהול חשבון.
- יש לציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי, בכדי לקבוע את חבותנו בתביעה.**

1. פרטים על אובדן כושר עבודתך			
שם הרופא המטפל וכתובתו	תאריך קבלת הטיפול הראשון	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	במקרה מחלה
כתובת מקום האירוע התאונה/הפגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	במקרה תאונה

2. פירוט האירוע/המחלה/התאונה/הפגיעה
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

3. פרטים על מקום עבודתך האחרון		
שם מקום העבודה	כתובת מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה
שכר ממוצע ב-12 החודשים האחרונים	תאריך הפסקת עבודתך בגין האירוע הנטען - חובה למלא	
תיאור מפורט של עבודתך טרם קרות האירוע בגינו הינך תובע		
<hr/> <hr/>		
האם חזרת לעבודה? פרט מועד חזרה והיקף מישרה		
<hr/> <hr/>		

4. פרטים על השכלה והכשרה מקצועית ומקומות עבודה קודמים
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

המשך בדף הבא

5. פרטים על מקורות הכנסה נוכחיים	
האם אתה עוסק באיזו עבודה תמורת שכר או גמול?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, אם כן - פרט _____
האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, אם כן - פרט _____
האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו כגון: קיצבת ביטוח לאומי, קרן פנסיה, חברת ביטוח?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, אם כן - פרט _____

הצהרת המבוטח	
אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובתי 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. הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל בתביעת אי כושר עבודה, אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלומי הפרמיות במלואן ולהחזיר פיצויים ששולמו לאחר שחזר אלי כושר עבודתי.	
תאריך	חתימה ✕

נספח 2 - הודעה על מקרה נכות מתאונה

להלן רשימת האישורים הנדרשים לבירור תביעת נכות מתאונה:

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו (מצ"ב).
2. אישור רופא משפחה לגבי היסטוריה רפואית.
3. אישורים מיום האירוע: דו"ח חדר מיון, סיכום אשפוז מבי"ח, אישור רופא מטפל.
4. אישורים ממוסדות ממשלתיים, המעידים על נסיבות התאונה: משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו'.
5. אישורים המעידים על נכות צמיתה (במידה ומצויים ברשותך): אישור רופא מומחה, פרוטוקול מלא ומקורי של המוסד לביטוח לאומי (יוחזר בתום הטיפול).

יש לציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי, בכדי לקבוע את חבותנו בתביעה.

פירוט האירוע/התאונה/הפגיעה

הצהרת המבוטח
אני החתום מטה, מצהיר בזה כי תשובותיי לעיל הינן מלאות 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.
תאריך
חתימה x

הודעה על מקרה ביטוח לנכות מוחלטת ותמידית

להלן רשימת האישורים הנדרשים לבירור תביעת נכות תעסוקתית מוחלטת:

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו (מצ"ב).
 2. אישורים רפואיים: סיכומי מחלה מבית-החולים, אישורים וחוות-דעת רופאים מקצועיים על חופשות מחלה, לתקופות מוגדרות ורצופות, החלטת המוסד לביטוח לאומי כולל פרוטוקול מלא.
 3. אישורים ממוסדות ממשלתיים, כגון משטרת ישראל, משרד הביטחון וכו', בהתאם לנסיבות האירוע.
 4. צילום תעודת זהות כולל הספח.
 5. צילום המחאה מבוטלת/אישור סניף בנק על ניהול חשבון.
- יש לציין כי אין בהחלטת המוסד לביטוח לאומי, בכדי לקבוע את חבותנו בתביעה.

