טופס הגשת תביעה
לביטוח אובדן כושר עבודה בפוליסות ביטוח חיים

הטופס מנוסח בגוף זכר ומיועד לשני המינים

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

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

שירות לאזרחים ותיקים
על מנת שנוכל לסייע לאזרחים ותיקים למצות את זכויותיהם בתהליך הגשה ובירור התביעה, אזרח ותיק זכאי להליך המותאם לצרכיו, לרבות הגשת תביעה בעל פה באופן שמילוי טופס הגשת התביעה יבוצע על ידי נציג הגוף המוסדי בשיחה מוקלטת, ויעשה מאמץ לצמצם את זמני המענה והטיפול בתביעה.
לקבלת שירות מותאם, עליך ליצור קשר טלפוני עם מוקד שירות הלקוחות לפי הפרטים להלן.

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 - 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 101** - חשוב למלא פרטים מלאים וחובה למלא פרק ה' מידע על הכנסות נוספות
ככל שיש ברשותך פטור מהמוסד לביטוח לאומי ו/או רשות המיסים, עלייך לצרף אישור פטור המיועד לאיילון חברה לביטוח בע"מ

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

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

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. 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 איילון 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: 6677*

לשירותך,

איילון חברה לביטוח בע"מ

07.2025 13/51/1303/7101

הטופס מנוסח בגוף זכר ומיועד לשני המינים.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם, והחזר בהקדם בצירוף כל המסמכים הנוספים הנדרשים.

1. פרטי המבוטח התובע

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה

רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד

מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני	e-mai

מקצוע / עיסוק במועד האירוע	סטטוס: ☐ שכיר ☐ עצמאי

שם מקום העבודה הנוכחי	כתובת מקום העבודה הנוכחי	מס' טלפון במקום העבודה הנוכחי

פוליסות להגשת התביעה: (1)	(2)	(3)

2. בחירת אמצעי התקשרות מועדף - לקבלת הודעות בתהליך הטיפול בתביעה

בהתאם להוראות חוזר יישוב תביעות אובדן כושר עבודה, החברה תשלח לך הודעות 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: _____

אזרח ותיק זכאי לשירות מותאם בהליך בירור התביעה
נציג החברה יעדכן את התובע בבקשות החברה להשלמת מידע, המשך או הפסקת בירור התביעה, דרישה לביצוע בדיקה וכו', באמצעות יצירת קשר טלפוני, ובנוסף במשלוח הודעה באמצעי דיגיטלי שנבחר על ידך לעיל.
ככל ותעדיף לבצע את ההתקשרות <u>באמצעי דיגיטלי בלבד</u>, עלייך לאשר להלן את בקשתך:
☐ הנני מאשר קבלת הודעות מהחברה לגבי הליך בירור התביעה, **<u>באמצעי דיגיטלי בלבד</u>** שנבחר על ידי לעיל.

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* ₪	היקף משרה לפני האירוע

תיאור מפורט של עבודתך טרום האירוע הנתבע: _____

האם חזרת לעבודה לאחר האירוע?
☐ לא, ☐ כן פרט: תאריך החזרה לעבודה: ____/____/____, בהיקף משרה: _____,
האם שינית מקצוע/עיסוק לאחר החזרה לעבודה: ☐ לא ☐ כן פרט _____

* נא לצרף אישורי הכנסה כמפורט להלן:
<u>מבוטח שכיר</u> – 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.
<u>מבוטח עצמאי</u> – 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 התאונה/ פגיעה	שעת אירוע התאונה / פגיעה	כתובת מקום התאונה/ פגיעה
באירוע תאונה / פגיעה	____/____/____	____:____	

13/51 09.2024 7101

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:

האם הנך מאושפז כעת בבית חולים? ☐ לא ☐ כן פרט: _____

האם הנך מאושפז כעת בבית החלמה? ☐ לא ☐ כן פרט: _____

האם נותחת או שהמליצו לך על ניתוח? ☐ לא ☐ כן פרט: _____

האם אתה מרותק למיטה או לביתך לפי המלצת רופא? ☐ לא ☐ כן פרט _____

האם אתה סובל או סבלת ממום גופני כלשהו או ממחלה ממושכת? ☐ לא ☐ כן פרט _____

_____

6. ביטוחים ותשלומים נוספים

האם אתה מקבל או זכאי לקבל או הגשת תביעה לתשלום פיצוי לאובדן כושר עבודה בגין האירוע הנתבע? פרט:

