



חותמת דואר התקבל

מבוטח נכבד,

להלן הנחיות לאופן הגשת מסמכי התביעה והמידע הנדרש להעברה, על מנת שנוכל לטפל בתביעתך באופן יעיל, במהירות האפשרית ולשביעות רצונך.

לידיעתך:

תביעה לתגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה מתיישנת לאחר שלוש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח, בהתאם לקבוע בסעיף 31 בחוק חוזה ביטוח, התשמ"א-1981.

יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות. נבחר כי אין במשלוח טופס התביעה לחברה כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

תחילה, עליך לוודא שיש ברשותך פוליסת ביטוח חיים הכוללת כיסוי לביטוח אובדן כושר עבודה ו/או ביטוח אבטלה. תוכל לברר באמצעות סוכן הביטוח שלך, בדוח השנתי האחרון שקיבלת ובאזור האישי באתר איילון בכתובת: www.ayalon-ins.co.il

להגשת התביעה, הנך מתבקש להעביר אלינו את טופס הגשת תביעה על כל חלקיו כדלהלן, לאחר מילוי כל הפרטים וחתימה:

חלק א' - טופס הגשת תביעה לביטוח אובדן כושר עבודה ו/או אבטלה - בפוליסות ביטוח חיים.

חלק ב' - טופס ויתור סודיות רפואית, בקשת מידע רפואי כולל חתימה על ידי עד מהימן

חלק ג' - טופס מידע רפואי למילוי ע"י הרופא המטפל

חלק ד' - טופס תביעה לביטוח אבטלה - כולל הנחיות ומסמכים נוספים שחובה לצרף

חלק ה' - מצורף מסמך הליך בירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה, המכיל מידע חשוב לאופן הטיפול בתביעה, לעיוןך

חלק ו' - מצורף מסמך מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה ולטיפול בפניות הציבור, לעיוןך

מסמכים נוספים שחובה לצרף ונדרשים לבירור התביעה:

1. כל האישורים הרפואיים המעידים על מצבך הרפואי ונמצאים ברשותך, לדוגמא: סיכומי אשפוז בבתי חולים, תוצאות בדיקות שעברת, בדיקות הדמיה, סיכומים רפואיים מרופאים מקצועיים וכו'.
2. העתק החלטה ופרוטוקול המוסד לביטוח לאומי, ככל והגשת תביעה
3. ככל והנך מקבל קצבת אובדן כושר עבודה מגורמים אחרים, אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה
4. למבוטח שכיר - צילום 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות האירוע הנתבע, וככל שחזרת לעבוד באופן מלא או חלקי העבר גם צילום תלושי שכר מיום חזרתך למעגל העבודה.
5. למבוטח עצמאי - אישור רו"ח על הכנסה שנתית החייבת במס או דוח שומה לשנה שקדמה לאירוע הנתבע, ובנוסף אישור רו"ח על הכנסתך לאחר האירוע הנתבע, או אישור על העדר הכנסות כאמור.
6. העתק המחאה או אישור ניהול חשבון עדכני.
7. טופס 101 ניתן להורדה מאתר החברה.
8. לאחר הגשת טופס התביעה והמסמכים הנוספים, החברה עשויה לפנות אליך ולדרוש פרטים נוספים ו/או מסמכים נוספים, ו/או בדיקה רפואית, לפי הצורך והנסיבות, ולשם השלמת הטיפול בבירור התביעה.

את טופס התביעה והמסמכים הנוספים, נבקשך להעביר לחברה באחת מהדרכים הבאות:

באזור האישי באתר החברה בכתובת: www.ayalon-ins.co.il

בדוא"ל לכתובת: bht@ayalon-ins.co.il

בפקס למספר: 03-7569566

בדואר לכתובת: בית איילון, רחוב אבא הלל סילבר 12, ת.ד. 10957, רמת גן 5250606, לידי צוות תביעות חיים

באמצעות סוכן הביטוח

במסרון (SMS): יש לשלוח בהודעה את המילה תביעה לטלפון 050-3015829, ותקבלו הוראות להעברת המסמכים

לברורים ניתן ליצור קשר עם מוקד שירות לקוחות ביטוח חיים, בטלפון: 1-700-72-72-77.

לשירותך,

איילון חברה לביטוח בע"מ

אגף חיסכון לטוח ארוך





הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם, והחזר בהקדם בצירוף כל המסמכים הנוספים הנדרשים.

| 1. פרטי המבוטח התובע | | | |
|----------------------------|--------------------------|---|------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר ת.ז. | תאריך לידה |
| רחוב | מס' בית | ישוב | מיקוד |
| מספר טלפון בבית | מספר טלפון נייד | דואר אלקטרוני | e-mail |
| מקצוע / עיסוק במועד האירוע | | סטטוס: <input type="checkbox"/> שכיר, <input type="checkbox"/> עצמאי | |
| שם מקום העבודה הנוכחי | כתובת מקום העבודה הנוכחי | מס' טלפון במקום העבודה הנוכחי | |
| (1) | (2) | (3) | |
| פוליסות להגשת התביעה: | | | |

2. בחירת אמצעי התקשרות מועדף - לקבלת הודעות לטיפול בתביעה

בהתאם להוראות חוזר יישוב תביעות אובדן כושר עבודה, החברה תשלח להודעות בדבר השלמת טפסים, דרישות מידע/ בדיקות ותוצאות בירור התביעה, באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר. באפשרותך לבחור ולסמן אחת מהאפשרויות הבאות.

****ככל ולא תבחר אמצעי להתקשרות, ברירת המחדל למשלוח ההודעות תהיה לפי אפשרות א. להלן, לפי הפרטים המפורטים בפרטי המבוטח התובע בפרק 1 לעיל.**

א. דואר ישראל + מסרון SMS לטלפון נייד לנייד המפורט בפרק 1. לנייד אחר: _____

ב. דואר ישראל + דוא"ל לדוא"ל המפורט בפרק 1. לדוא"ל אחר: _____

3. פרטים על מקום עבודתך האחרון לפני האירוע

| שם מקום העבודה | כתובת מקום העבודה | מס' טלפון במקום העבודה |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| תאריך תחילת עבודה | תאריך הפסקת עבודה בגין האירוע הנתבע | שכר ממוצע ב-12 החוד' האחרונים:** ש |
| תיאור מפורט של עבודתך טרום האירוע הנתבע: _____ | | |
| האם חזרת לעבודה לאחר האירוע ? <input type="checkbox"/> לא, <input type="checkbox"/> כן פרט: תאריך החזרה לעבודה: ____/____/____, בהיקף משרה: _____, _____ האם שינית מקצוע/עיסוק לאחר החזרה לעבודה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט _____ | | |
| **עליך לצרף אישורי הכנסה כמפורט להלן: מבוטח שכיר - צילום 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות האירוע הנתבע, וככל שחזרת לעבוד באופן מלא או חלקי - העבר גם תלושי שכר מיום חזרתך למעגל העבודה, ככל וחזרת. מבוטח עצמאי - אישור רו"ח על הכנסה שנתית החייבת במס או דוח שומה לשנה שקדמה לאירוע הנתבע, ובנוסף אישור רו"ח על הכנסתך לאחר האירוע הנתבע, או אישור על העדר הכנסות כאמור. | | |