1. פרטים על נכות מוחלטת ותמידית			
שם הרופא המטפל וכתובתו	תאריך קבלת הטיפול הראשון	המועד בו הרגשת לראשונה בהפרעות כלשהן	במקרה מחלה
כתובת מקום האירוע התאונה/הפגיעה	שעת אירוע התאונה/הפגיעה	תאריך אירוע התאונה/הפגיעה	במקרה תאונה

2. פירוט האירוע/המחלה/התאונה/הפגיעה

3. פרטים על מקום עבודתך האחרון

תאריך הפסקת העבודה _____

תיאור מפורט של עבודתך טרם קרות האירוע בגינו הינך תובע _____

האם חזרת לעבודה? פרט מועד חזרה והיקף מישרה _____

4. פרטים על השכלה והכשרה מקצועית ומקומות עבודה קודמים

מהי השכלתך – פרט בתי ספר, מוסדות השכלה גבוהה _____

מהי הכשרתך המקצועית, פרט קורסים והשתלמויות שעברת _____

מה היו עיסוקיך בעבר: פרט עיסוקים ותקופות עבודה _____

5. פרטים על מקורות הכנסה נוכחיים

האם אתה עוסק באיזו עבודה תמורת שכר או גמול? כן לא, אם כן – פרט _____

האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו? כן לא, אם כן – פרט _____

האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו כגון: קיצבת ביטוח לאומי, קרן פנסיה, חברת ביטוח? כן לא, אם כן – פרט _____

הצהרת המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובתי לעיל הינן מלאות 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. הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל בתביעת אי כושר עבודה, אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להמשיך בתשלומי הפרמיות במלואן ולהחזיר פיצויים ששולמו לאחר שחזר אלי כושר עבודתי.

תאריך _____ חתימה _____

נספח 4 - תשלום בהעברה בנקאית

מבוטח יקר,

יש למלא את טופס זה, במקרה של תביעת אובדן כושר עבודה ו/או נכות מתאונה.

ההעברה הבנקאית תבצע לאחר בירור הדרישה ולאחר תהליכי אישור של התשלום, בהתאם לנוהלי החברה. הודעה על ביצוע ההעברה, תישלח במקביל לביצוע התשלום בפועל.

על מנת שנוכל לבצע את ההעברות הנ"ל, נבקשכם להעביר אלינו את המסמכים הבאים:

1. הספח המצ"ב, הכולל את הפרטים הדרושים וחתימתכם.
2. צילום העתק שיק של החשבון אליו יועבר התשלום (אגא רשום "מבוטל" על השיק).
3. צילום תעודת הזהות, כולל הספח.

אישור פרטים לצורך העברה בנקאית

לכבוד איילון חברה לביטוח בע"מ
מח' תשלומי ביטוח חיים
רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 5250606

הריני לאשר קבלת מכתבכם בנושא שיטת התשלום באמצעות העברה בנקאית.

שם המוטב (עפ"י הרשום בפוליסה)	מס' ת.ז./ח.פ.	מספר טלפון
מספר טלפון נייד	מספר פקסימיליה	כתובת דואר אלקטרוני
שם הבנק	מספר הבנק	מספר הסניף
מספר החשבון		

את אישור העברה הבנקאית אבקש לקבל באמצעות: (סמן את בחירתך)

הדואר

הדואר אלקטרוני

תאריך	שם מוטב/מורשה חתימה	חתימה
		x

מבוטח/ת נכבד/ה,

איילון חברה לביטוח, כחברה הפועלת תחת המוטו של "אנשים לשרות אנשים", משקיעה את מירב המאמצים למתן שירות מהיר, יעיל והוגן למבוטחייה. במסגרת זו קבענו לעצמנו סטנדרטים גבוהים לפעול בהליכים קצרים ומוגדרים, לברור תוקף הכיסוי מכח הפוליסה שרכשת, וסיום הליכי הבקשה לתשלום תגמולי ביטוח ("תביעה").