הגורם המשלם* (ציין שם)	כן	לא	סכום פיצוי חודשי לאובדן כושר עבודה	תקופת התשלום
חברת ביטוח אחרת _____				
קרן פנסיה _____				
ביטוח לאומי				
לפי חוק לנפגעי פעולות איבה				
המעסיק _____				
אחר _____				

האם הגשת בעבר תביעה / הודעה על מקרה ביטוח כלשהו לחברת ביטוח/ קרן פנסיה/ ביטוח לאומי ?

☐ לא ☐ כן פרט: _____

_____

*** 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

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 עיסוקייך בעבר, פרט עיסוקים ותקופות עבודה: _____

_____

07.2025 13/51/1303/7101

8. פרטים על מקורות הכנסה נוכחיים

האם אתה עוסק באיזו עבודה תמורת שכר או תגמול? ☐ לא ☐ כן פרט _____

האם אתה בעלים או שותף בעסק כלשהו? ☐ לא ☐ כן פרט _____

האם יש לך מקורות הכנסה נוספים שלא פורטו? ☐ לא ☐ כן פרט _____

_____

9. פרטי חשבון בנק – לתשלום התביעה בהעברה בנקאית

תשלום תגמולי הביטוח יתבצע לאחר בירור 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	מס' זהות	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

א. 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.

ב. ידוע לי כי המידע האמור מהווה מידע בעניין מהותי שיש בו כדי להשפיע על החלטת החברה בעת בירור 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.

ג. הנני מצהיר כי בתקופה אשר ציינתי לעיל בתביעת אובדן כושר עבודה, איננני 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.

ד. אני 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.
בתוכנית "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

07.2025 13/51/1303/7101

11. מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות

מובהר שאין חובה חוקית למסור לאיילון מידע אישי ומסירתו תלויה ברצון ובהסכמת המוסר אולם אי מסירת מידע אישי עלול למנוע מאיילון את היכולת לספק שירות או לתת מענה לפניה.
המידע האישי שתמסור ייאגר במאגרי המידע של איילון חברה לביטוח בע"מ. מאגרי המידע של איילון מנוהלים כדין ואיילון מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי איילון (כולל לאילו מטרות הוא ישמש, למי יכול שיועבר ולאילו מטרות), פרטי הקשר של איילון, וזכויותיך בקשר עם מידע אישי שאיילון מעבדת אודותיך (כולל זכות עיון וזכות לבקש תיקון המידע), הוא כמפורט במדיניות הפרטיות של איילון שמתפרסמת באתר האינטרנט של איילון בכתובת: https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/

הטופס מנוסח בגוף זכר ומיועד לשני המינים

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
אגף חסכון לטווח ארוך
כתובת דוא"ל להחזרה: bht@ayalon-ins.co.il

אני החתום מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו):

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב

רחוב	מס' בית	עיר	מיקוד	תאריך פטירה	טלפון

1. נותן בזה רשות לקבלת פרטים 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 – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העלייה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או בי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי 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 לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או הישגיי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב ו/או שאחלה בה בעתיד.
2. אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלות איידס ולתביעות מכל סוג ו/או תאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה סכום הסילוק ומועדו.
3. הנני משחרר את כל המוסדות המוזכרים בסעיף 1 לעיל ועובדיהם, לרבות כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת השמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי 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, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במל"ל, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.
4. ייפוי כוח - אני מייפה את איילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניה חשוב בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותי כמפורט לעיל.
5. כתב ויתור סודיות – הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת או מי מטעמה ו/או המוסדות המפורטים לרבות קופת החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.
6. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות , התשמ"א-1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגר המידע של כל המוסדות לרבות קופת חולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.
7. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.
8. שימוש במידע - ידוע לי, כי השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