4. פרטי האירוע הנתבע

סוג האירוע: מחלה תאונת עבודה תאונת דרכים אחר _____

| תאריך הופעת סימני המחלה לראשונה | תאריך קבלת הטיפול הרפואי הראשון | איזה טיפולים קיבלת |
|--|---------------------------------|--------------------------|
| באירוע מחלה | תאריך תחילת עבודה | באירוע תאונה / פגיעה |
| _____ / ____ / ____ | _____ / ____ / ____ | כתובת מקום התאונה/ פגיעה |
| תאריך התאונה/ פגיעה | שעת אירוע התאונה / פגיעה | _____ |
| _____ / ____ / ____ | _____ | _____ |
| פרט את נסיבות ופרטי האירוע / המחלה/ התאונה/ הפגיעה ומצבך הרפואי כיום: | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

| 5. פרטים רפואיים | | |
|---|-------------|---------------|
| שם קופ"ח | כתובת הסניף | שם רופא משפחה |
| שמות רופאים מקצועיים/ מוסדות רפואיים שטיפלו/ מטפלים בך באירוע הנתבע | | |
| שם: | התמחות: | תאריכי טיפול: |
| שם: | התמחות: | תאריכי טיפול: |
| שם: | התמחות: | תאריכי טיפול: |
| <p>האם הנך מאושפז כעת בבית חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____</p> <p>האם הנך מאושפז כעת בבית החלמה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____</p> <p>האם נותחת או שהמליצו לך על ניתוח? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____</p> <p>האם אתה מרותק למיטה או לביתך לפי המלצת רופא? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____</p> <p>האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____</p> | | |

| 6. ביטוחים ותשלומים נוספים | | | | |
|---|------------------------------------|----|----|----------------------------|
| האם אתה מקבל או זכאי לקבל או הגשת תביעה לתשלום פיצוי לאובדן כושר עבודה בגין האירוע הנתבע, פרט: | | | | |
| תקופת התשלום | סכום פיצוי חודשי לאובדן כושר עבודה | לא | כן | הגורם המשלם** (ציין שם) |
| | | | | חברת ביטוח אחרת _____ |
| | | | | קרן פנסיה _____ |
| | | | | ביטוח לאומי |
| | | | | לפי חוק לנפגעי פעולות איבה |
| | | | | המעסיק _____ |
| | | | | אחר _____ |
| <p>האם הגשת בעבר תביעה / הודעה על מקרה ביטוח כלשהו לחברת ביטוח/ קרן פנסיה/ ביטוח לאומי ? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט: _____</p> | | | | |
| <p>**חובה להעביר את המסמכים הבאים: בקבלת קצבה מגורמים אחרים - אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה בהגשת תביעה לביטוח לאומי - העתק החלטת המוסד לביטוח לאומי, ככל שיש החלטה</p> | | | | |

| 7. פרטים על השכלה, הכשרה מקצועית ומקומות עבודה קודמים |
|--|
| מהי השכלתך, פרט בתי ספר ומוסדות השכלה גבוהה _____ מהי הכשרתך המקצועית, פרט קורסים והשתלמויות שעברת _____ מה היו עיסוקיך בעבר, פרט עיסוקים ותקופות עבודה: _____ |

| 8. פרטים על מקורות הכנסה נוכחיים |
|---|
| האם אתה עוסק באיזו עבודה תמורת שכר או תגמול? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט _____ האם אתה בעלים או שותף בעסק כלשהו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט _____ האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט _____ |



9. פרטי חשבון בנק - לתשלום התביעה בהעברה בנקאית

תשלום תגמולי הביטוח יתבצע לאחר ברור ואישור התביעה, בהתאם לנהלי החברה והוראות הדין. הודעה בדבר ביצוע העברה בנקאית, ככל ואושרה, תישלח בסמוך לביצוע התשלום בפועל.
התשלום יבוצע בהעברה בנקאית לחשבון בנק כמפורט להלן:**

| | | | | | | |
|--|------|-----|---------|----------|---------|-----------|
| שם בעל החשבון | ת.ז. | בנק | מס' בנק | מס' סניף | שם סניף | מס' חשבון |
| **חובה להעביר העתק המחאה או אישור ניהול חשבון עדכני, לאימות פרטים. | | | | | | |

10. הצהרת מגיש התביעה

אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל המידע אשר נמסר על ידי בתשובה לשאלות החברה כמפורט בטופס תביעה זה, הינן מלאות, נכונות וכנות, וכי לא הסתרתי או העלמתי מהחברה מידע בקשר לעברי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית.

ידוע לי כי המידע האמור מהווה מידע בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על החלטת החברה בעת ברור ויישוב התביעה. ידוע לי כי בהתאם לדין החל, מסירת תשובות שאינן מלאות וכנות, עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח ועלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או שלילת הזכאות על פי הפוליסה.

הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל בתביעת אובדן כושר עבודה, אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ויחזור אלי כושר עבודתי, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להחזיר תשלומי ביטוח ששולמו לי לאחר חזרת כושר עבודתי, ולהמשיך בתשלומי הפרמיות לפוליסה במלואן.

הנני מאשר בזאת כי ידוע לי שהפיצוי החודשי אשר ישולם לי, אם יאושר על ידי החברה, צמוד למדד מחירים לצרכן במשך 24 חודשי התשלום הראשונים, והחל מחודש התשלום ה-25 הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד השקעות הקבוע בתנאי הכיסוי הביטוחי.

בתכנית "חושן" לביטוח אובדן כושר עבודה, החל מחודש התשלום ה-25 הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד השקעות בסיסי למקבלי קצבה.

| | | | |
|----------|---------|-------------|------------|
| שם משפחה | שם פרטי | תאריך חתימה | חתימה X |
|----------|---------|-------------|------------|



הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם, כולל אימות חתימה על ידי עד מהימן

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
אגף חיסכון לטווח ארוך, צוות תביעות ביטוח חיים
החזרה בדוא"ל לכתובת: bht@ayalon-ins.co.il
או בכל אחד מהאמצעים המפורטים במסמך ההנחיות המצורף

אני החתום מטה:

| שם משפחה | שם פרטי | מספר ת.ז. | שם האב |
|----------|----------|----------------|---------------------|
| רחוב | מס' בית | ישוב | מיקוד |
| שם קופ"ח | שם הסניף | שם קופ"ח קודמת | שם סניף קופ"ח קודמת |

