

תאריך: ג תמוז תשפ"ד 09/07/2024

לכבוד
פרייברג אריאל, עו"ד
דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204
א.ג.נ.,

מבלי לפגוע בזכויות ובטענת התיישנות

הנדון: הודעה על פתיחת תביעה מס' 5004302405056

פוליסה: תאונות אישיות ע"ש עירית רהט
שם התובע: רזאן אלקרינאוי ת.ז. 227946837

1. בהמשך לפנייתך שבנדון ולפתיחת בקשה לתגמולי ביטוח, (להלן "הבקשה") מצורף בזאת חוברת "מערכת הכללים לבירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור" של חברתנו (להלן "מערכת הכללים") וכן מסמך "הליך בירור ויישוב תביעה" המתאר את הליך הטיפול בבקשה (להלן "מסמך הליך בירור").
הנך מתבקש לעיין ב"מסמך הליך הבירור" ו"במערכת הכללים". כמו כן תוכל לצפות באתר החברה www.ayalon-ins-co.il באזור "המידע האישי" במסמכים הרלוונטיים הקשורים לדרישה זו.
2. בהמשך לתביעתך לפיצוי/שיפוי במסגרת פוליסת תאונות אישיות שהתקבלה בחברתנו בגין אירוע מיום 17/12/2023 בכפוף לפוליסה מס' 74303704323, להלן רשימת המסמכים הדרושים לחברתנו לטיפול בתביעתך:

- טופס הודעה על תאונה בצירוף טופס ויתור סודיות רפואית.
- מסמכים רפואיים הכוללים תיעוד על קבלת טיפול רפואי ראשוני וכן מסמכים רפואיים המעידים על הפגיעה.
- קבלות מקוריות בגין הוצאות רפואיות/אישור על מיצוי זכויות.
- אישור תלמיד מבית הספר/אישור המועצה/העירייה על כי מופיע ברשימת התלמידים ביום האירוע.
- אישורי מחלה מרופא מומחה בתחום הפגיעה.
- אישור מבית הספר על תקופת ההיעדרות.

לתשומת ליבך, בכפוף לתנאי הפוליסה:

תאונות שאירעו עד ליום 31.8.16 - הפיצוי הינו לתקופת היעדרות שהינה מעל 21 ימים.
תאונות שאירעו עד ליום 1.9.16 - הפיצוי הינו לתקופת היעדרות שהינה מעל 90 ימים.

- **במידה ותביעתך הינה לנכות צמיתה** - יש להעביר מסמכים רפואיים עדכניים מרופא מומחה המעידים על המגבלה.
- **במידה והתביעה הינה תביעת יורשים לפיצוי בגין מוות** - יש להעביר בנוסף למסמכים המפורטים לעיל תעודת פטירה וצו ירושה/ צו קיום צוואה.
- **טופס אישור ביצוע להעברה בנקאית של תגמולי הביטוח וצילום המחאה (צ'ק).**
היה והמצאת לחברתנו חלק מהמסמכים הנדרשים אין צורך במשלוח פעם נוספת

3. יודגש כי במידה ובמהלך בירור ויישוב התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים נעדכנך בהודעה

- נפרדת.
4. לאחר קבלת מלוא המסמכים הדרושים לנו נברר שאלת הכיסוי הביטוחי.
5. מסמכים הרפואיים יועברו לבדיקתו של מומחה רפואי מטעמנו וייתכן ונאלץ לפנות למוסדות רפואיים ולהעתיק את התיקים הרפואיים עובר לתאונה ולאחריה.
6. בנוסף, כחלק מהליך בירור החבות, ייתכן ותידרש/י להיבדק ע"י רופא מומחה מטעמנו. במקרה כאמור, תשלח הודעה נפרדת עם פרטי המומחה, כתובות התקשרות ומסמכים שעליך להצטייד לבדיקה בפניו.
7. תוך 30 ימים ממועד סיום בירור נסיבות האירוע וקבלת מלוא המידע והמסמכים הדרושים, נודיעך עמדתנו.
8. בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה הינה תקופה בת 3 שנים, המתחילה במועד קרות מקרה הביטוח. אם עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. בתביעות מכוח פוליסת ביטוח חיים, ביטוח מפני מחלות ואשפוז וביטוח סיעודי שנכרתו או חודשו ביום 25 בנובמבר 2020 (ט' בכסלו התשפ"א) או לאחריו, תימנה תקופת ההתיישנות חמש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. במידה ומדובר בתביעת קטין, חישוב תקופת ההתיישנות לא יבוא במניין הזמן שבוא עדיין לא מלאו לתובע שמונה עשר שנה. ככלל, הגשת התביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות ורק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות. מובהר כי אין באמור כדי להכיר בקיום מקרה הביטוח, כולו או חלקו או במועד קיומו. הנך רשאי להשיג על החלטת החברה באמצעות פניה למנהלת מחלקת תשלומי ביטוח בריאות בדוא"ל: Ptvotbm@ayalon-ins.co.il ובפקס: 072-2469420, או באמצעות פניה לממונה על פניות הציבור בחברתנו, בפקס מס': 072-2469051 או באמצעות הדוא"ל: tzibur@ayalon-ins.co.il. כמו כן, הנך רשאי לפנות לערכאות משפטיות למיצוי זכויותיך ו/או לפנות לממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר.
9. נשמח לעמוד לרשותך בכל עת באשר לכל בירור נוסף שיידרש.

בכבוד רב,

אגף בריאות – צוות תאונות אישיות
טל: 01-20-35-800-1 פקס: 03-7569578
מייל: mokedbriut@ayalon-ins.co.il
איילון חברה לביטוח בע"מ

¹ יצוין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

מחלקת תשלומי ביטוח

תאריך: _____

לכבוד
פרייברג אריאל, עו"ד
א.ג.נ.,

הנדון: תשלום תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית

במסגרת מאמצי החברה לשמור על רמת שרות גבוהה, הרינו להודיעכם כי חברתנו מבצעת תשלומים ללקוחות/תובעים באמצעות העברה ישירה לחשבון הבנק.
ההעברה הבנקאית תבצע רק לאחר בירור הדרישה, קיומה של חבות ביטוחית ולאחר תהליכי אישור של התשלום בהתאם לנוהלי החברה.
הודעה על ביצוע ההעברה תישלח במקביל לביצוע התשלום בפועל.
על מנת שנוכל לבצע את ההעברה הנ"ל, נבקשכם להעביר אלינו ע"ג הספח המצ"ב את הפרטים הדרושים **ובנוסף להעביר אלינו צילום העתק המחאה** של החשבון אליו יועבר התשלום (יש לרשום "מבוטל" על ההמחאה).
התשלום בהעברה בנקאית הינו בטוח יותר, יזרז את תהליך העברת התשלום אליכם ויחסוך זמן יקר שלנו ושלכם.

תודה על שיתוף הפעולה !!!

=====

נא להחזיר לפקס 7569578 – 03

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
מח' הנה"ח
רח' אבא הלל סילבר 12, רמת-גן 52008

הנדון: אישור פרטים לצורך העברה בנקאית
בקשה מס' 5004302405056 אירוע מיום 17/12/2023

הריני מצהיר בזאת כי ברצוני לקבל את התשלום בהעברה בנקאית לחשבון שפרטיו להלן וזיכוי החשבון ישמש אישור לקבלת תגמולי הביטוח.

שם המוטב (עפ"י הרישום בפוליסה)/בעל-חן	מס ת.ז. / ח.פ.
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני @
שם הבנק	מס הבנק
שם הסניף	שם הסניף
שם מוטב/ מורשה החתימה	חתימה
תאריך	מס חשבון