

נא לשלוח לפקס 03-7569586 או למייל tviot_briut@ayalon-ins.co.il
באמצעות סמארטפון (כמסרון או whatsapp) למספר 050-3015829 | לבירורים - 1800-35-2001

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

מבטוח/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 המבטוח 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:

- ניתוחים פרטיים בארץ או בחו"ל
- טיפולים אמבולטוריים (ייעוץ מומחים בדיקות מעבדה והדמיה (check up)
- טיפולים אלטרנטיביים
- תרופות מחוץ לסל הבריאות
- ביטוח סיעודי
- מחלות קשות
- השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

טופס ההודעה על מקרה הביטוח בנוי משלושה חלקים:

- חלק א' - ימולא על ידי המבטוח - חלק זה כולל פרטים אישיים עליך ועל מקרה הביטוח וכן פירוט פרטי 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 כמפורט מטה לחברת הביטוח בהקדם האפשרי.
- על מנת להקל עלינו בטיפול בפנייתך, נבקשך להשיב על כל השאלות המופיעות בטופס ההודעה.
- לכל תביעה יש לצרף צילום המחאה מבוטלת על שם המבטוח/אסמכתא בנקאית
- *טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבטוח לתשלום כלשהו.**

א. ניתוחים

1. ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות המבטוח
 - א. טופס הודעה אשר ימולא על ידי המבטוח (חלק א')
 - ו"ע"י רופא מטפל בקופת חולים (חלק ב')
 - והרופא המנתח (חלק ג').
2. מסמכים רפואיים המצויים בידי המבטוח וקשורים לניתוח.
3. ניתוחים שבוצעו שלא באמצעות המבטוח
 - א. טופס הודעה אשר ימולא על ידי המבטוח (חלק א')
 - ו"ע"י הרופא המטפל בקופת חולים (חלק ב').
 - סיכום ניתוח מבי"ח.
 - ג. קבלות/העתק קבלות באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון) במידה והניתוח בוצע באופן פרטי.
3. ניתוחים בחו"ל
 - א. טופס הודעה אשר ימולא על ידי המבטוח (חלק א')
 - ו"ע"י הרופא המטפל.
 - ב. מסמכים רפואיים המצויים בידי המבטוח וקשורים לניתוח בחו"ל.

ב. טיפולים אמבולטוריים / רפואה אלטרנטיבית

1. מכתב הפניה של הרופא המטפל או הרופא המומחה בהתאם לכיסוי הנדרש.
2. קבלות/העתק קבלות באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון) על תשלומים בגין הטיפול.
3. סיכום מחלה ואבחנות מרופא מומחה, או סיכום ביניים.
4. כרטיס טיפולים.
5. צילום רשיון של נותן השירות.

ג. 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/העתק קבלה באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון).

ד. תביעה בגין מקרה סיעודי

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו.
2. חתימה על טופס ויתור סודיות רפואית.
3. במידה ומדובר בדמוציה - יש לצרף צו אפטרופוס.
4. מסמכים רפואיים המעידים על היות המבטוח סיעודי כגון הערכה תפקודית או מסמכים מהביטוח לאומי.
5. חוות דעת רפואית ע"י מומחים בהתאם לסוג הבעיה כגון: גריאטריה/פסיכיאטריה.
6. סיכומי אשפוז ממוסדות רפואיים/שיקומיים.
7. במידה והתביעה מוגשת לאחר פטירת המבטוח - בנוסף לאמור לעיל, יש להגיש תעודת פטירה, צו ירושה, צילום ת.ז. של היורשים כולל הספח.

ה. מחלות קשות

1. טופס הודעה אשר ימולא ע"י המבטוח (חלק א')
- ו"ע"י הרופא המטפל.
2. מסמכים רפואיים הקשורים לאירוע הרפואי.
3. תוצאות בדיקות עדכניות לצורך אבחון הבעיה הרפואית וסיכומי אשפוז.