- רשות לקבלת פרטים** - אני הח"מ, נותן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, מכוניה ובמעבדותיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, משרד הביטחון, החברות לביטוח, המכונים הרפואיים והמעבדות הרפואיות בבתי החולים למסור מידע ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" ו/או מי מטעמה ו/או בא כוחה, להלן "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
- שמירה על סודיות** - הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או חלותי כאמור, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.
- ייפוי כוח** - אני מייפה את איילון חברה לביטוח בע"מ לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
- כתב ויתור** - זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.
- שימוש במידע - ידוע לי, כי השימוש במידע ייעשה לצורך לביטוח ויישוב תביעות בלבד.**

| חתימת המבוטח / אפטרופוס | | | |
|--|------------------------------|-----------|------------------|
| תאריך | שם משפחה + שם פרטי של המבוטח | | חתימת המבוטח X |
| במקרה של מבוטח חסוי - חתימת אפטרופוס (חובה לצרף צו מינוי אפטרופוס) בנוסף לאמור לעיל, הננו מצהירים כי איסוף החומר נעשה לטובת החוסה | | | |
| שם פרטי | שם משפחה | מספר ת.ז. | חתימת אפטרופוס X |

| אימות חתימה על ידי עד מהימן (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח) | | | |
|--|-----------------|-------------|-----------------|
| תאריך | שם פרטי + משפחה | מספר רישיון | חתימה + חותמת X |



הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

| 1. פרטי המבוטח התובע | | | |
|----------------------|---------|-----------|------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מספר ת.ז. | תאריך לידה |
| | | | |

2. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

א. ציין את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפוּלך: _____

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

ג. מועד התחלת המחלה / פגיעה: _____

ד. סמן אלו בדיקות רפואיות בוצעו: רנטגן א.ק.ג MRI CT

בדיקת אחרות: _____

תוצאות הבדיקות: _____

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 _____

3. פרטים על כושר עבודתו של המבוטח

ז. באיזה תאריך נאלץ המבוטח להפסיק את עבודתו: _____

ח. באיזה תאריך חזר או מסוגל המבוטח לחזור לעבודתו: _____

ט. אם המבוטח אינו מסוגל לחזור לעבודתו הקודמת, ציין לאיזה סוג של עבודה מסוגל לחזור ומתי: _____

י. ציין פרטים נוספים בקשר לאובדן כושר עבודה, אם ישנם: _____

יא. ציין אילו פעולות יומיומיות אין המבוטח מסוגל לבצען: _____

4. הערות ופרטים נוספים

| תאריך | שם הרופא | כתובת | מספר רישיון | חתימה |
|-------|----------|-------|-------------|-------|
| | | | | X |



**הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם**

להלן רשימת המסמכים הנדרשים להגשת התביעה :

1. טופס תביעה מלא חלקים: א' ו-ב' בלבד.
2. טופס זה - חלק ד'.
3. אישור ממוסד ביטוח לאומי המכיר בך כמובטל.
4. אישור מלשכת התעסוקה כי הנך רשום כמחוסר עבודה והנך מוכן ומסוגל לעבוד במקצועך או בכל עבודה אחרת המתאימה לך, ולשכת התעסוקה לא הציעה לך עבודה כאמור.
5. אישור ממעסיקך האחרון לגבי תקופת עבודתך.

| 1. פרטים על אבטלה | | | |
|-----------------------|----------------------|--------------|--|
| תאריך הפסקת עבודה | שם המעסיק האחרון | ח.פ. מעסיק | תקופת עבודתך אצל מעסיק זה מ- _____ עד _____ |
| תאריך תחילת תק' אבטלה | תאריך סיום תק' אבטלה | הסיבה לאבטלה | |

| 2. פרטים על מקורות הכנסה נוכחיים | |
|--|---|
| א. האם אתה עוסק באיזו עבודה תמורת שכר או גמול ? | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט _____ |
| ב. האם אתה הבעלים או שותף בעסק כלשהו ? | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן פרט _____ |
| ג. ציין האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו, כגון: | <input type="checkbox"/> קצבת ביטוח לאומי <input type="checkbox"/> קצבה מקרן פנסיה <input type="checkbox"/> קצבה מחברת ביטוח <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____ |

| 3. הצהרת המבוטח | |
|---|-------------------|
| <p>אני החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל המידע אשר נמסר על ידי בתשובה לשאלות החברה כמפורט בטופס תביעה זה, הינן מלאות, נכונות וכנות, וכי לא הסתרתי או העלמתי מהחברה מידע בקשר לעברי ו/או בקשר עם התביעה הנוכחית.</p> <p>ידוע לי כי המידע האמור מהווה מידע בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על החלטת החברה בעת ברור ויישוב התביעה. ידוע לי כי בהתאם לדין החל, מסירת תשובות שאינן מלאות וכנות, עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח ועלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או שלילת הזכאות על פי הפוליסה.</p> <p>הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל בתביעת אבטלה, אינני עובד בעבודה כלשהי ובמקרה ואחזור לעבודה, אף במידה חלקית, הנני מתחייב להודיע על כך לחברה, להחזיר תשלומי ביטוח ששולמו לי לאחר חזרתי לעבודה, ולהמשיך בתשלומי הפרמיות לפוליסה במלואן.</p> <p>ידוע לי כי התחייבות החברה כפופה לתנאים הכלליים המלאים של התוכנית, ובין היתר:</p> <p>א. גילי ביום הכרתי כמובטל הינו בין 25 לגיל 60.</p> <p>ב. הביטוח היסודי נכנס לתוקפו המלא לפחות שנה אחת לפני הכרתי כמובטל.</p> <p>ג. הפרמיה בגין נספח זה שולמה כסדרה והנספח היה בתוקף לפחות 6 חודשים ברציפות לפני הכרתי כמובטל.</p> | |
| תאריך | חתימת המבוטח X |

מבוטח יקר,

איילון חברה לביטוח בע"מ פועלת כחברה תחת המוטו של "אנשים לשירות אנשים", משקיעה את מירב האמצעים למתן שירות מהיר, יעיל והוגן למבוטחיה. במסגרת זו קבענו סטנדרטים גבוהים לפעול בהליכים קצרים ומוגדרים, לסיום הליכי הבירור ויישוב תביעה לתשלום תגמולי ביטוח ("תביעה"), בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות, בהוגנות ובזמן הקצר ביותר, למיציא זכויות המבוטח.

להלן מפורט לנוחותכם, עקרונות הליך בירור ויישוב תביעת ביטוח אובדן כושר עבודה במסגרת פוליסה לביטוח חיים. פרטים נוספים בהרחבה מפורטים במסמך מערכת כללים לבירור ויישוב פניות הציבור בביטוח אובדן כושר עבודה (להלן מערכת כללים).

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

מי זכאי לביטוח אובדן כושר עבודה?

אם נפגעת כתוצאה מתאונה או מחלה, ובעקבותיה נשלל כושר העבודה שלך באופן זמני או קבוע לתקופה העולה על תקופת ההמתנה המפורטת בפוליסה שלך, הנך זכאי להגשת תביעה בגין ביטוח אובדן כושר עבודה.