07.2025 13/51/7101

שם קופ"ח	שם הסניף	שם קופ"ח קודמת	שם סניף קופ"ח קודמת

מס' חבר	שם המוסד	מס' אישי בצה"ל

	1	2	3	4
שמות נותני שירותים				
מכונים, מעבדות	1	2	3	4

במקרה של קטין

שם האם	ת"ז	שם האב	ת"ז

תאריך	מס' ת"ז עד לחתימה	חתימת האפוטרופוס

ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה

תאריך	שם המבוטח	חתימת המבוטח

אימות חתימה על ידי עד מהימן (עו"ד, רופא, סוכן ביטוח)

תאריך	שם מלא	מספר רישיון	חתימה + חותמת

מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות

מובהר שאין חובה חוקית למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ ("איילון") מידע אישי וחתימה על מסמך זה תלויה ברצון ובהסכמת המוסר . אולם אי מסירת מידע אישי עלול למנוע מאיילון את היכולת לספק שירות או לתת מענה לפניה. מובהר שהמידע האישי שימסר בעקבות ועקב מסמך זה ייאגר במאגרי המידע של איילון. מאגרי המידע של איילון מנוהלים כדין ואיילון מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי איילון (כולל לאילו מטרות הוא ישמש, למי יכול שיועבר ולאילו מטרות), פרטי הקשר של איילון, וזכויותיך בקשר עם מידע אישי שאיילון מעבדת אודותיך (כולל זכות עיון וזכות לבקש תיקון המידע), הוא כמפורט במדיניות הפרטיות של איילון שמתפרסמת באתר האינטרנט של איילון בכתובת: https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/

חלק ג' – טופס מידע רפואי למילוי על ידי הרופא המטפל

הטופס מנוסח בגוף זכר ומיועד לשני המינים.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

1. פרטי המבוטח התובע

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות	תאריך לידה

2. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח

א. ציין את התקופה בה נמצא המבוטח בטיפולך: _____

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

07.2025 13/51/1303/7101

רשות המסים בישראל

כרטיס עובד[1]

ובקשה להקלה ולתיאום מס על ידי המעסיק[1]

לפי תקנות מס הכנסה (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה), התשנ"ג - 1993

סמן/י √ בריבוע המתאים

שנת המס | | | | |

טופס זה ימולא על-ידי כל עובד עם תחילת עבודתו, וכן בתחילת כל שנת מס (אא"כ המנהל אישר אחרת). הטופס מהווה אסמכתא למעסיק למתן הקלות במס ולעריכת תיאומי מס בחישוב משכורת[1] העובד. אם חל שינוי בפרטים - יש להצהיר על כך תוך שבוע ימים.

{ראה הסברים (לפי המספרים) מעבר לדף}

א. פרטי המעסיק (למילוי ע"י המעסיק)

שם	כתובת	מספר טלפון	מספר תיק ניכויים
איילון חברה לביטוח בע"מ	אבא הלל סילבר 12 רמת גן	072-2229101	935395646

ב. פרטי העובד/ת (יש לצרף צילום תעודת זהות כולל ספח. אם צורף בעבר, **יש לצרף צילום רק אם היו שינויים בפרטים.** למי שאין מספר תעודת זהות יש לצרף צילום דרכון ואישור / רשיון שהייה בישראל שנתנו על ידי רשות האוכלוסין וההגירה)

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

מספר דרכון (למי שאין מספר ת.ז.)	כתובת פרטית			
	רחוב/שכונה	מספר	עיר/ישוב	מיקוד

מין	מצב משפחתי	תושב ישראל	חבר קיבוץ/מושב שיתופי	חבר בקופת חולים
❑ זכר	❑ רווק/ה ❑ נשוי/אה ❑ גרוש/ה	❑ כן	❑ לא ❑ כן. הכנסותיי ממעסיק זה מועברות לקיבוץ	❑ לא
❑ נקבה	❑ אלמן/ה ❑ פרוד/ה (חובה לצרף אישור פ"ש)	❑ לא	❑ כן. הכנסותיי ממעסיק זה אינן מועברות לקיבוץ[8].	❑ כן, שם הקופה _____

כתובת דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
	/	/

ג. פרטים על ילדיי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה (עפ"י ספח תעודת זהות)