ו. השתלות טיפולים מיוחדים בחו"ל

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו.
2. הפנייה מרופא מומחה בתחום הרלוונטי לביצוע השתלה ופרטים אודותיה.
3. מסמך רשמי על רישום במרכז ההשתלות בארץ.
4. מסמך רשמי של משרד הבריאות במדינה בה הינך מיועד לערוך את ההשתלה המאשר כי בבית החולים שביצע את ההשתלה מורשה לבצע השתלת איברים.
5. פירוט והסבר של התורם והנתרם (בתצהירים) של הקשר ביניהם, סיבת התרומה וכל מידע נדרש אחר שיהפוך את התרומה לסבירה.
6. תצהירים של התורם והמושתל חתומים ומאומתים ע"י עו"ד לפיהם התרומה לא נעשתה כנגד כסף או כנגד הבטחה למתן כסף או שווה כסף.
7. מסמך רשמי של משרד הבריאות במדינה בה הינך מיועד לערוך את ההשתלה הקובע שהשתלת האיבר נעשתה בפקיח ועדת אתיקה ופרוטוקול ועדת האתיקה המאשר את התרומה.

חלק א': למילוי ע"י המבוטח

1. פרטי המבוטח			
שם משפחה	שם פרטי	יהדות עדי	מס' זהות
פולק			200691103
רחוב	מס' בית	ישוב	תאריך לידה
אבן גבירול	148	תל אביב	30.05.89
שם מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד
מייקרוסופט	0547463659		0547463659
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 חולים	סניף	כתובת	אמסטרדם 9, תל אביב
כללית	יהושע בן נון		
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 bluecooki@gmail.com			
שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל	

פרטי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.
הנני מאשר לעדכן את פרטי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת איילון ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו.
☒ מאשר/ת ☐ לא מאשר/ת.
מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת.
לידיעה - במידה ולא אפשר 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.

2. סוג התביעה	
<input type="checkbox"/> ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל אנא סמן כיצד תבצע / ביצעת? א. <input type="checkbox"/> פיצוי בגין ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל שבוצע במסגרת קופת חולים - יש לצרף מכתב שחרור וזאת בנוסף על דוח הרופא. ב. <input type="checkbox"/> בקשה לאישור ותיאום ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל - על הרופא המטפל והרופא המנתח למלא הפרטים בחלקים ב' ו-ג' לטופס זה. האם יש השתתפות של קופת חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - אמצאי התחייבות מקופ"ח. ג. <input type="checkbox"/> ביצוע ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות ודו"ח ניתוח. <input type="checkbox"/> תרופה - בקשה לאישור תרופה - התוויה רפואית, שם התרופה ומרשם עדכני. <input type="checkbox"/> מחלות קשות - שם המחלה, סיכום רפואי, דוח פתולוגי, סיכום אשפוז. <input checked="" type="checkbox"/> החזר הוצאות רפואיות (פוליסות עם כיסוי אלטרנטיבי, אמבולטורי). א. האם ברשותך ביטוח משלים בקופ"ח או ביטוח אחר? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן ב. האם ברשותך ביטוח כלשהו ממקום עבודה? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן כמו כן, נבקשך לסמן את האפשרויות הנכונה א. הריני מצהיר כי הקבלה המקורית ברשותי וכי לא אתבע בגינה החזר ממקור אחר, ובמידה ואעשה זאת אדווח לחברת הביטוח איילון. ב. הריני מצהיר כי הקבלה שמספרה 217403 הוגשה לביטוח משלים בקופ"ח בה אני חבר במסלול / <u>שח 1,060</u> / <u>מבטח סיימון</u> / ובגינה אני זכאי להחזר בסך של <u>שח 1,060</u> / <u>מבטח סיימון</u> / ובמידה ותמצא לא אתבע בגינה החזר ממקור אחר, ובמידה ואעשה זאת אדווח לחברת הביטוח איילון. ג. הקבלה המקורית אבדה ובמידה ותמצא לא אתבע בגינה החזר ממקור אחר, ובמידה ואעשה זאת אדווח לחברת הביטוח איילון. יש לצרף קבלות וחשבוניות / העתק קבלות וחשבוניות באופן דיגיטלי (דואר אלקטרוני, מסרון, חשבון אישי מקוון) ומסמכים רפואיים בנוסף למילוי הרופאים המטפלים בחלקים ב' ו-ג' לטופס.	
תאריך	פרטי אירוע (בדיקת רופא, מעבדה, בדיקת הדמיה, קבלת טיפול אלטרנטיבי וכו')

☐ סיעוד - ימולא בתביעה לפיצי סיעודי:

- האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך? ☐ כן ☐ לא, פרט
- האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך? ☐ כן ☐ לא, פרט
- האם אתה מסוגל להתרחץ / להתגלח בכוחות עצמך? ☐ כן ☐ לא, פרט
- האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך? ☐ כן ☐ לא, פרט
- האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה? ☐ כן ☐ לא, פרט
- האם אתה שולט על הסוגרים? ☐ כן ☐ לא, פרט

3. ביטוחי בריאות נוספים	
האם הגשת או כבוננת להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?	<input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא, פרט
האם הגשת או כבוננת להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?	<input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא, פרט
האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?	<input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא, פרט
האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר?	<input type="checkbox"/> כן <input checked="" type="checkbox"/> לא, פרט, בחברת
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?	<input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט, בחברת <u>מבטח סיימון</u>
	מסוג <u>כללית ממשלם</u> משנת . . .

תאריך	ת.ז.	חתימה
29/03/2021	200691103	

חלק ב': למילוי בידי הרופא המטפל בקופת חולים

1. פרטי המבוטח

שם המשפחה	השם הפרטי	מס' ת.ד.
-----------	-----------	----------


2. הטיפול במבוטח

המבוטח בטיפולי החל מתאריך _____	
מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	מתאריך

3. האבחנה

האבחנה הנוכחית _____	
המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך _____	
התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו מתאריך _____	
הצורך בניתוח 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 _____

4. פרטי הרופא

שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי
רחוב	מס' בית	ישוב	סיקוד	מס' פקס
תאריך		חתימת וחותמת הרופא 		

חלק ג': למילוי בידי הרופא המנתח

1. פרטים על הניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד המומלץ

שם הניתוח המומלץ: _____
בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: _____
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____
בבית חולים: _____

2. הערות נוספות

3. פרטי הרופא

שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי
רחוב	מס' בית	ישוב	סיקוד	מס' פקס
תאריך		חתימת וחותמת הרופא 		



בחירת אופן קבלת הודעות מאיילון בעת הטיפול בתביעה (יש לסמן בחירה אחת)

<input type="checkbox"/>	באמצעות דואר, לכתובת: עיר: _____ רחוב: _____ מס' בית: _____ מיקוד: _____
<input type="checkbox"/>	באמצעות פקס למספר: _____ - _____
<input checked="" type="checkbox"/>	באמצעות דוא"ל מאובטח, לכתובת: bluecooki@gmail.com יש לרשום מספר נייד לקבלת סיסמה: _____ 7463659 - 054 (חובה)

אופן תשלום התביעה - חובת מילוי

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

הצהרה ובקשה לתשלום באמצעות העברה בנקאית
אני החתום מטה מצהיר בזה כי תשובותי 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. נא לצרף צילום המחאה.

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

לבנק	הבינלאומי	שם הסניף	כיכר רבין	מספר הסניף	01	מספר חשבון	105324590	ע"ש	עדי פולק
תאריך	29.03.2021	ת.ד.			200691103	חתימה			

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

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה חר/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 לידיעת 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

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 ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבו טרם מלאו לתובע שמונה עשרה שנה.
ברצוננו להבהיר, כי ככלל, הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מירון ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

29/03/2021

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	פולק	שם פרטי	יהודית עדי	תעודת זהות	200691103	שם האב	שמואל
רחוב	אבן גבירול	מס' בית	148	עיר	תל אביב	מיקוד	טלפון
							0547463659

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 לכל חב' ביטוח ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למינהל האוכלוסין ו/או למשרד העלייה והקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או מכון מור מאר ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח וכן ל"אבנר" למסור חומר ו/או מידע המתייחסים לביטוחים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם 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.

הגני 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 מטעמן ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת 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 מטעמן ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

חלק ב'

שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
----------	------	---------	----------

שמות נותני השירותים

רופאים	מכונים/מעבדות
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

מס' אישי בצה"ל	קופ"ח קודמת	מרפאה קודמת
----------------	-------------	-------------

במקרה של קטין	שם האם	ת.ד.	שם האב	ת.ד.
---------------	--------	------	--------	------

תאריך	עד לחתימה (עו"ד/סוכן ביטוח/עו"ס) (יש לציין מספר רישיון)	חתימה (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)
-------	---	--