החברה תבחן את הזכאות לתשלום תגמולי ביטוח, בהתאם לתנאי הכיסוי הקיים ובתוקף במועד קרות מקרה הביטוח (האירוע) בפוליסה על-שמך, בהתאם להגדרות מקרה הביטוח, תקופת ההמתנה, גובה הפיצוי ביחס להכנסה שלך, נספחי הרחבה אם קיימים והמידע הרפואי אשר תעביר ויתקבל בחברה.

איך מגישים תביעה לביטוח אובדן כושר עבודה?

לנוחותך, באתר האינטרנט של החברה בקישור [/https://www.ayalon-ins.co.il/insurance/life-insurance/claims](https://www.ayalon-ins.co.il/insurance/life-insurance/claims)

קיים מדריך הגשת תביעה לביטוח אובדן כושר עבודה, כולל טופס הגשת התביעה למילוי, רשימת המסמכים אותם נדרש לצרף. בהתאם:

1. עליך להעביר לחברה טופס הגשת תביעה לביטוח אובדן כושר עבודה, לאחר מילוי וחתימה, על כל חלקיו

2. עליך לצרף מסמכים נוספים הנדרשים לבירור התביעה

כגון: אישורים רפואיים המעידים על מצבך הרפואי, אישורים על הכנסתך לפני ולאחר האירוע, אישור על קבלת קצבת אובדן כושר עבודה והתקופה שאושרה מגורמים אחרים, העתק החלטה ופרוטוקול מביטוח לאומי ככל והגשת תביעה, העתק המ"חאה/ אישור ניהול חשבון בנק, טופס 101.

3. האמצעים להגשת התביעה

הליך בירור התביעה והודעה על ההכרעה בתביעה

החברה תמסור למבוטח הודעות באמצעי דיגיטלי ובדואר, בגין סטטוס הטיפול בתביעה, דרישות נוספות, החלטות והכרעה בתביעה, בהתאם ללוחות הזמנים המפורטים בטבלה המצורפת למערכת כללים.

1. עם קבלת הטופס התביעה ומסמכים, החברה תשלח למבוטח הודעה עם רשימת המסמכים שהתקבלו תוך ציון מועד קבלתם ופירוט המסמכים החסרים הנדרשים להשלמה, ככל הנדרש.

2. החברה רשאית לבקש מהמבוטח מסמכים נוספים ו/או בדיקה רפואית ו/או איסוף חומר רפואי מקופת חולים, ממוסדות רפואיים וממבטחים שונים, בכפוף לטופס וויתור סודיות רפואית הנדרש כחלק מטופס התביעה, לפי הצורך והנסיבות ולשם השלמת הטיפול בבירור התביעה.

3. הזכות לבירור החבות בכל תביעה לתשלום תגמולי ביטוח, נתונה לחברה ומעוגנת בחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981. לתשומת ליבך: הנך זכאי להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמך, במהלך בירור התביעה, על חשבונך, למעט עלות רופא מטעמך ככל ותחליט לצרף לוועדה רפואית. במקרה זה החברה תישא בעלות הרופא בסכום שיוגדר על ידה.

4. החברה תודיע למבוטח בכתב על החלטתה בהכרעה בתביעה, תוך 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים והמידע הנדרש, האם אושרה תביעתו בתשלום מלא, תשלום חלקי או נדחתה. במקרים בהם התייצב המבוטח לבדיקה בפני רופא החברה, תודיע החברה על ההכרעה בתביעה עד 3 ימי עסקים ממועד התייצבות המבוטח לבדיקה, או בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה.

5. הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו הוסכם על פשרה בין חברתנו לבין תובע המיוצג על ידי עורך דין, ולא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

כיצד ניתן לערער?

להגשת ערעור, יש לשלוח טופס ערעור לפי סוג הוועדה, הטפסים זמינים באתר החברה, ולפרט את מהות הערעור וסיבותיו בצורך מסמכים רפואיים נוספים שטרם הועברו, ככל וקיימים, ולשלוח לחברה באמצעים המפורטים בטופס:

1. ניתן להגיש ערעור על החלטת החברה בנושאים רפואיים בלבד - לוועדה רפואית

וזאת בתוך 90 ימים מועד הודעת החברה על החלטתה בהכרעת התביעה. לאחר מועד זה לא ניתן להגיש ערעור. נציג החברה יודיע למבוטח על מועד התכנסות הוועדה ויפרט האם נדרשים מסמכים ובדיקות נוספות להגשה לוועדה. הוועדה הרפואית תהיה מורכבת משני רופאים שאינם רופאי החברה. המבוטח רשאי לצרף רופא נוסף מטעמו לוועדה והחברה תישא בעלות הרופא בסכום שיקבע מראש על ידה. החברה תשלח אלייך את החלטת הוועדה הרפואית עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית.

2. ניתן להגיש ערעור על החלטת הוועדה הרפואית - לוועדה רפואית לערעורים

וזאת בתוך 90 ימים מועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית. לאחר מועד זה לא ניתן להגיש ערעור. נציג החברה יודיע למבוטח על מועד התכנסות הוועדה ויפרט האם נדרשים מסמכים ובדיקות נוספות להגשה לוועדה. הוועדה הרפואית לערעורים הינה וועדה רפואית לענייני חברות ביטוח שמרוכזת על ידי חברה פרטית או על ידי בית חולים בארץ המספקים שירותים של ניהול וועדות רפואיות עליונות. החברה תשלח אלייך את החלטת הוועדה הרפואית לערעורים עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית.

החלטת הוועדה הרפואית לערעורים בסוגיות רפואיות היא סופית ותחייב את כל הצדדים לכל דבר ועניין

3. ערעור בנושאים שאינם רפואיים

א. ניתן לפנות לממונה על פניות ציבור בחברה: מלי טבול

טלפון: 03-7569547, בפקס: 072-2469051, דואר אלקטרוני: tzibur@ayalon-ins.co.il
בדואר: בית איילון ביטוח, מחלקת פניות הציבור, דרך אבא הלל סילבר 12 רמת גן 5250606.

ב. ניתן לפנות אל היחידה לפניות הציבור ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון

רחוב קפלן 1 ירושלים, או באמצעות אתר האינטרנט של הרשות.

ג. ניתן להגיש תביעה בערכאה שיפוטית

התיישנות

תביעה לתגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה מתיישנת לאחר שלוש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח, בהתאם לקבוע בסעיף 31 בחוק חוזה ביטוח, התשמ"א-1981.

יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות.

לתשומת ליבך: נבהיר כי אין משלוח טופס התביעה לחברה כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בהודעות החברה למבוטח במסגרת הטיפול בתביעה, נכלול הודעה בדבר מועד ההתיישנות.

להגשת מסמכים וברורים, ניתן לפנות לחברה באמצעים הבאים:

- בדוא"ל לכתובת: bht@ayalon-ins.co.il
- בפקס למספר: 03-7569566
- בדואר לכתובת: בית איילון, רחוב אבא הלל סילבר 12, ת.ד. 10957, רמת גן 5250606, לידי צוות תביעות חיים
- באזור האישי באתר החברה בכתובת: www.ayalon-ins.co.il
- באמצעות סוכן הביטוח
- במסרון (SMS): יש לשלוח בהודעה את המילה תביעה לטלפון 050-3015829, ותקבלו הוראות להעברת המסמכים
- בטלפון: 1-700-72-72-77

בברכת בריאות טובה !