למען השגת יעילות ובהירות בהליך הגשת בקשה לתשלום תגמולי ביטוח ("תביעה"), להלן מפורט לנוחיותך הליך ברור ויישוב הפניות, במסגרת פוליסה לביטוח חיים בחברה:

1. מייד וככל שניתן סמוך לקרות האירוע הביטוחי, עליך לפנות לחברה ולהודיע על הארוע ובקשתך לתגמולי ביטוח ("תביעה"), בכתב. באפשרותך לפנות ישירות לצוות השרות בחברה או באמצעות סוכן הביטוח המקצועי שלך.
2. לנוחיותך, באתר האינטרנט של איילון, www.ayalon-ins.co.il (תחת קבלת שרות < הגשת בקשה לתשלומי ביטוח < ביטוח חיים), ניתן למלא את כל הנתונים המבוקשים בטופס הרלבנטי למקרה הביטוח ולצרף את המסמכים המפורטים כרלוונטיים. חשוב מאוד למלא פרטי ת.ז. בכלילת ספרת ביקורת.
3. את החומר עדיף להעביר בדואר רשום, לכתובת: בית איילון, רח' אבא הלל סילבר 12, רמת גן, מיקוד 5250606, עבור צוות תשלומי ביטוח חיים באגף חיסכון לטווח ארוך. או באמצעות: פקס 03-7569566, דוא"ל: BHT@ayalon-ins.co.il
4. עם קבלת פנייתך בחברתנו, תפתח בקשה לתשלומי ביטוח במערכת המיכון שבאגף חיסכון לטווח ארוך.
5. על פי אופי הארוע הביטוחי והמסמכים הראשונים שהעברת, ישלח לך מכתב המציין את מספר הבקשה ("תביעה") והנחיות נוספות בקשר להמשך בירור הפנייה ("תביעה"), בצרוף מסמכים רלוונטיים.
6. במסגרת בירור החבות, יתכן כי נפנה לקופות החולים, למוסדות רפואיים, למוסד לביטוח לאומי או חברות ביטוח, להמצאת מסמכים לבירור הזכאות לתשלומי ביטוח וזאת בכפוף לטופס וויתור הסודיות שמצורף לטופס התביעה.
7. במקרים מסוימים, יתכן ותידרש להיבדק על ידי רופא מקצועי מטעמנו (הבדיקה על חשבוננו), לצורך הערכת הארוע הביטוחי - רפואי.
8. הננו לציין כי הזכות לבירור החבות בכל בקשה לתשלום תגמולי ביטוח, הנתונה לכל מבטח, מעוגנת בחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981 (להלן: "החוק").
9. לידיעתך, הנך זכאי להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמך, במהלך בירור הבקשה, על חשבונך.
10. עם קבלת המסמכים ממך, נעביר לך הודעה עם רשימת המסמכים שקיבלנו, תוך ציון מועד קבלתם ופירוט המסמכים שטרם הועברו אלינו, הנדרשים כדי לקדם הטיפול בפנייתך.
11. במהלך טיפולנו בפנייתך, יתכן ויתברר שיש צורך במסמכים נוספים, מעבר למה שנדרשת להמציא. במקרה זה תשלח לך הודעה תוך 14 ימי עסקים מהיום שהתברר לנו הצורך במסמכים נוספים אלו.
12. בתוך 30 יום מהיום שהגיעו אלינו כל המסמכים שנדרשת להעביר, אנו נודיעך באם הנך זכאי לתגמולי הביטוח או לא, או שנדרש לנו זמן נוסף לבירור החבות (להלן: "הודעת המשך בירור").
13. בתום בירור החבות הסופי - תוך 30 יום מהיום שיהיה בידינו כל הדרוש לבירור התביעה, נודיעך באם התביעה אושרה במלואה / חלקית או נדחתה:
- א. אם תאושר זכאותך לתגמולי ביטוח, נעביר לך את הסכום לו הנך זכאי על פי הפוליסה בצירוף מכתב המפרט את אופן חישוב הסכום.
- ב. במידה ויתברר כי אינך זכאי לתגמולי הביטוח במלואם או בחלקם, תשלח אליך הודעה בכתב המפרטת את נימוקי החלטה, את זכויותיך ואת דרך הפעולה להגשת השגה/עירעור על החלטתנו.
14. זכותך לקבל מאיתנו העתק מהפוליסה ומסמכים עליהם הינך חתום.
15. עפ"י החוק, חלה התיישנות על בקשה לתשלום תגמולי ביטוח, לאחר 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. במקרה והתובע קטין, שנות ההתיישנות יחושבו החל מהגעת התובע לגיל 18 בהתאם.

