

הנדון: פרוט מידע ומסמכים

על מנת לאפשר לנו לטפל בה בצורה מקצועית ויעילה, נבקשך לפעול על פי ההנחיות המצוינות מטה.

מה עלי לעשות?

עליך למלא את טופס ההודעה המצורף ולהעבירו אלינו בצירוף המסמכים המפורטים בהמשך.

אילו מסמכים עלי לצרף?

- טופס הודעה מלא וחתום, יש למלא בטופס ההודעה את פרטי חשבון הבנק לצורך ביצוע העברה בנקאית, ולצרף צילום המחאה של התובע או אישור מהבנק על "בעלות על החשבון".
- תדפיס סיכום מידע רפואי מרופא/ת המשפחה בקופת החולים (בקופת חולים "מאוחדת" – היסטוריית אבחנות).
- מסמכים רפואיים רלוונטיים: מכתב הפניה של רופא מטפל או רופא מומחה, סיכום מחלה מבית החולים בגין הניתוח וסיכומי מחלה מאשפוזים קודמים (אם היו), סיכום מחלות ואבחנות מרופא מומחה או סיכום ביניים.
- קבלות על תשלומים בגין הניתוח.
- מכתב מיצוי זכויות מהשב"ן (קופת חולים) על גובה השתתפותו בעלות הניתוח או מכתב דחייה.

כיצד עלי להעביר את המסמכים:

- ניתן להעלות את המסמכים באמצעות "האזור האישי" באתר החברה: www.aig.co.il/t/4atn1
- ניתן לשלוח את המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני: claims.doc@aig.co.il
- ניתן לשלוח את המסמכים לפקס: 03-9272442.

יש לציין על גבי כל אחד מהמסמכים את מס' התביעה כפי שמופיע בראש מכתב זה.

איך אדע שהמסמכים התקבלו בחברה?

המסמכים יסרקו תוך יום עבודה ממועד קבלתם בחברה. בסיום פעולת הסריקה תשלח אליך הודעת טקסט (SMS) המאשרת את קבלתם.

מהו המשך התהליך?

- לאחר שיתקבלו בחברתנו כל המסמכים שנדרשת להעביר, תיבחן זכאותך לכיסוי ביטוחי בהתאם לתנאי הפוליסה.
- ייתכן כי המסמכים הרפואיים שיומצאו לנו יועברו להיוועצות פנימית רפואית לצורך בחינת הנזק הנטען.
- במידת הצורך תתבקש/י להיבדק על ידי מומחה מטעמנו לצורך בחינת הנזק הנטען.

לנוחיותך ובכל עת, באזור האישי באתר החברה www.aig.co.il/t/4atn1 ניתן לצפות במסמכי התביעה, לבדוק את סטטוס הטיפול בתביעה, ולהעלות מסמכים.

אם הכל ברור ותקין לאור בדיקתנו:

נאשר זכאותך לתשלום, בהתאם לתנאי הפוליסה. את התשלום המיועד עבורך, נוכל להעביר בהעברה בנקאית ישירות לחשבון הבנק שלך. לצורך כך, חשוב למלא את הפרטים המתאימים בטופס ההודעה ולצרף העתק המחאה מבוטלת.



השלמת מידע ומסמכים (מדיקל)

במידה וידרשו הבהרות נוספות:

ייתכן ונבקשך להעביר לחברה מסמכים נוספים, שהתעורר בהם הצורך במהלך הברור. במקרים אלה תשלח אליך הודעה בכתב.

במידה ויתברר שאינני זכאי לכיסוי/תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה:

ישלח אליך מכתב עם פרוט הסיבות שבגללן אינך זכאי לכיסוי או תשלום.

בכל מקרה, תשובה בכתב תשלח אליך תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים.

על מנת למצות את זכויותיך ולבחון הגשת תביעה גם בפוליסות נוספות בחברתנו, אנו מפנים אותך לאזור האישי באתר החברה, בכתובת: www.aig.co.il/t/3UUE1 בו תוכל לצפות בכל הפוליסות שלך וכן, לאתר המרכזי לאיתור מוצרי הביטוח שכתובתו harb.cma.gov.il

הנך מוזמן לפנות לאתר החברה www.aig.co.il בכל עת, לצורך עיון במערכת הכללים של החברה לברור ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור.