אגף חיסכון לטווח ארוך, ענף ביטוח חיים
איילון חברה לביטוח בע"מ



מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור
בביטוח אובדן כושר עבודה (מהדורה 1.9.2021)
מכוח חוזר גופים מוסדיים 5-1-2021 יישוב תביעות אובדן כושר עבודה - תיקון

מבוטח יקר,

1. כללי

מסמך זה מרכז את מערכת הכללים ליישוב תביעות ופניות **לביטוח אובדן כושר עבודה** על פי פוליסות ביטוח חיים שהוצאו על ידי חברתנו. המסמך זמין באתר האינטרנט של החברה בכתובת WWW.AYALON-INS.CO.IL

מערכת הכללים כוללת התייחסות לחובות חברתנו בצד זכויות המבוטח/התובע, תוך זיקה לתנאי תכניות הביטוח הרלבנטיות באיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן איילון, החברה). מבלי לגרוע מהוראות כל דין, החברה וכל הפועל מטעמה יפעלו לבירור וליישוב תביעות אובדן כושר עבודה וטיפול בפניות הציבור, בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות למיציאת זכויות המבוטח, באמצעות מודל שהוגדר על ידי הממונה על רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון בחוזר "יישוב תביעות אובדן כושר עבודה - תיקון", בחוזרים נוספים והוראות הדין החלים.

החברה משקיעה אמצעים רבים במתן שירות ושיפורו המתמיד, אנו קשובים לכל פניה של תובע לחברה ונשענים על שיתוף פעולה מצד מבוטחי החברה וסוכניה, הכל מתוך מטרה לשפר ולייעל את השירות המוענק לקהל מבוטחינו ולכל הפונים אלינו. שיתוף פעולה מצד התובעים והמצאת הפרטים והמסמכים המבוקשים במסגרת בירור התביעה, ייעלו את הטיפול בה ויובילו לסיום מהיר ככל האפשר של ההליכים ליישובה.

יחד עם זאת, לעיתים נדרש גם בירור מול גופים חיצוניים אשר משך קבלת המענה מהם אינו תלוי בחברה. החברה תנקוט בכל האמצעים העומדים לרשותה על מנת לקבל המענה ולהשלמת הבירור הנדרש בזמן הקצר ביותר. לוחות הזמנים בהם נפעל בהליך יישוב התביעות והפניות מצוינים במרוכז בנספח המצורף למערכת הכללים, על מנת לאפשר לתובע לקיים מעקב אחר תהליך הטיפול בתביעתו.

2. החברה תפעל בכל הקשור לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות הציבור על פי האמור במערכת כללים זו.

3. תחולה ותחילה

מערכת כללים זו חלה על תביעות אובדן כושר עבודה וביטוח אבטלה בלבד, שיוגשו לחברה החל מתאריך 1.9.2021. על תביעות אובדן כושר עבודה שהוגשו לפני המועד האמור, תחול מערכת הכללים במהדורה מ-1.1.2017 המפורסמת באתר החברה.

4. הגדרות

- 4.1 **אמצעי דיגיטלי** - מסרון (SMS), דואר אלקטרוני, חשבון אישי מקוון או אתר אינטרנט ייעודי
- 4.2 **יום/ימי עסקים** - כל יום, למעט: יום שבת, שישי, ימי שבתון, ערבי חג וימי חג ראש השנה, יום הכיפורים, סוכות, פסח, שבועות, פורים, יום העצמאות ותשעה באב.
- 4.3 **רופא החברה** - רופא מומחה שהוא עובד חברת הביטוח או פועל מטעמה במסגרת הסכם התקשרות בינו לבין החברה שאינו לפי הוראות חוזר זה או רופא מומחה הכלול ברשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי, אשר יבחר על ידי חברת הביטוח באופן אקראי
- 4.4 **תביעה** - דרישה מהחברה למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת/ תכנית לביטוח אובדן כושר עבודה

5. מסירת מסמכים ומידע בהגשת תביעה לראשונה

- 5.1 פנה מבוטח בקשר להגשת תביעה לחברה או למי מטעמה, תמסור החברה לו ולמי מטעמו, בהקדם האפשרי, את המסמכים המפורטים להלן, אשר יפורסמו גם באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.ayalon-ins.co.il
 - 5.1.1 העתק ממערכת כללים זו
 - 5.1.2 מסמך הליך הטיפול בבירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה, לרבות לוחות הזמנים לטיפול טופס הגשת תביעה לביטוח אובדן כושר עבודה, כולל הנחיות לאופן מילוי הטופס

- 5.1.3 פירוט המסמכים הנוספים הנדרשים לצירוף לטובת הטיפול בתביעה
- 5.1.4 הודעה על תקופת ההתיישנות של התביעה
- 5.1.5 פירוט רשימת פוליסות אובדן כושר עבודה שבהן התובע מבוטח בחברה, שבאפשרותו להגיש תביעה במסגרתן, וכן הפניה לאתר האינטרנט המרכזי שהוקם על ידי משרד האוצר, "הר הביטוח", בו יוכל המבוטח לאתר מוצרי ביטוח נוספים בכל חברות הביטוח.
- 5.1.6 פרטי ההתקשרות עם החברה בקשר לטיפול בתביעה.
- 5.2 על אף האמור בסעיף 5.1 לעיל, החברה תהיה פטורה ממסירת המסמכים האמורים, במקרה בו המבוטח הוריד את המסמכים האמורים מאתר האינטרנט של החברה.
- 5.3 החברה לא תדרוש מתובע מידע או מסמכים שתובע סביר אינו יכול להשיגם או שאיני רשאי לקבלם, אלא אם כן יש לחברתנו יסוד ממשי להניח שהמידע או שהמסמכים כאמור נמצאים בידי התובע.
- 5.4 המבוטח יבחר בטופס הגשת התביעה, את אמצעי ההתקשרות המועדף עליו, למשלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, באחת מהדרכים הבאות: בדואר + מסרון (SMS) או בדואר + דואר אלקטרוני.
- 5.5 הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

6. הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה

- 6.1 סמוך למועד בו נתקבל בחברה מסמך בקשר לתביעה מהמבוטח, תמסור החברה למבוטח הודעות בדבר המסמכים שהתקבלו כדלהלן:
 - 6.1.1 ככל שהתקבלו המסמכים הנדרשים במלואם ובאופן תקין, תודיע החברה למבוטח באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר, הודעה בדבר קבלת המסמכים, פירוט המסמכים שהתקבלו ומועד קבלתם.
 - 6.1.2 ככל שלא התקבלו המסמכים במלואם או שאינם תקינים, תמסור החברה למבוטח בשיחה טלפונית על ידי נציג שירות בתוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים, פירוט של המסמכים שהתקבלו, מועד קבלתם ופירוט המסמכים החסרים להשלמה. הודעות כאמור ישלחו גם באמצעי דיגיטלי וגם בדואר. הודעות כאמור ישלחו בכל פעם שנתקבל מסמך נוסף בקשר לתביעה מטעם המבוטח.
 - 6.1.3 בהודעות השונות החברה תשלח למבוטח את פרטי ההתקשרות עם החברה להמשך טיפול בתביעה.
 - 6.1.4 הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.
- 6.2 לאחר קבלת כל המסמכים הנדרשים לבירור התביעה, החברה תפנה לגורמים הרלוונטיים לקבלת כל מידע נוסף הנדרש לה לצורך קביעת יכולתו התעסוקתית של המבוטח ולהכרעה בתביעה, לרבות איסוף חומר רפואי, קבלת חוות דעת רפואית, הזמנת המבוטח לבדיקה רפואית, הזמנת חקירה.
- 6.3 החליטה החברה על הזמנת המבוטח לבדיקה רפואית, נציג שירות מטעם החברה יצור קשר עם המבוטח לתאום מועד הבדיקה בפני רופא החברה, יפרט בפניו את דרישות רופא החברה לקראת התייצבותו לבדיקה. למבוטח קיימת זכות למלווה מטעמו, בהתאם להוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
- 6.4 חוות דעת רפואית שביצע רופא החברה תיערך באופן מקצועי, תהיה מפורטת ומנומקת ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של הרופא, וכן תכלול את רשימת כל המסמכים אשר רופא החברה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.
- 6.5 במסגרת ההכרעה בתביעה, החברה תתבסס על האמור בחוות הדעת הרפואית ותצרף אותה להודעה על ההכרעה בתביעה וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת, וכן תציין את כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע לחברת הביטוח או לרופא החברה לצורך כתיבת חוות הדעת.
- 6.6 היה ודרוש לחברה זמן נוסף לאיסוף חומר רפואי לצורך ברור התביעה, תימסר למבוטח "הודעת המשך בירור" המפרטת את הסיבה לעיכוב הבירור, ככל שזו קיימת. הודעה זו תשלח לתובע בכל 90 יום לפחות, עד משלוח הודעה בדבר החלטת החברה להכרעה בתביעה. החברה תהא פטורה ממשלוח "הודעת המשך בירור", באם לא הגיב לשתי הודעות "המשך בירור", הכוללות בקשה למידע או מסמכים ובלבד שצוין בהודעה האחרונה כי לא ימסרו לתובע הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים או תגובה אחרת.
- 6.7 בתוך 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים והמידע הנדרש, תודיע החברה למבוטח בכתב האם אושרה תביעתו או נדחתה. במקרים בהם התייצב המבוטח לבדיקה בפני רופא החברה, תודיע החברה על ההכרעה בתביעה עד 3 ימי עסקים ממועד התייצבות המבוטח לבדיקה, או בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה.
- 6.8 הוראות סעיף זה לא יחולו במקרה שבו הוסכם על פשרה בין חברתנו לבין תובע המיוצג על ידי עורך דין, ולא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

7.1 הודעת תשלום תגמולי הביטוח

החליטה החברה על אישור התביעה ותשלום תגמולי הביטוח, תמסור למבוטח במועד התשלום הודעה בכתב (להלן הודעת התשלום) שתכלול, בין השאר, התייחסות לגבי הפרטים הבאים, ככל שהם רלוונטיים להודעה:

1. שם המבוטח;
 2. שם הפוליסה ומספרה;
 3. סכום התשלום הראשון, לרבות פירוט אופן חישוב הסכום לתשלום וכן פירוט אופן חישוב סכום המס שנוכה במקור והוראות הדין שלפיה חושב ונוכה;
 4. מנגנון עדכון התשלומים;
 5. המועד הראשון שבשלו זכאי המבוטח לתשלום והמועד הראשון שבו התשלום יבוצע;
 6. משך התקופה המרבית שבשלה זכאי המבוטח לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה;
 7. משך התקופה עד לתום תקופת הזכאות ותביעת המשך;
 8. הכללים להגשת תביעת המשך ומנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים;
 9. הכללים לבדיקת זכאות מחודשת במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;
 10. פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים למבוטח שלא מחברת הביטוח בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה החברה רשאית לקזז אותם מהתשלום;
 11. פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברת הביטוח מאת המבוטח;
 12. פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שניים במחלוקת אם שולמו כאלה;
 13. הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה;
 14. הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;
 15. סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור;
 16. המועד שבו היו בידי חברת הביטוח כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.
- 7.1.1 החברה תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח עד ליום ה-9 של כל חודש, בשל החודש הקודם; על אף האמור, החברה תעביר למבוטח את התשלום הראשון לאחר אישור התביעה בתוך חמישה עשר יום ממועד הודעה למבוטח על אישור התביעה או ממועד תום תקופת ההמתנה, המאוחר מביניהם.
- 7.1.2 החברה רשאית לקזז מתגמולי הביטוח להן יהיה זכאי המבוטח, חוב בנוגע לפוליסת אובדן כושר עבודה במסגרתה אושר התשלום, בכפוף להוראות הדין.
- 7.1.3 תגמולי הביטוח ישולמו למבוטח באמצעות העברה בנקאית; על אף האמור, החברה תאפשר למבוטח לבחור אמצעי תשלום אחר, מבין האמצעים הקיימים בחברת הביטוח לתשלום תביעות אובדן כושר עבודה, ככל וקיימים אמצעים אחרים.

7.2 הודעת תשלום חלקי

החליטה החברה על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו, תמסור למבוטח במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - הודעת תשלום חלקי) שבה שני חלקים כמפורט להלן:

- 7.2.1 בחלק הראשון - פירוט רכיבי התשלום שבו הכירה החברה, כולל פרטים כמפורט בסעיף 7.1 לעיל.
- 7.2.2 החלק השני - פירוט הנימוקים להחלטת החברה לדחיית חלק מהתביעה, כמפורט בהודעת דחייה.
- 7.2.3 במסגרת הודעת תשלום חלקי, יקבל המבוטח פירוט להסדרי התשלום הנדרשים לצורך המשך שמירה על הכיסוי הביטוחי.

7.3 הודעת פשרה

החברה תציע למבוטח הצעת פשרה סבירה למועד הצעה. אם הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה, החברה תמסור למבוטח בכתב הצעת פשרה תוך 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים או מועד הגשת הערעור, לפי העניין, ותיתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.

בהודעת הפשרה יפורטו:

- 7.3.1 שם המבוטח, שם הפוליסה ומספרה, מקרה הביטוח, הנימוקים שביסוד הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שניים במחלוקת, ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כאמור.

7.3.2 כל עוד לא אישר המבוטח את הודעת הפשרה בכתב, היא לא תחייב את הצדדים.

אישר המבוטח את הודעת הפשרה, תפעל החברה לתשלום תגמולי הביטוח לפי המועדים הקבועים בסעיף 7.1.1.