סמן/י √ ליד שם הילד: בטור 1 אם הילד נמצא בחזקתך
בטור 2 אם את/ה מקבל/ת בגינו קצבת ילדים מב"ל

1	2	שם	מספר זהות	תאריך לידה

ד. פרטים על הכנסותיי ממעסיק זה

אני מקבל/ת: (ראה הסברים מעבר לדף)

❑ משכורת חודש[2]
❑ משכורת בעד משרה נוספת[3]
❑ משכורת חלקית[4]
❑ שכר עבודה (עובד יומי)[5]
❑ קצבה[6]
❑ מלגה[1]

תאריך תחילת העבודה[1] בשנת המס: / / :

ה. פרטים על הכנסות אחרות

❑ אין לי הכנסות אחרות ממשכורת (משכורת חודש, בעד משרה נוספת, משכורת חלקית, שכר עבודה), מקצבה וממלגה[1]

❑ יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:
❑ משכורת חודש[2] ❑ שכר עבודה (עובד יומי)[5]
❑ משכורת בעד משרה נוספת[3] ❑ קצבה[6]
❑ משכורת חלקית[4] ❑ מלגה[1]

אם יש לך הכנסה אחרת - נא סמן/י:

❑ אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו (סעיף ד). איני מקבל/ת אותן בהכנסה אחרת[7]
❑ אני מקבל/ת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאי/ת להן כנגד הכנסה זו[8]
❑ אין מפרישים עבורי לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקרן השתלמות בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת[9]
❑ אין מפרישים עבורי לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת, או שכל הפרשות המעסיק לקצבה/לביטוח אובדן כושר עבודה/פיצויים בגין הכנסתי האחרת מצורפות להכנסתי האחרת[10]

ו. פרטים על בן/בת הזוג

מספר זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה

מספר דרכון (למי שאין מספר זהות)			
	❑ אין לבן/בת הזוג כל הכנסה	❑ יש לבן/בת הזוג הכנסה מ:	❑ עבודה/קצבה/עסק ❑ הכנסה אחרת

ז. שינויים במהלך השנה (כולל שינויים הקשורים לבקשה להקלה בחישוב המס מעבר לדף)

תאריך השינוי	פרטי השינוי	תאריך ההודעה	חתימת העובד/ת
		/ /	
		/ /	
		/ /	

01.2024 13/51/1303/7101

ח"י, אגף בכיר טכנולוגיות דיגיטליות ומידע (מעודכן ל - 10.2024)

ח. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן/י √ בריבוע המתאים)

