

## פוליסה לביטוח תאונות אישיות - גילוי נאות

ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	פוליסה לביטוח תאונות אישיות - מהדורת 2016
	2. הכיסויים בפוליסה	מוות עקב תאונה נכות עקב תאונה* אי כושר זמני לעסוק במקצוע* הרחבות - סיכון מלחמה פאסיבי, מחלות, כפל פיצוי באשפוז, כפל פיצוי באי כושר, ביטוח גן ילדים, הנחת אי כיסוי ת"ד למשפחה, סיכון מלחמה אקטיבי, תוספת לסכום הביטוח וכיסוי לחיילים בחופשה או בשירות חובה* * בהתאם לכיסויים שרכש המבוטח בפוליסה
	3. משך תקופת הביטוח	מרגע ההצטרפות ועד שנה כמפורט בדף הרשימה
	4. תנאים לחידוש אוטומטי	אין חידוש אוטומטי
	5. תק' אכשרה	להרחבת מחלות - 30 ימים
	6. תק' המתנה	במקרה של אי כושר זמני - 8 ימים במקרה של מחלה 14 ימים.
	7. השתתפות עצמית	ימי תקופת ההמתנה, כמפורט לעיל
שינוי תנאים	8. שינוי תנאי פוליסה במהלך תקופת הביטוח	אין
	9. גובה הפרמיה	בהתאם לרשימת הכיסויים וסכומי הביטוח כמפורט בדף פרטי הביטוח. דמי הביטוח צמודים למדד.
פרמיות	10. מבנה הפרמיה	פרמיה קבועה
	11. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	רק אם ביקש המבוטח הגדלת כיסויים וסכומי ביטוח
	12. תנאי ביטול הפוליסה על ידי המבוטח	בכל עת בהודעה בכתב לחברה. המבטחת תשאיר לעצמה דמי ביטוח המקובלים לתקופת קצרות בשיעור 10% ממלוא דמי הביטוח בגין כל חודש או חלקו בו הייתה הפוליסה בתוקף.
תנאי ביטול	13. תנאי ביטול הפוליסה על ידי המבטח	בהתאם לחוק.
	14. החרגה בגין מצב רפואי קיים	יש, בהתאם לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד - 2004.
סעיפים נוספים	15. סייגים וחריגים לחבות המבטח	יש. ראה חריגים כלליים לפוליסה בפרק ג' לפוליסה
	16. כיסוי למילואים או לפעולות טרור	לא. חריג ג' (14) לפוליסה.
	17. שחרור מתשלום פרמיה	אין
	18. קיזוז או השתתפות בתשלומי הביטוח	אין
	19. קביעת נכות צמיתה	תיקבע בהתאם לטבלת מבחני הנכות של המוסד לביטוח לאומי, מכוח חלק א' אשר בתוספת לתקנה 11 שבתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשס"ז - 1956, להוציא תקנות 15 ו-16 ובהתאם לפרק ה' לפוליסה.
20. כיסוי ביטוחי למשפחה בעלות מופחתת ללא כיסוי תאונת דרכים	תמורת הפחתה בדמי הביטוח לא יכוסה מקרה ביטוח שנגרם עקב תאונת דרכים, כאמור בסעיף ב' (7).	