לתשומת לבך, הגשת בקשה לתגמולי ביטוח ("תביעה") לחברה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות, למעט הגשת תביעה לבית משפט.

חברתנו עושה את כל המאמצים לסיום הליך התביעה ובירור החבות בזמן הקצר ביותר.

שיתוף הפעולה שלך, חשוב לנו ודרוש לטיפול מהיר ונכון בתביעה.

בברכת בריאות טובה ואריכות ימים!

צוות תשלומי ביטוח חיים,

אגף חיסכון לטווח ארוך

לתחום ביטוח חיים (גרסת 1/1/2017)

מכוח חוזר גופים מוסדיים 9-9-2011 - ביור וליישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור

פונה יקר,

1. כללי

מסמך זה מרכז את מערכת הכללים ליישוב תביעות ופניות על פי פוליסות ביטוח שהוצאו על ידי חברתנו, לתחומים המפורטים להלן, שניתן גם למוצאה באתר חברתנו באינטרנט בכתובת <http://www.ayalon-ins.co.il> מערכת כללים זו מתייחסת לסוגי התביעות בתחום ביטוח החיים, כמפורט להלן: פטירה, אובדן כושר עבודה, נכות מתאונה, מחלות קשות, ביטוח סיעודי ואבטלה.

מערכת הכללים כוללת התייחסות לחובות חברתנו בצד זכויות המבוטח/תובע, תוך זיקה לדין ולפוליסה הרלבנטית ובהתייחסות להליכי הבדיקה וההחלטה הנהוגים בחברתנו, בהתאם לחלופות המפורטות בכללים אלה ועפ"י הודעות בכתב שתימסרנה למבוטח/תובע/ פונה על ידי חברתנו.

חברתנו משקיעה מאמץ בהענקת שירות ושיפורו המתמיד, תוך גילוי שקיפות מלאה בכל הקשור לפניות והחלטת חברתנו לגביהן. אנו קשובים לכל פניה לחברתנו ונשענים על שיתוף פעולה מצד מבוטחי החברה וסוכניה, הכל מתוך מטרה לשפר ולייעל את השירות המוענק לקהל מבוטחינו ולכל הפונים אלינו.

שיתוף פעולה מצד הפונים והמצאת הפרטים והמסמכים המבוקשים במסגרת ביור הדרישה, ייעלו את הטיפול בה ויובילו לסיום מהיר ככל האפשר של ההליכים ליישובה.

יחד עם זאת, לעיתים נדרש גם ביור מול גופים חיצוניים אשר משך קבלת המענה מהם אינו תלוי בחברתנו. חברתנו תנקוט בכל האמצעים העומדים לרשותה על מנת לקבל המענה ולהשלמת הביור הנדרש בזמן הקצר ביותר.

לוחות הזמנים בהם תפעל חברתנו בהליך יישוב התביעות והפניות מצוינים במרוכז בנספח המצורף למערכת הכללים, אך על מנת לאפשר לפונה לקיים מעקב אחר תהליך הטיפול בפנייתו שולב המועד הרלבנטי גם כחלק מתיאור תהליך הברור הפרטני.

2. הליך הטיפול בפניה ראשונית

1. הודעה ראשונית בדבר אירוע ביטוחי יש למסור מיידית לידי החברה, בדואר/ בפקס ו/או דואר אלקטרוני ו/או באמצעות הסוכן, ע"י שליחת טופס הודעה על מקרה ביטוח ובצירוף כל המסמכים הרלבנטיים.

2. עם קבלת הודעה מאת מבוטח/תובע (להלן "התובע") בביטוחי חיים, על הגשת תביעה על פי פוליסת ביטוח, שהוצאה על ידי חברתנו, יבוצעו הפעולות הבאות:

א. תרשם הודעת התובע.

ב. תובא לידיעת התובע, האפשרות לקבל מידע ומסמכים באמצעות אתר האינטרנט של החברה.