1	❑ אני תושב/ת ישראל.
2 א	❑ אני נכה 100% / עיוור/ת לצמיתות. מצורף אישור משרד הביטחון/האוצר/פקיד השומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94. אם לא סומן בחלק ה כי "אין לי הכנסות אחרות ממשכורת, מקצבה וממלגה" העובד יופנה לפקיד השומה לעריכת תיאום מס.
2 ב	❑ בנוסף, אני מקבל תגמול חודשי לפי חוק הנכים (תגמולים ושיקום) או לפי חוק התגמולים לנפגעי פעולות איבה[14]. יש לצרף אישור על קבלת תגמול זה.
3	❑ אני תושב/ת קבוע/ה בישוב מזכה [13] מתאריך _____ . אני ובני משפחתי מדרגה ראשונה, מתגוררים ביישוב _____ ואין לי "מרכז חיים" נוסף. מצורף אישור של הרשות ע"ג טופס 1312א.
4	❑ אני עולה חדש/ה מתאריך _____ . **חובה לצרף:** תעודת עולה. לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____ . מי שתקופת זכאותו אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכוניים או יציאה לחו"ל - יפנה לפקיד השומה.
5	❑ בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. רק אם העובד/ת או בן/בת הזוג הגיע/ה לגיל פרישה או שהוא/היא נכה או עיוור/ת **עפ"י סעיף 9(5) לפקודה**.
6	❑ אני הורה במשפחה חד הורית[11] החי בנפרד. ימולא רק ע"י הורה כאמור החי בנפרד ומבקש נקודות זיכוי עבור ילדיו, הנמצאים בחזקתו ובגינם מקבל קצבת ילדים מהמוסד לביטוח לאומי (בהתאם לסעיף 7 להלן) ואינו מנהל משק בית משותף עם יחיד/ה אחר/ת.
7	❑ בגין ילדיי שבחזקתי המפורטים בחלק ג. ימולא רק ע"י הורה במשפחה חד הורית שמקבל את קצבת הילדים בגינם, או ע"י אשה נשואה או ע"י הורה יחיד[12]. ❑ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד שנתיים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 4 שנים עד 5 שנים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 18 שנים בשנת המס _____ .
8	❑ בגין ילדיי המפורטים בחלק ג. ימולא ע"י הורה (למעט הורה אשר סימן בפסקה 7 לעיל), אשה לא נשואה שילדיה אינם בחזקתה וכן הורה יחיד[12]. ❑ מספר ילדים שנולדו בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם שנה אחת עד שנתיים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 3 שנים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 4 שנים עד 5 שנים בשנת המס _____ . ❑ מספר ילדים שימלאו להם 6 שנים עד 17 שנים בשנת המס _____ .
9	❑ אני הורה יחיד[12] לילדיי שבחזקתי (המפורטים בחלק ג ובהתאם לסעיף 7 ו-8 לעיל).
10	❑ בגין ילדיי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג ואני משתתף/ת בכלכלתם. ימולא ע"י הורה החי בנפרד, שאינו זכאי לנקודות זיכוי בגין ילדיו, אשר המציא פס"ד המחייב אותו בתשלום מזונות.
11	❑ אני הורה ל ____ילדים עם מוגבלות שטרם מלאו להם 19 שנים, בגינם אני מקבל/ת גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. מצורף אישור גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי לשנה נוכחית. בן זוגי אינו מקבל נקודות זיכוי אלה. לילדיי, בגינם אני מבקש את נקודות הזיכוי, אין הכנסות בשנה הנוכחית.
12	❑ בגין מזונות לבן/בת זוגי לשעבר. ימולא ע"י מי שנישא בשנית. מצורף פסק דין.
13	❑ מלאו לי או לבן/בת זוגי 16 שנים וטרם מלאו לי או לבן/בת זוגי 18 שנים בשנת המס.
14	❑ אני חייל/ת משוחרר/ת / שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום השירות _____ . מצורף צילום של תעודת שחרור/סיום שירות.
15	❑ בגין סיום לימודים לתואר אקדמי, סיום התמחות או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ט. אני מבקש/ת תיאום מס מהסיבות הבאות (סמן/י √ בריבוע המתאים)

1	❑ לא היתה לי הכנסה מתחילת שנת המס הנוכחית עד לתחילת עבודתי אצל מעסיק זה. הערות: 1. יש להמציא הוכחה כגון: אישור משטרת הגבולות בגין שהייה בחו"ל, אישור מחלה וכיו"ב. בהעדר הוכחה יש לפנות לפקיד השומה. 2. דמי לידה ודמי אבטלה הינם הכנסה חייבת.
2	❑ יש לי הכנסות נוספות ממשכורת[1] כמפורט להלן:

מעסיק/משלם המשכורת [1]			סוג ההכנסה (עבודה/קצבה/מלגה/אחר)	הכנסה חודשית (לפי התלושים)	המס שנוכה (לפי התלושים)
שם	כתובת	מספר תיק ניכויים			
		9			
		9			
		9			

3	❑ פקיד השומה אישר תיאום לפי אישור מצורף.

י. הצהרה

אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים. ידוע לי שהשמטה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה. אני מתחייב/ת להודיע למעסיק על כל שינוי שיחול בפרטיי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.