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן – הרובד הביטוחי	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
מוות כתוצאה מתאונה	פיצוי במקרה של מות המבוטח כתוצאה מתאונה ובתנאי שהמוות נגרם תוך 12 חודשים מקרות מקרה הביטוח.	פיצוי	מוסף	אין
נכות תמידית מלאה או חלקית כתוצאה מתאונה	פיצוי במקרה בו נגרמה נכות מלאה תמידית למבוטח כתוצאה מתאונה כמפורט בפרק ד' ס' 9 – 5 ובפרק ה' לפוליסה ובתנאי שהנכות נגרמה תוך 12 חודשים ממקרה התאונה	פיצוי	מוסף	אין
אי כושר זמני מלא או חלקי מתאונה	שיפוי לתקופה מוגבלת במקרה בו נגרם אי כושר זמני מלא או חלקי למבוטח כתוצאה מתאונה ובכפוף לס' 2,3,7,9,11 לפרק ד' לפוליסה. תגמולי הביטוח בגין אי כושר מלא זמני או אי כושר חלקי זמני שבועיים לא יעלו על 75% מסכום משכורתו/הכנסתו החודשית הממוצעת של המבוטח כפי שהייתה במשך 12 החודשים שקדמו לאירוע התאונה, כשהיא מחולקת לארבע. תקופת התשלום לא תעלה על 104 שבועות מיום קרות מקרה הביטוח למבוטח שגילו ביום קרות מקרה הביטוח מתחת ל-65 שנים, ולא תעלה על 52 שבועות למבוטח שגילו ביום מקרה הביטוח מעל 65 שנים.	שיפוי	מוסף	אין
הרחבת מחלות	שיפוי לתקופה מוגבלת במקרה בו נגרם אי כושר זמני מלא או חלקי למבוטח כתוצאה ממחלה, כמפורט בסעיף ב' (1) לפוליסה. התקופה בה ישולמו תגמולי הביטוח בגין כל המחלות, לא תעלה על 52 שבועות מיום קרות מקרה הביטוח, אם לא צוין אחרת ברשימה.	שיפוי	מוסף	אין
הרחבת סיכון מלחמה פסיבי	פיצוי במקרה של מות המבוטח או במקרה בו נגרמה נכות תמידית למבוטח תוך 12 חודשים ממקרה הביטוח, כתוצאה מסיכון מלחמה פסיבי, כמפורט בסעיף ב' (2) לפוליסה.	פיצוי	מוסף	אין
הרחבת כפל פיצוי לאי כושר במקרה אשפוז עקב מקרה ביטוח	במקרה בו אושפז המבוטח עקב תאונה המכוסה על פי פוליסה זו, יוכפל סכום הפיצוי הנקוב ברשימה למקרה אי כושר מלא זמני לעבודה, כאמור בסעיף ב' (3) לפוליסה.	פיצוי	מוסף	אין
כפל פיצוי לאי כושר	לאחר 21 יום מהתאונה או 42 ימי מחלה (אם נרכשה) יוכפל סך הפיצוי השבועי הנקוב ברשימה למקרה אי כושר מלא זמני לעבודה, בהתאם לסעיף ב' (4) לפוליסה.	שיפוי כפול	מוסף	לא
הרחבה לביטוח גן ילדים	כיסוי למוות ונכות לילדי הגן, בהתאם לסעיף ב' (5) לפוליסה.	פיצוי	מוסף	לא
הרחבת מלחמה אקטיבית	למרות האמור בחריג 13 ובסיפא של הרחבה 2 לעיל, יכוסו מוות או נכות בלבד, היה ואירעו למבוטח המשרת שרות סדיר או בשרות מילואים בצבא או במשטרה או בכוחות הביטחון, או מועסק על ידם בשכר ו/או המשתתף בפעולה צבאית, פעולת מלחמה או פעולת איבה כלשהי בהתאם לסעיף ב' (7) לפוליסה.	פיצוי	מוסף	לא
תוספת לסכום הביטוח (במוות או נכות)	במקרה בו גרם מקרה הביטוח למוותו או לנכותו של המבוטח, בתוך שלושה חודשים מתחילת הביטוח, ישולם פיצוי נוסף בסך של 20,000 ₪ בנוסף לתגמולי הביטוח שצוינו ברשימה. הפיצוי ישולם פעם אחת בלבד ובגין מקרה ביטוח אחד, בהתאם לסעיף ב' (8) לפוליסה.	פיצוי	מוסף	לא
ביטוח לחיילים בחופשה ו/או לחיילים בשירות חובה	למרות האמור בסעיף 13 לחריגים, יכוסה מקרה ביטוח שגרם לנכות או מוות בלבד למבוטח שהינו חייל בחופשה או הינו משרת בשירות חובה וחוק הנכים (תגמולים ושיקום) התשי"ס-1959 (נוסח משולב) חל עליו, בהתאם לסעיף ב' (9) לפוליסה.	פיצוי	מוסף	לא

- ביטוח תחליפי – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או בשב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח בלא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים ("מהשקל הראשון").
- ביטוח משלים – ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או לשב"ן. כלומר: ישולמו תגמולים שהם הפרש בין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.
- ביטוח מוסף – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח "מהשקל הראשון".

כל האמור לעיל כפוף לתנאי הפוליסה המלאים

## רשימת המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לצורך בירור התביעה

מבוטח נכבד שים לב!

על מנת למנוע עיכוב בטיפול בתביעתך, יש לצרף לתביעה את כל המסמכים הרלוונטיים ברשימה שלהלן

- חוברת תביעה מלאה וחתומה הכוללת:
  - אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי - עמוד 3 לחוברת התביעה.
  - כתב ויתור על סודיות רפואית - עמוד 4 לחוברת התביעה.
- צילום תעודת זהות של התובע. אם מדובר בקטין - צילום תעודת זהות של שני ההורים כולל הספח בו מופיעים פרטי התובע.
- אם מדובר בהורה יחיד - תצהיר אפוסטרופוס חתום על ידי ההורה.
- מסמכים רפואיים מיום התאונה.
- מסמכים רפואיים עדכניים בתחום הפגיעה, בדיקות, צילומי רנטגן, הכל בהתאם לסוג הפגיעה.
- מסמכים מהמשטרה, מגן דוד, המוסד לביטוח לאומי וכד', ככל שהיתה מעורבות שלהם באירוע.
- אם התביעה מטופלת על ידי עורך דין - יפוי כוח חתום במלואו.