ג. יבדק קיומה של פוליסת ביטוח תקפה למועד מקרה הביטוח הנטען. היה ולא נמצאה פוליסה כזו, תשלח הודעה מתאימה לתובע.

ד. היה ונמצאה פוליסה תקפה כאמור - בהקדם האפשרי תשלח לתובע הפנייה למערכת כללים זו כפי שמופיעה באתר האינטרנט של חברתנו¹, בצרוף אגרת המפרטת את תהליך הטיפול בתביעה והנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש ממנו. כן יימסר פירוט המסמכים הנדרשים לצורך ביור התביעה, פירוט המסמכים ו/או המידע שהתקבלו (במידה וכבר התקבלו כאלה) ומועד קבלתם, טופס הודעה על תביעה, הנחיות למילוי וחתומה עליו² וכן הודעה על תקופת ההתיישנות.

ה. תתבצע פתיחת תביעה במערכת תשלומי ביטוח.

3. חברתנו תהא פטורה מלבצע ההליך המפורט בסעיף 2.2 [ד] לעיל:

א. במידה והפונה הוריד את המסמכים האמורים מאתר האינטרנט של חברתנו.

ב. במידה וחברתנו שלחה לתובע הודעת תשלום או הודעת תשלום חלקי.

4. חברתנו לא תדרוש מתובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או אינו רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברתנו יסוד ממשי להניח שהמידע או המסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.

5. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

1 לפונה אשר מתקשה בהורדת הכללים מהאתר יישלחו המסמכים על פי בקשתו.

2 תביעה תוגש בכתב באמצעות טופס תביעה. התקופה האמורה בכללים אלו תחל להימנות עם קבלת טופס התביעה החתום.

6. הפונה יכול באם ירצה, לבחור או לעדכן, את אופן משלוח הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, באחד מהדרכים הבאות: דואר, דואר אלקטרוני, פקס וזאת למעט משלוח מסמכי מקור באם נדרשו.

3. המשך הליך הטיפול

1. בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה, תמסור חברתנו לתובע הודעה בכתב בה יפורטו המסמך ו/או המידע שהתקבל, מועד קבלתו וכן יפורטו המסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו.
2. מצאה חברתנו כי דרושים לה מהתובע מידע ומסמכים נוספים על אלו שכבר נתבקשו לצורך בירור התביעה, תדרוש מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום שנתברר הצורך בהם.
3. בתוך 30 יום מהיום שהגיעו לידינו כל המידע, המסמכים והבהרות שהתבקש התובע להעביר, נודיעו בדבר החלטתנו בנושא התביעה, כמפורט בסעיף 5 להלן. הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו הוסכם על פשרה בין חברתנו לבין תובע המיוצג על ידי עורך דין.
4. היה ודרוש לחברתנו זמן נוסף לברור התביעה, תימסר לתובע "הודעת המשך בירור" המפרטת את הסיבה לעיכוב הבירור, ככל שזו קיימת. הודעה זו תשלח לתובע בכל 90 יום לפחות, עד משלוח הודעה בדבר עמדת חברתנו ביחס לתביעה. חברתנו תהא פטורה ממשלוח "הודעת המשך בירור", באם לא הגיב לשתי הודעות "המשך בירור", הכוללות בקשה למידע או מסמכים ובלבד שציון בהודעה האחרונה כי לא ימסרו לתובע הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים או תגובה אחרת.
5. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