7.4 הודעת דחייה

החליטה החברה לדחות את תביעת המבוטח, תמסור למבוטח הודעה בכתב ותנמק את החלטתה. נימוקי דחיה יכללו:

- 7.4.1 פירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לגבי תנאי הפוליסה.
- 7.4.2 התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחת התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.
- 7.4.3 התייחסות לחוות דעת רופא מומחה שהוגשה מטעם המבוטח, ככל שהוגשה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.
- 7.4.4 רשימת המסמכים עליהן היא מתבססת לצורך החלטתה.
- 7.4.5 פירוט הסדרי התשלום לצורך שמירה על הכיסוי הביטוחי.

7.5 הודעת דחייה בטענה לאי גילוי רפואי

- 7.5.1 החליטה החברה לדחות את תביעת המבוטח בטענה לאי גילוי רפואי, החברה תמסור למבוטח הודעה בכתב בה תפורט במפורש עילת הדחיה והמסמכים הרפואיים המעידים על הבעיות הרפואיות שמהם סבל המבוטח בטרם הצטרפותו לביטוח.
- 7.5.2 במקרה בו החברה תטען להפרת חובת הגילוי בשאלון הרפואי לפי סעיף 6(א) לחוק חוזה הביטוח, החברה תצרך להודעת הדחייה את השאלות המפורשות עליהן השיב המבוטח תשובה שאינה מלאה וכנה.
- 7.5.3 במקרה בו החברה תטען לאי גילוי רפואי בכוונת מרמה, החברה תצרך להודעת הדחייה פירוט ונימוק קיומם של התנאים האמורים בסעיף 6(ג) לחוק חוזה הביטוח.

7.6 הודעת דחייה בשל יכולת המבוטח לעסוק בעיסוק סביר אחר

- החלטת החברה לדחות את תביעת המבוטח בטענה כי יכולתו התעסוקתית של המבוטח לא נפגעה עקב מקרה הביטוח, תתבסס על חוות דעת הכוללת פירוט העיסוקים הסבירים האחרים שבהם יכול המבוטח לעסוק ופירוט הזיקה הקיימת בין העיסוק הסביר המוצע לבין עיסוקו של המבוטח לפני קרות מקרה הביטוח, לרבות כיצד העיסוק הסביר המוצע הולם את השכלתו, הכשרתו וניסיונו של המבוטח טרם מקרה הביטוח.
- 7.6.1 החברה לא תדחה את המבוטח בשל עיסוק סביר נדיר או שאינו קיים, שלא קיים סיכוי סביר למבוטח למצוא עבודה במסגרתו.
 - 7.6.2 החברה תציע למבוטח עיסוק סביר אחר של ניהול, הדרכה או פיקוח באותו תחום בו עסק המבוטח לפני קרות מקרה הביטוח, אלא אם קיימת אינדיקציה כי המבוטח עסק בניהול, הדרכה או פיקוח באופן משמעותי גם לפני קרות מקרה הביטוח.

7.7 הודעה בדבר התיישנות התביעה

- 7.7.1 הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי והודעת דחייה תכלול פסקה אשר בה תצוין בהבלטה תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברת הביטוח, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (להלן - פסקת התיישנות).
- 7.7.2 כל הודעה הנשלחת למבוטח בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול את פסקת התיישנות, את מועד קרות מקרה הביטוח וכן יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.
- 7.7.3 אם לא נכללה פסקת התיישנות בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי והודעת דחייה שנשלחה למבוטח שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות יראו את החברה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת התיישנות, וזאת רק לגבי הפעם הראשונה שבה לא נמסרה הודעה כמתחייב.

7.8 הודעה על תום תקופת הזכאות לתגמולי ביטוח ותביעת המשך

- החברה תודיע למבוטח 60 ימים לפני מועד הגעתו לתום תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה, או במועד אישור התביעה בה תקופת הזכאות קצרה מ-60 ימים, ותפרט בהודעה את הפרטים הבאים:
- 7.8.1 האפשרויות העומדות בפניו להגשת תביעת המשך להארכת תקופת הזכאות.
 - 7.8.2 פירוט המסמכים הרפואיים ו/או הבדיקות הנדרשות מהמבוטח להגשת תביעת המשך.



7.9 הודעה על בדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת תשלום תגמולי ביטוח

החברה תבחן מחדש את זכאותו של מבוטח לקבלת תגמולי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, ומידע רלוונטי חדש אודות מצבו הרפואי של המבוטח.

7.9.1 החברה לא תבצע בחינה מחודשת של זכאותו של מבוטח בטרם חלפו 60 יום מההחלטה האחרונה שקיבלה החברה בעניינו של המבוטח.

7.9.2 החברה לא תקטין ולא תפסיק תגמולי ביטוח בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לכך בפוליסה, ולאחר שהודיעה למבוטח כי בכוונתה להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן - הודעת שינוי). הודעת שינוי כאמור, תימסר למבוטח לפחות חמישה עשר ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של חברת הביטוח לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.

7.9.3 הודעת השינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת חברת הביטוח להקטין או להפסיק את תשלום תגמולי הביטוח, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה, לפי העניין, בשינויים המחויבים.

8. זכות השגה על החלטת החברה

החברה תכלול בהודעה למבוטח על הכרעת התביעה בתשלום חלקי או הודעת דחייה, פסקה המציינת את זכות המבוטח להשגה באמצעים הבאים:
הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

8.1 הגשת ערעור לוועדה רפואית

8.1.1 חלק המבוטח על חוות הדעת הרפואית שצורפה להחלטת החברה, רשאי להגיש ערעור לוועדה רפואית, בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעת החברה על ההכרעה בתביעה.

8.1.2 הוועדה הרפואית תכלול 2 רופאים שנבחרו על ידי חברת הביטוח באופן אקראי, מתוך ספקי שירותי ייעוץ רפואי.

8.1.3 המבוטח זכאי להתייצב בפני הוועדה הרפואית

8.1.4 המבוטח רשאי לצרף לוועדה רופא מטעמו והחברה תישא בעלות העסקת הרופא מטעם המבוטח בסכום שיוגדר על ידה. התשלום יועבר ישירות לרופא.

8.1.5 נציג שירות החברה יצור קשר טלפוני עם המבוטח בתוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת בקשת הערעור בחברה, ויודיע לו על מועד התכנסות הוועדה הרפואית, ויפרט בפניו את דרישות הוועדה הרפואית, ככל שיהיו, לרבות דרישה לבדיקות, מבדקים ומסמכים.

8.1.6 מועד התכנסות הוועדה הרפואית ייקבע לכל היותר בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת בקשת הערעור בחברה, או ממועד קבלת כל המסמכים/ בדיקות שדרשה הוועדה, או למועד מאוחר יותר אם יבקש המבוטח לדחות את מועד ההתכנסות.