_____ _____
תאריך חתימת המבקש/ת

דברי הסבר למילוי טופס 101

(1) **"עובד"** יחיד המקבל משכורת. **"מעסיק"** אדם המשלם משכורת. **"משכורת"** הכנסת עבודה, קיצבה, מענק עקב פרישה או מוות, מילגה וכיו"ב.
"עבודה" לרבות קבלת משכורת. **"מלגה"** לרבות מענק, פרס או פטור מתשלום שניתן לסטודנט או לחוקר.
(2) **משכורת חודש** - משכורת בעד עבודה של לא פחות מ - 18 יום בחודש.
(3) **משכורת בעד משרה נוספת** - משכורת בעד עבודה של יותר מ - 5 שעות ביום, נוסף למשכורת ו/או בנוסף לקצבה החייבת במס ממקום אחר. העובד רשאי לבחור את מקום העבודה בו תחשב משכורתו כ"משכורת בעד משרה נוספת".
(4) **משכורת חלקית** - משכורת בעד עבודה של 5 שעות או פחות ליום או משכורת בעד עבודה במשך יותר מ-5 שעות ליום אך פחות מ-8 שעות בשבוע.
ממשכורת חלקית ינוכה מס בשיעור מירבי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
(5) **שכר עבודה** - משכורת בעד עבודה של פחות מ - 18 יום בחודש אך לא פחות מ - 8 שעות בשבוע. משכר עבודה ינוכה מס לפי לוח יומי אלא אם כן זו הכנסה יחידה שאז ינוכה מס לפי לוח הניכויים.
(6) **קצבה** - אין לדווח על קצבה פטורה מביטוח לאומי וקצבת שאירים שכולה פטורה.
(7) **אם העובד לא מילא משבצת זו** - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
(8) **אם העובד מילא משבצת זו** - המעסיק מנוע מלנכות מס לפי לוח הניכויים ויש לנכות מס מירבי לפי התקנות מכל תשלומי המעסיק.
(9) **אם העובד לא מילא משבצת זו** - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקרן השתלמות ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפקיד השומה.
(10) **אם העובד לא מילא משבצת זו** - על המעסיק לצרף למשכורת את סכומי ההפרשות לקצבה/לאובדן כושר עבודה ולנכות מס לפי התקנות או לפעול לפי אישור תיאום מס מפ"ש.
(11) **הורה במשפחה חד הורית הוא אחד מאלה:** רווק, גרוש, אלמן, פרוד (עפ"י אישור פ"ש בלבד).
(12) **הורה יחיד** - הורה במשפחה חד הורית שהיה לו ילד שבשנת המס טרם מלאו לו 19 שנים ושההורה השני של הילד נפטר או שהילד רשום במרשם האוכלוסין בלא פרטי ההורה השני.
(13) **ישוב מזכה** - ישוב שחל עליו סעיף 11 לפקודה או סעיף 11 לחוק אס"ח, לפי העניין.
(14) **עובד ימלא משבצת זו (בב')** - **רק בתנאי** שמילא את המשבצת בסעיף 2א' ורק כך יהיה זכאי לתקרת הפטור הגבוהה.

איילון חברה לביטוח בע"מ | אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, ת.ד. 10957 | bht@ayalon-ins.co.il | www.ayalon-ins.co.il
01.2024 13/51/1303/7101

לשם הנוחות, הטופס מנוסח בלשון זכר - הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

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, למיצוי 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 ופניות 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 איילון בכתובת: www.ayalon-ins.co.il

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. עלייך 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 המחאה/ אישור ניהול חשבון בנק, טופס 101.

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.
הזכות לבירור החבות בכל תביעה לתשלום תגמולי ביטוח, נתונה לחברה ומעוגנת בחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981.
3. 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, כמפורט במערכת הכללים.
4. החברה תודיע למבוטח בכתב על החלטתה בהכרעת התביעה, תוך 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים והמידע הנדרש, האם אושרה תביעתו בתשלום מלא, תשלום חלקי או נדחתה, או האם נדרשת התייצבותו בפני רופאי החברה לבדיקה רפואית לצורך המשך בירור התביעה. במקרים בהם התייצב המבוטח לבדיקה רפואית כאמור, 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 המשפט.

07.2025 13/51/1303/7101

כיצד ניתן לערער?

להגשת ערעור, יש לשלוח טופס ערעור לפי סוג הוועדה, הטפסים זמינים באתר איילון, בטופס יש לפרט את מהות הערעור וסיבותיו בצרוף 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, כמפורט במערכת הכללים.
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.