4. הפעלת מומחים

- בכל אחד משלבי הטיפול, רשאית חברתנו להפעיל מומחים חיצוניים, רופאים, אקטוארים, חתמים רפואיים וכו', על מנת לסייע בהליכי הבדיקה.
- במקרה כאמור, תימסר לתובע הודעה באשר לזהות המומחה ותחום הפעלתו במקרה המדובר (למעט באם מדובר בחקירה סמויה) וכן הבהרה ביחס לזכותו להיעזר או להיוועץ במומחה מטעמו, בכל אחד מהליכי הבדיקה המתבצעת על-ידי המומחה שמונה מטעם חברתנו.
- חוות דעת המומחה תיערך באופן מקצועי, תהיה מנומקת ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה ואת רשימת כל המסמכים, אשר המומחה הסתמך עליהם לצורך הכנת חוות דעתו.
- בגמר הליך הבדיקה וככל שקיימת דעת המומחה המשפיעה על ההחלטה באשר לגובה הפיצוי המשולם לתובע, תצורף חוות דעת המומחה כחלק ממסמך ההנמקות שילווה את ההודעה (ראה סעיף 5 [4] להלן), למעט באם מדובר בחוות דעת החסויה על פי דין, לגביה תמסור חברתנו לתובע הודעה בכתב המפרטת את נימוקי החיסיון.

5. בדיקת זכאות והודעה על החלטת החברה

לאחר שיימסרו במשרדי החברה המסמכים שנדרשו או תשובות לשאלות והבהרות שהופנו לתובע ולאחר קבלת חוות דעת המומחה במידה ומונה כזה, תיערך בדיקתם על ידי מיישבי התביעות בחברתנו. התביעה תיושב על בסיס המידע המעודכן או הרלוונטי ביותר הקיימים בחברתנו ותימסר לתובע הודעה מפורטת לגבי החלטת החברה ו/או סכום הפיצוי שאושר על ידי החברה. הודעה כאמור תימסר לתובע בתוך 30 יום מהיום שבו היו בידי חברתנו כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה, כולל טופס התביעה החתום על-ידי התובע, אלא אם התביעה מתנהלת בבית משפט.

1. הודעה על החלטה לתשלום

הוכרה התביעה במלואה, תימסר לתובע הודעה המפרטת את עילת התשלום; גובה התשלום; פירוט דרך החישוב; ניכוי מס במקור ואופן חישובם תוך ציון הוראות הדין לפיהן חושבו; הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה; פירוט בדבר קיזוזים בגין חובות, הפחתות ומקדמות ששולמו מאז מועד האירוע; סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה; הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה; הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור; וכן יצוין המועד בו היו בידי חברתנו כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.

2. הודעה על אישור חלק מהתביעה

היה וחברתנו החליטה להכיר בחלק מהסכומים הנתבעים, תוך דחיית חלק מהתביעה, תימסר לתובע במועד התשלום, הודעה מנומקת ומפורטת, שתכלול בנוסף לאמור בסעיף 5 [1] לעיל, את הנימוקים להפחתה או דחייה של חלק מפינייתו, תוך הפניה לסעיפי הפוליסה או הדין שעל פיהם בוצעה הפחתה.

3. הודעה על תשלום עיתי

לגבי תשלום עיתי (לרבות קצבה) יפורט במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בסעיף 5 [1] לעיל, סכום התשלום הראשון; מנגנון עדכון התשלומים; המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום; משך התקופה המרבית שבשלה זכאי התובע

לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה או הדין; משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של הזכאות; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.

4. הודעה על דחיית הפניה

בכל מקרה שחברתנו תחליט לדחות את הפניה במלואה, תימסר לתובע הודעה מפורטת שתכלול את כל נימוקי הדחייה.

5. הסדרי פשרה

ככל שיושג הסדר פשרה ליישוב המחלוקות שנתגלעו עם חברתנו, תימסר לתובע כהליך מוקדם הצעת פשרה מנומקת בכתב, שתכלול את מקרה הביטוח, הנימוקים שביסוד הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שנויים במחלוקת ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כאמור. לתובע יינתן זמן סביר לעיין בהודעת הפשרה וכל עוד הוא לא אישר אותה, היא לא תחייב את הצדדים. הוראות סעיף זה לא יחולו אם התובע מיוצג על ידי עורך דין ו/או על תביעה שנידונה בבית משפט.

6. הודעת המשך בירור

החברה תשלח לתובע הודעת המשך בירור ראשונה, כמפורט בסעיף 3 [4] לעיל, במידה ולא נשלחה קודם לכן. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט ותביעה בגינה הוסכם על פשרה, בין חברתנו לבין תובע המיוצג על ידי עורך דין.