לסיוע בהגשת תביעה לחברת הביטוח ובירור ראשוני של הזכאות בהתאם לתנאי הפוליסה, ניתן לפנות אל הסוכנות המבטחת

**חוברת הגשת תביעה לביטוח תאונות אישיות תלמידים הכוללת 4 עמודים**

מספר פוליסה	מתייחס לתאונות שארעו החל מ-01/09/2016
-------------	--

1. פרטי הנפגע			
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	ת. לידה
כתובת		כתובת מייל	
טלפון		טלפון נייד	

2. המוסד החינוכי בו למד הנפגע במועד התאונה			
שם המוסד	כתובת	מס' טלפון	סמל מוסד

3. התאונה			
מקום הארוע	תאריך האירוע	שעה	במסגרת שעות לימוד <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
תאור מפורט של התאונה/אירוע			

4. תאור ההיזק (להלן "הפגיעה") וצורך מסמכים רפואיים	
מהות הפגיעה (יש לצרף מסמכים רפואיים)	

טיפול ראשוני ניתן ע"י (יש לצרף מסמכים רפואיים)			
פניה לקופ"ח/מוסד רפואי אחר	שם קופ"ח/מוסד אחר	רופא מטפל	
אשפוז בב"ח		מתאריך	עד תאריך

הנפגע נעדר מבית הספר בהוראת רופא מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ (נא לצרף אישור רפואי)  
**לתשומת ליבך, היעדרות מהמוסד החינוכי מתחת ל-90 ימים רצופים לא מזכה בתגמולי ביטוח בגין נכות זמנית/אי כושר במידה והיתה העדרות מהמוסד החנוכי של מעל 90 ימים רצופים נא לצרף אישור רפואי בגין ימי ההעדרות מרופא בתחום הפגיעה או מהמוסד הרפואי בו אושפז או טופל הנפגע.**

5. עדים לתאונה			
שם	כתובת	טלפון	
שם	כתובת	טלפון	
האם הילד נפגע בתאונה בעבר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, ציין/ני - תאריך _____ מהות הפגיעה _____			

6. חתימת ההורים או אפוטרופוס או אדם אחר שבמשמרתו נמצא הילד				
לבנק	מס' סניף	שם הסניף	מס' חשבון	ע"ש

חתימת ההורים או אפוטרופוס או אדם אחר שבמשמרתו נמצא הילד				
שם	ת.ז.	תאריך	חתימה	1.
שם	ת.ז.	תאריך	חתימה	2.

תאריך	חתימת התלמיד במידה והתלמיד בוגר (גיל 18 ומעלה)	אין לעכב את מסירת ההודעה אם התלמיד טרם חזר לבית הספר!
-------	--	---

למילוי על ידי המוסד החינוכי / הרשות המקומית

מבוטח נכבד שים לב! צירוף טופס זה בעת הגשת תביעה ימנע עיכוב בטיפול בתביעתך

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

**הנדון: אישור לימודים במוסד החינוכי ואישור היעדרות מלימודים במוסד החינוכי עקב תאונה**

הריני לאשר כי התלמיד \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_  
למד כתלמיד מן המניין במוסד החינוכי (שם המוסד) \_\_\_\_\_  
במועד תאריך האירוע \_\_\_\_\_ (יש לציין תאריך).

כתובת המוסד החינוכי \_\_\_\_\_  
סמל מוסד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_  
התלמיד למד במוסד החינוכי מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

על פי רישומי המוסד החינוכי, כתוצאה מהאירוע נעדר התלמיד מהלימודים  
מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

בכבוד רב,

חתימה +חותמת

שם החותם ותפקידו במוסד החינוכי/הרשות המקומית

**טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות**

חלק א'

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 לשרות 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 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 לתאגדות 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 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 וויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

חלק ב'			
שם קופ"ח	סניף	מס' חבר	שם המוסד
שמות נותני השירותים			
רופאים		מכונים/מעבדות	
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.

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

במקרה של קטין	שם האם	ת.ז.	שם האם	ת.ז.
---------------	--------	------	--------	------

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