3. **ערעור בנושאים שאינם רפואיים**

א. **ניתן לפנות לממונה על פניות ציבור בחברה:**
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 איילון 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: 6677*

בברכה,
איילון חברה לביטוח בע"מ

07.2025 13/51/1303/7101

לשם הנוחות, הטופס מנוסח בלשון זכר - הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

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** בגין תביעות שהוגשו החל מיום 1 בספטמבר 2021, על פי פוליסות ביטוח חיים שהוצאו על ידי חברתנו. המסמך זמין באתר איילון בכתובת :WWW.AYALON-INS.CO.IL

מערכת הכללים כוללת התייחסות לחובות חברתנו בצד זכויות המבוטח/התובע, תוך זיקה לתנאי תכניות הביטוח הרלוונטיות 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 למיצוי 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 פנייה 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 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 איילון.

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, פורים, פסח, שבועות, 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/ תוכנית 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 איילון בכתובת: www.ayalon-ins.co.il
5.1.1 העתק ממערכת כללים זו

07.2025 13/51/1303/7101

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 הפנייה 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 ישראל + מסרון (SMS) או בדואר ישראל + דואר אלקטרוני.

5.5 הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית המשפט.

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 המשפט.

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 בתוך 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים והמידע הנדרש, תודיע החברה למבוטח בכתב האם אושרה תביעתו או נדחתה או האם נדרשת התייצבותו בפני רופאי החברה לבדיקה רפואית לצורך המשך בירור התביעה. במקרים בהם נדרשה התייצבותו של המבוטח לבדיקה רפואית כאמור, 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.

6.7 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 המשפט.

7. אישור התביעה והודעה על תשלום תגמולי הביטוח

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.

07.2025 13/51/1303/7101

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 שנויים 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 ההצעה. 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 שנויים 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.

7.3.3 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. ההודעה תכלול את שם המבוטח, שם הפוליסה ומספרה.

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 נדחית 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.

07.2025 13/51/1303/7101

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 תצרף 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 תצרף 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 ההתיישנות, 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 ההתיישנות, 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.

07.2025 13/51/1303/7101

8. זכות השגה על החלטת החברה

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

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 שיקבע על ידה, ואשר לא יפחת מתקרת העלות המשולמת לרופא בוועדה רפואית או עלות העסקת הרופא מטעם המבוטח, הנמוך מהם. התשלום יועבר ישירות לרופא
8.1.5 נציג שירות החברה יצור קשר טלפוני עם המבוטח בתוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת בקשת הערעור בחברה, יודיע 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 על החלטת הוועדה הרפואית בצירוף ההחלטה ותיעוד הנימוקים ועל הכרעת החברה בתביעה, 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, יודיע 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 ועל הכרעת החברה בתביעה, 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 פנייה 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 הפנייה.
מחלקת פניות הציבור של איילון עומדת לרשותך, באחת מהדרכים הבאות:
ממונה על פניות הציבור:
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.

07.2025 13/51/1303/7101

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 הפנייה והסוגיות לבירור.

8.4 **הגשת השגה לממונה על רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון**

8.5 **הגשת תביעה בערכאה שיפוטית**

9. 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.

10. מתן העתקים

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

10.2 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

מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות			
מובהר שאין חובה חוקית למסור לאיילון מידע אישי ומסירתו תלויה ברצון ובהסכמת המוסר אולם אי מסירת מידע אישי עלול למנוע מאיילון את היכולת לספק שירות או לתת מענה לפניה. המידע האישי שתמסור ייאגר במאגרי המידע של איילון חברה לביטוח בע"מ. מאגרי המידע של איילון מנוהלים כדין ואיילון מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי איילון (כולל לאילו מטרות הוא ישמש, למי יכול שיועבר ולאילו מטרות), פרטי הקשר של איילון, וזכויותיך בקשר עם מידע אישי שאיילון מעבדת אודותיך (כולל זכות עיון וזכות לבקש תיקון המידע), הוא כמפורט במדיניות הפרטיות של איילון שמתפרסמת באתר האינטרנט של איילון בכתובת: https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/			
שם משפחה	שם פרטי	תאריך חתימה	חתימה X

07.2025 13/51/1303/7101

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

בהתאם לחוזר גופים מוסדיים (2021-1-5) "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 הפניה הטלפונית למבוטח
	9(ה)	מסירת ההכרעה בתביעה לאחר בדיקה רפואית	עד 3 ימי עסקים ממועד התייצבות 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

07.2025 13/51/1303/7101