

## הודעה על מקרה ביטוח על פי פוליסה לביטוח בריאות

נא לשלוח לפקס 03-7569586 או למייל [tviot\\_briut@ayalon-ins.co.il](mailto:tviot_briut@ayalon-ins.co.il)  
באמצעות סמארטפון (כמסרון או whatsapp) למספר 050-3015829 | לבירוים - 1800-35-2001

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

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

### מבוטח/ת יקר/ה

על מנת לעזור ככל הניתן בקבלת טיפול רפואי באמצעות חברתנו ו/או בטיפול בפנייתך, נבקשך למלא את הפרטים בטיפול זה. לנחיותך, להלן דף הנחיות המפורט מטה, הבא להדריך אותך המבוטח 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 המבוטח - 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 המבוטח/אסמכתא בנקאית

\***טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.**

### א. ניתוחים

1. ניתוחים פרטיים בארץ באמצעות המבוטח  
א. טופס הודעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וע"י רופא מטפל בקופת חולים (חלק ב') והרופא המנתח (חלק ג').  
ב. מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח וקשורים לניתוח.
2. ניתוחים שבוצעו שלא באמצעות המבוטח  
א. טופס הודעה אשר ימולא על ידי המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המטפל בקופת חולים (חלק ב').  
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 המבוטח (חלק א') וע"י הרופא המטפל.  
ב. מסמכים רפואיים המצויים בידי המבוטח 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 גותן 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 בדמנציה - יש לצרף צו אפוסטרופוס.
4. מסמכים רפואיים המעידים על היות המבוטח סיעודי כגון הערכה תפקודית או מסמכים מהביטוח לאומי.
5. חוות דעת רפואיות ע"י מומחים בהתאם לסוג הבעיה כגון: גריאטריה/פסיכיאטריה.
6. סיכומי אשפוז ממוסדות רפואיים/שיקומיים.
7. במידה והתביעה מוגשת לאחר פטירת המבוטח – 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 המבוטח (חלק א') וע"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 שיבצע 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 תחומים 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 בפקוח ועדת אתיקה ופרוטוקול ועדת האתיקה המאשר את התרומה.

## חלק א': למילוי ע"י המבוטח

1. פרטי המבוטח				
שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה	מס' הפוליסה
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מספר פקס
שם מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון נייד	
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		
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				
שם הרופא המקצועי המטפל		שם רופא המשפחה המטפל		
<p>פרטיי האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים ובאים במקום כל עדכון קודם.  הנני מאשר לעדכן את פרטיי האישיים בכל מוצרי הביטוח והחיסכון ארוך הטווח שלי בקבוצת איילון ולעשות בהם שימוש עתידי במסגרת מוצרים אלו.  <input type="checkbox"/> מאשר/ת <input type="checkbox"/> לא מאשר/ת.  מצ"ב העתק ת.ז. הכוללת פרטי כתובתי המעודכנת.  לידיעה - במידה ולא אשר 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.</p>				

## 2. סוג התביעה

ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל

אנא סמן כיצד תבצע / ביצעת?

א.  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.  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?  
 לא  כן - אמצאי התחייבות מקופ"ח.

ג.  ביצוע ניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל באופן פרטי, יש לצרף קבלות, חשבוניות וד"ח ניתוח.

תרופה - בקשה לאישור תרופה - התוויה רפואית, שם התרופה ומרשם עדכני.

מחלות קשות - שם המחלה \_\_\_\_\_, סיכום רפואי, דוח פתולוגי, סיכום אשפוז.

החזר הוצאות רפואיות (פוליסות עם כיסוי אלטרנטיבי, אמבולטורי).

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 לפיצוי סיעודי:

1. האם אתה מסוגל לקום מהמיטה ולשכב בכוחות עצמך?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_

2. האם אתה מסוגל להתלבש ולהתפשט בכוחות עצמך?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_

3. האם אתה מסוגל להתרחץ / להתגלח בכוחות עצמך?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_

4. האם אתה מסוגל לאכול ולשתות בכוחות עצמך?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_

5. האם אתה מרותק לכסא גלגלים או למיטה?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_

6. האם אתה שולט על הסוגרים?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_

## 3. ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים?  כן  לא, פרט \_\_\_\_\_ משנת \_\_\_\_\_ מסוג \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח בריאות משלים אחר?  כן  לא, פרט, בחברת \_\_\_\_\_

האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה?  כן  לא, פרט, בחברת \_\_\_\_\_

תאריך	ת.ז.	חתימה 
-------	------	---

## חלק ב': למילוי בידי הרופא המטפל בקופת חולים

<b>1. פרטי המבוטח</b>		
שם המשפחה	השם הפרטי	מס' ת.ז.

<b>2. הטיפול במבוטח</b>	
המבוטח בטיפול החל מתאריך _____	
מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	מתאריך

<b>3. האבחנה</b>	
האבחנה הנוכחית _____	
המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך _____	
התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו מתאריך _____	
הצורך בנייתוח 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 _____

<b>4. פרטי הרופא</b>				
שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך				חתימת וחותמת הרופא 

## חלק ג': למילוי בידי הרופא המנתח

<b>1. פרטים על הניתוח בארץ או בחו"ל / השתלה / טיפול מיוחד המומלץ</b>
שם הניתוח המומלץ: _____
בדיקות וטיפולים מומלצים על ידי: _____
את הניתוח מומלץ לערוך בתאריך: _____
בבית חולים: _____

<b>2. הערות נוספות</b>

<b>3. פרטי הרופא</b>				
שם המשפחה	השם הפרטי	ההתמחות	מס' טלפון	מס' טלפון סלולארי
רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' פקס
תאריך				חתימת וחותמת הרופא 

**בחירת אופן קבלת הודעות מאיילון 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)

**אופן תשלום התביעה - חובת מילוי**לתשומת לבך - תשלום יועבר באמצעות ח-נ 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 תשובתי 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	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון	ע"ש
תאריך	ת.ז.	חתימה		

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

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה מר/גב' \_\_\_\_\_ טפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש "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 ארון הטוח 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](http://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 מירוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		שם האב
רחוב	מס' בית	עיר	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 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 בי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ולכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי 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 הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסייעודי 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 הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי 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 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 מטעמם 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
----------------	-------------	-------------

שם האם	שם האב	שם האב	שם האב
ת.ז.	ת.ז.	ת.ז.	ת.ז.

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