6. בדיקה מחודשת של זכאות בתשלומים עיתיים

1. אושרה תביעת פיצוי חודשי (להלן: "תשלום עיתי"), בהתאם לאמור בסעיף 5 [3] לעיל, רשאית החברה לבדוק זכאותו של התובע להמשך קבלת תשלומים עיתיים. אופן בדיקה מחודשת של הזכאות והכללים לפיה נוגתה החברה, יימסרו למבוטח עם תחילת התשלומים העיתיים.

2. כחודש טרם תום הזכאות לפיצוי, כפי שהוגדרה במכתב ההודעה על החלטה לתשלום, על התובע לשלוח את האישורים שנדרשו ממנו במכתב זה. עם קבלתם בחברה, יוחלט לגבי המשך התביעה: אישור המשך תשלומים עיתיים, הקטנת התשלומים העיתיים או הפסקת התשלומים העיתיים. בכל מקרה, חברתנו תשלח מכתב הודעה מתאים, כפי שפורט לעיל. חברתנו מחויבת למסור לתובע הודעת שינוי לפחות 30 ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים, אך לא יותר מ-60 ימים לפני המועד האמור ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שערכנו הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכות החברה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור. הודעת השינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת החברה להקטין או להפסיק את התשלומים העיתיים.

7. זכות ההשגה על החלטה

ככל שחברתנו תחליט על תשלום ו/או תשלום חלקי של תגמולי ביטוח או דחייה של התביעה, שמורה בידי התובע זכות השגה על נימוקי ההחלטה, כולם או חלקם - לערכאות משפטיות, למפקח על הביטוח ולממונה על פניות הציבור בחברתנו. בהודעה שתימסר לתובע לגבי תשלום חלקי או דחייה, תפורט דרך ההשגה השמורה בידיו וכן פרטי הממונה בחברתנו והאופן שבו ניתן לפנות אליו. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

8. התיישנות

חברתנו תכלול בנימוקי התשלום/תשלום חלקי/הודעת דחייה, בהודעת המשך בירור ראשונה וכן בכל הודעה שתשלח לתובע במהלך השנה הקודמת למועד הצפוי להתיישנות התביעה - את מועד קרות מקרה הביטוח וכן הפניה מפורשת למועדי ההתיישנות החלים ביחס לפניית התובע, הכל לפי העניין. כן יצוין כי הגשת התביעה לחברתנו איננה עוצרת את מרוץ ההתיישנות אלא רק הגשת תביעה לבית-המשפט. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

9. הבהרה לענין פנייה מבוטח/תובע באמצעות נציג מורשה מטעמו

במידה ובחר תובע-מבוטח להגיש את תביעתו באמצעות נציג מורשה או סוכן ביטוח, נכבד את החלטתו והמשך ההתנהלות של חברתנו יהא מול הסוכן או הנציג המורשה שמונה על ידו. במידה ובחר תובע צד ג', להגיש את תביעתו באמצעות נציג מורשה או סוכן, תתנהל חברתנו מול הנציג המורשה או הסוכן במישרין. המבוטח או התובע צד ג' יהיה רשאי בכל עת להודיענו בכתב אחרת ואנו נפעל על פי הוראותיו.

10 . הודעה על קבלת פנייה מצד שלישי

נתקבלה בחברתנו פניה לתשלום פיצוי מצד שלישי והנוגעת לפוליסה שברשות מבוטח החברה, תמסור חברתנו הודעה למבוטח כאמור בתוך 7 ימי עסקים מיום קבלת הפניה בצירוף פירוט זכותו להתנגד לתשלום. כן תציין חברתנו שאם לא יודיע המבוטח על התנגדותו לתשלום תוך 30 ימים, תפעל חברתנו להסדרת התביעה ולתשלום לצד שלישי על פי שיקול דעתה.