בברכה,

מחלקת תביעות AIG

לידיעתך, הודעות בדבר מהלך ברור התביעה ותוצאותיה, נשלחות בדרך כלל באמצעות דואר אלקטרוני. במידה וברצונך לשנות את האופן בו תשלחנה ההודעות כאמור, יש ליצור קשר עם מוקד התביעות במספר: 03-9272400.

נא לענות על כל השאלות

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	מס' זהות	<input type="text"/>
<input type="text"/>	תאריך לידה	<input type="text"/>	מס' פוליסה	<input type="text"/>	שם מקום עבודה	<input type="text"/>
<input type="text"/>	רחוב	<input type="text"/>	מס' בית	<input type="text"/>	מס' דירה	<input type="text"/>
<input type="text"/>	יישוב	<input type="text"/>	מיקוד	<input type="text"/>	דוא"ל	<input type="text"/>
<input type="text"/>	טל' בבית	<input type="text"/>	טל' עבודה	<input type="text"/>	טל' נייד	<input type="text"/>
<input type="text"/>	שם קופת חולים בה הנך חבר	<input type="text"/>	סניף	<input type="text"/>	סוג ביטוח משלים בקופת החולים	<input type="text"/>
<input type="text"/>	שם הרופא המקצועי המטפל	<input type="text"/>	שם רופא המשפחה המטפל	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

הריני לאשר כי הפרטים האישיים הנזכרים לעיל, הינם הפרטים הנכונים והמעודכנים.

<input type="text"/>	חתימת המבוטח	<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>
----------------------	--------------	----------------------	-------	----------------------

ביטוחים נוספים

<input type="text"/>	האם הוגשה תביעה או כוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו?	<input type="text"/>	כן	<input type="text"/>	לא		
<input type="text"/>	שם החברה	<input type="text"/>	תחילת ביטוח	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	האם ברשותך ביטוח משלים אחר?	<input type="text"/>	כן	<input type="text"/>	לא		
<input type="text"/>	שם החברה	<input type="text"/>	תחילת ביטוח	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	האם ברשותך ביטוח רפואי במקום העבודה או ביטוח רפואי אחר?	<input type="text"/>	כן	<input type="text"/>	לא		
<input type="text"/>	שם החברה	<input type="text"/>	תחילת ביטוח	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	האם יש השתתפות של המשלים שבין בגין התביעה הנ"ל?	<input type="text"/>	כן	<input type="text"/>	לא		
<input type="text"/>	ההשתתפות הינה בגין:	<input type="checkbox"/>	רופא	<input type="checkbox"/>	בית חולים	<input type="checkbox"/>	רופא ובית חולים
<input type="text"/>	האם נדחתה בקשתך להשתתפות הביטוח המשלים?	<input type="text"/>	כן	<input type="text"/>	לא		



טופס תביעה - ניתוחים, תחליפי ניתוח, השתלות ותרופות

סוג תביעה

ניתוח עתידי ניתוח שבוע תחליף ניתוח תרופות השתלה

נא השב על כל השאלות

שם ניתוח / תחליף ניתוח / השתלה / תרופה

תאריך ניתוח / תחליף ניתוח / השתלה

נא פרט מה הבעיה הרפואית ממנה הנך סובל

מתי אובחנה לראשונה הבעיה ממנה הנך סובל (תאריך)?

מתי קבלת טיפול ראשוני ביחס לבעיה?

מתי הומלץ לך לראשונה על ביצוע ניתוח / תחליף ניתוח / השתלה / תרופה?

בתאריך

התמחות

שם הרופא הממליץ

ניתוח שבוע תחליף ניתוח

האבחנה והתלונה הנוכחית הינם תוצאה של:

אם מדובר בתאונה, נא פרט תאריך, נסיבות ומהות הפגיעה הגופנית

לא

כן

במקרה של השתלה, האם בוצע רישום במרכז להשתלות הארצי

אופן תשלום התביעה

לתשומת לבך, תשלום התביעה יועבר באמצעות העברה בנקאית. ** האמור תקף רק במידה והתביעה אושרה

מס' חשבון

מס' סניף

בנק

במידה והתובע הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודת זהות של המוטבים.

על מנת שנוכל להבטיח כי הטיפול בתביעתך יהיה מדויק ויעיל, אנא אשר באמצעות חתימתך את נכונות הפרטים בשאלון זה. אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים המופיעים בטופס זה הינם נכונים ומדויקים.

שם מלא

תעודת זהות

חתימת המצהיר

במקרה והתובע הינו קטין (על האפוטרופוס לחתום)

שם האם

תעודת זהות

חתימה

שם האב

תעודת זהות

חתימה

