

תאריך: כ"ב טבת תשפ"ו 11/01/2026

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' 1004302600201
פוליסה: תאונות אישיות ע"ש עיריית אריאל
שם התובע: ארתור לאונוביץ ת.ז. 221545338

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' 14303657323, 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 התקשורת 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 שבו 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: Ptviothm@ayalon-ins.co.il ובפקס: 072-2469420, או באמצעות פניה לממונה על פניות הציבור בחברתנו גב' לילך לוקסנבורג, 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.

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 יאגר 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 יישמש, 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 בכתובת

[HTTPS://WWW.AYALON-INS.CO.IL/ABOUT-US/PRIVACY-AND-SECURITY/](https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/)

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.

תאריך: כ"ה טבת תשפ"ו 14/01/2026

לכבוד
פרייברג אריאל, עו"ד
דרך אבא הלל 7 רמת גן 5252204

א.ג.נ.,

מבלי לפגוע בזכויות ובטענות התיישנות

הנדון: אישור קבלת/השלמת מסמכים

תביעה מס': 1004302600201 אירוע מיום 17/12/2023

פוליסה: תאונות אישיות 14303657323

שם התובע: ארתור לאונוביץ ת.ז. 221545338

ענף: 430

1. בהמשך למכתבנו מיום 11/01/2026 אנו מאשרים את קבלת המסמכים, מתוך המסמכים שנדרשו על ידנו בתביעה הנדונה כדלהלן:

שם המסמך	תאריך דרישה	תאריך קבלה	הערות
טופס הודעה על תאונה	08/01/2026	טרם נתקבל	
כתב ויתור על סודיות רפואית	08/01/2026	08/01/2026	
מסמכים רפואיים	08/01/2026	08/01/2026	
אישורי מחלה	08/01/2026	טרם נתקבל	
אישור היעדרות/אישור מעביד	08/01/2026	טרם נתקבל	
אישור ביצוע לצורך העברה בנקאית	08/01/2026	טרם נתקבל	
אישור תלמיד מבית הספר	08/01/2026	טרם נתקבל	

מסמכים אלו ותאריך קבלתם, מסומנים לנוחותך בשנית בטבלה המופיעה לעיל. לתשומת ליבך, מכתב זה נשלח אליך באופן אוטומטי עם קבלת התביעה בחברתנו, וכי במידה ואחד המסמכים המבוקשים לעיל אינו רלוונטי לתביעתך או הועבר כבר לרשותנו - אנא התעלם מדרישה זו.

2. תשומת ליבך, כי טרם התקבלו בחברתנו המסמכים הבאים, אשר נדרשו במכתבנו מיום 11/01/2026. על מנת לקדם את הליך בירור התביעה, נבקשך לשלוח את המסמכים אשר לא מופיע לצידם תאריך קבלה.

3. יש לציין על גבי כל אחד מהמסמכים את מספר התביעה כפי שמופיע בראש מכתבנו ולהעביר אלינו בהקדם לכתובתנו: איילון חב' לביטוח, רח' אבא הלל 12, רמת גן 52008, ת.ד. 10957.

4. אין בקבלת מסמכים אלה משום הודעה והתחייבות חברתנו להכיר בכיסוי הביטוחי או בתשלום תגמולי הביטוח.

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

5. 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 שבו 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:

Ptviothm@ayalon-ins.co.il ובפקס: 072-2469420, או באמצעות פניה לממונה על פניות הציבור

בחברתנו גב' לילך לוקסנבורג, 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.

6. תשובתנו תימסר לך תוך 30 יום מהיום שיהיו בידנו כל המידע, המסמכים, הפרטים והראיות שנדרשים לבירור חבותנו.

7. נשמח לעמוד לרשותך בכל בירור נוסף שיידרש.

העתק: החברה למשק וכלכלה-סוכנות לבטוח

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

מחלקת תשלומי ביטוח

תאריך: _____

לכבוד
פרייברג אריאל, עו"ד
א.ג.נ.,

הנדון: תשלום תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית

במסגרת מאמצי החברה לשמור על רמת שירות 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' 1004302600201 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 ח-ן	מס ת.ז. / ח.פ.
מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני @
שם הבנק	מס הבנק
שם הסניף	מס הסניף
מס חשבון	



חתימה

שם מוטב/ מורשה החתימה

תאריך