8.1.7 הוועדה הרפואית רשאית לערוך בדיקה למבוטח, ובלבד שמהלך הבדיקה יצוין ויתועד במסגרת החלטתה, או לפנות למבוטח בבקשה לקבלת מידע נוסף.

8.1.8 החברה תודיע למבוטח את החלטת הוועדה הרפואית בצירוף ההחלטה ותיעוד הנימוקים, בתוך 5 ימי עסקים ממועד התכנסות הוועדה או בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה, לפי העניין.

8.2 הגשת ערעור לוועדה רפואית לערעורים

8.2.1 חלקה החברה על קביעת הוועדה הרפואית, תהא רשאית להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, בתוך 5 ימי עסקים ממועד החלטת הוועדה הרפואית.

8.2.2 חלק המבוטח על קביעת הוועדה הרפואית מטעמים רפואיים בלבד, יהא רשאי להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית.

8.2.3 נציג שירות החברה יצור קשר טלפוני עם המבוטח בתוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת בקשת הערעור בחברה, ויודיע לו על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים, ויפרט בפניו את דרישות הוועדה הרפואית לערעורים, ככל שיהיו, לרבות דרישה לבדיקות, מבדקים ומסמכים.

8.2.4 מועד התכנסות הוועדה הרפואית ייקבע לכל היותר בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת בקשת הערעור בחברה, או ממועד קבלת כל המסמכים/ בדיקות שדרשה הוועדה, או למועד מאוחר יותר אם יבקש המבוטח לדחות את מועד ההתכנסות.

8.2.5 הוועדה הרפואית לערעורים רשאית לערוך בדיקה רפואית למבוטח או לפנות למבוטח לקבלת מידע נוסף לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולתו התעסוקתית של המבוטח, ובלבד שמהלך הבדיקה יצוין ויתועד במסגרת החלטתה.



8.2.6 החברה תודיע למבוטח את החלטת הוועדה הרפואית לערעורים בצירוף ההחלטה והתיעוד, בתוך 3 ימי עסקים ממועד התכנסות הוועדה או בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה, לפי העניין.

8.3 הגשת השגה לממונה על פניות ציבור בחברה

החברה תשיב בכתב לכל פניה בכתב של מבוטח או תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בחברה, בכל שלב, תוך זמן סביר, ובכל מקרה ולא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה.

מחלקת פניות הציבור של איילון עומדת לרשותך, באחת מהדרכים הבאות:

ממונה על פניות הציבור: מלי טבול

טלפון: 03-7569547

בפקס: 072-2469051

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

דואר: בית איילון ביטוח, מחלקת פניות הציבור, דרך אבא הלל סילבר 12 רמת גן 5250606.

על מנת שנוכל לטפל בפנייתך ביעילות ובמהירות, חשוב לכלול בפנייה את הפרטים הבאים:

שם מלא, מספר זהות, כתובת, מספר טלפון קווי/נייד ודואר אלקטרוני לחזרה, מועד האירוע ומספר התביעה, פירוט סיבת הפניה והסוגיות לבירור.

8.4 הגשת השגה לממונה על רשות שוק ההון ביטוח וחסכון

8.5 הגשת תביעה בערכאה שיפוטית

9. מעקב אחר בירור התביעה

מערכת כללים זו, הנחיות לאופן הגשת תביעה והמסמכים הנדרשים, ואפשרויות מעקב אחר בירור התביעה ותוצאותיה, מפורטים באתר החברה בכתובת www.ayalon-ins.co.il.

10. הבהרה לעניין פניית המבוטח/ התובע באמצעות נציג מורשה מטעמו

במידה ובחר המבוטח להגיש את התביעה באמצעות נציג מורשה או סוכן ביטוח, המשך ההתנהלות של החברה יהא מול הסוכן או הנציג המורשה שמונה על ידו.

11. מתן העתקים

11.1 החברה תמסור למבוטח, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה, בתוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

11.2 החברה תמסור למבוטח, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר המבוטח חתום עליו, מכל מסמך אשר מסר המבוטח לחברה, או מכל מסמך אשר התקבל בחברה מכוח הסכמת המבוטח, בתוך 7 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

האמור במערכת כללים זו אינו מהווה תחליף לתנאי הפוליסה, חריגיה והוראות הדין



**לוחות זמנים לטיפול בתביעת אובדן כושר עבודה
לתביעות שהוגשו החל מתאריך 1.9.2021**

בהתאם לחוזר גופים מוסדיים (5-1-2021) "יישוב תביעות אובדן כושר עבודה - תיקון"

| נושא | סעיף בחוזר | הפעולה | המועד או התקופה הקבועים בחוזר |
|---|------------|---|--|
| תביעה לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה | 7(א) | מסירת המסמכים הנדרשים בקשר להגשת התביעה | עד 2 ימי עסקים מהמועד שבו התקבלה הפנייה |
| | 7(ו) | עדכון המבוטח בשיחה טלפונית על קבלת המסמכים ובקשת מידע נוסף לפי הצורך | עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים |
| | 8(א) | פנייה לכל הגורמים הרלוונטיים לקביעת יכולתו התפקודית והתעסוקתית של המבוטח (לרבות חקירה ואיסוף תיק רפואי) | עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים |
| | 8(ח) | הודעה בדבר תוצאות מהלך בירור התביעה | עד 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים |
| | 9(א) | פנייה טלפונית למבוטח לצורך קביעת מועד להתייצבות לבדיקה בפני רופא החברה | עד 3 ימי עסקים ממועד ההודעה של החברה על הצורך בהתייצבות לבדיקה רפואית |
| | 9(ב) | מועד התייצבות לבדיקה בפני רופא החברה | עד 10 ימי עסקים ממועד הפנייה הטלפונית למבוטח |
| | 9(ה) | מסירת ההכרעה בתביעה לאחר בדיקה רפואית | עד 3 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת רופא החברה |
| ועדה רפואית | 10(א) | הגשת ערעור לוועדה רפואית | עד 90 ימים ממועד הכרעת החברה בתביעה |
| | 10(ג) | הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית | עד 3 ימים ממועד קבלת בקשת הערעור |
| | 10(ד) | התכנסות הוועדה הרפואית | עד 21 ימים ממועד קבלת בקשת הערעור |
| | 10(ז) | הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית | עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית |
| ועדה רפואית לערעורים | 11(א) | הגשת ערעור ע"י המבוטח לוועדה הרפואית לערעורים | עד 90 ימים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית |
| | 11(ב) | הגשת ערעור ע"י החברה לוועדה הרפואית לערעורים | עד 5 ימים ממועד החלטת הוועדה הרפואית |
| | 11(ד) | הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים | עד 3 ימים ממועד קבלת בקשת הערעור |
| | 11(ה) | התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים | עד 21 ימים ממועד קבלת בקשת הערעור |
| | 11(ח) | הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית לערעורים | עד 5 ימים ממועד ההתכנסות או 7 ימים ממועד קבלת המסמכים בהתאם לבקשת הוועדה הרפואית לערעורים |