11 . פנייה לקבלת פוליסה מסמכי ביטוח

חברתנו תמסור לתובע, לפי בקשתו עותק מהפוליסה בתוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת הפניה בחברתנו. על אף האמור, חברתנו רשאית להפנות תובע שהוא צד שלישי לנספח הפוליסה שמופיע באתר האינטרנט של החברה.

12 . פניה לקבלת מסמכים אחרים

פניית תובע לקבלת עותק ממסמכים שנמסרו לחברתנו במהלך בירור התביעה, לרבות מסמכים שנתקבלו מגופים אחרים על פי הסכמת התובע, תענה על פי דרישה בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הפנייה בחברתנו.

13 . תחולת הכללים

כללים אלו יחולו לגבי כל תביעה, בתחומים המנויים לעיל ואשר מועד הגשתה החל מיום 1.6.2011 ובהתאם לחוזר גופים מוסדיים מיום 5/7/2016 סעיף תחולה 13.

14 . מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

חברתנו תשיב לכל פניה בכתב של תובע או מבוטח תוך זמן סביר בנסיבות העניין ובכל מקרה לא יאוחר מ- 30 ימים ממועד קבלת הפניה.

מחלקת פניות הציבור של איילון עומדת לרשותך.

ניתן להעביר את הפנייה באחת מן הדרכים הבאות:

בטלפון: 03-7569547

בפקס: 072-2469051

בדואר אלקטרוני: tzibur@ayalon-ins.co.il

בדואר: איילון חברה לביטוח בע"מ, מחלקת פניות הציבור, בית איילון ביטוח, דרך אבא הלל סילבר 12 רמת גן, 5250606

על מנת שנוכל לטפל בפנייתך ביעילות ובמהירות, הנך מתבקש לכלול בפנייתך את הפרטים הבאים:

שמן המלא, מספר ת.ז. מלא של בעל הפוליסה, כתובתך, טלפון קווי/נייד, מועד הארוע, מספר תביעה

* במידה שהינך מבוטח שלנו, יש לצרף את מס' הפוליסה הרלוונטית ואת שם סוכן הביטוח, באמצעותו הנך מבוטח.

* נא פרט בקצרה את מהות שאלתך/ פנייתך.

האמור במערכת כללים זו איננו מהווה תחליף לפוליסת הביטוח ואין בו כדי לגרוע מתנאייה וחריגיה.

טבלת תקופות ליישוב תביעות ביטוח חיים וטיפול בפניות הציבור

להלן טבלת השוואה בין לוח זמנים לביצוע השלבים השונים במהלך בירור ויישוב תביעות ביטוח חיים בחברתנו, לבין המועדים והתקופות שנקבעו בחוזר הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר "יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור":

סעיף בחוזר המפקח	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר	המועד או התקופה לסוג תביעה: אובדן כושר עבודה	המועד או התקופה לסוג תביעה: נכות מתאונה	המועד או התקופה לסוג תביעה: פטירה	המועד או התקופה לסוג תביעה: סיעוד	המועד או התקופה לסוג תביעה: מחלות קשות	המועד או התקופה לסוג תביעה: אבטלה
8(א)(6)	דרישה מידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים	30 ימים	30 ימים	30 ימים	30 ימים	30 ימים	30 ימים
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים	כל 90 ימים	כל 90 ימים	כל 90 ימים	כל 90 ימים	כל 90 ימים	כל 90 ימים
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	30-60 ימים	30-60 ימים	30-60 ימים	30-60 ימים	30-60 ימים	30-60 ימים	30-60 ימים
8(יב)(2)	העברת העתק מפקס דין או הסכם	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(יג)(1)	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(יג)(2)	הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח של צד שלישי	7 ימי עסקים	7 ימי עסקים	7 ימי עסקים	7 ימי עסקים	7 ימי עסקים	7 ימי עסקים	7 ימי עסקים
8(יד)	מענה בכתב לפניית ציבור	30 ימים	30 ימים	30 ימים	30 ימים	30 ימים	30 ימים	30 ימים
8(טו)(1)	מסירת העתקים מפוליסה	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	14 ימי עסקים
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים	21 ימי עסקים