

## הנדון: פירוט מידע ומסמכים

שלום רב,

פנייתך שבנדון התקבלה במחלקת התביעות של חברתנו. על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך בצורה מקצועית ויעילה, נבקשך לצרף את המסמכים הרלוונטיים בהתאם לפירוט מטה.

### מה עליי לעשות?

עלייך להעביר אלינו את המסמכים המפורטים.

### אלו מסמכים עליי להעביר?

- טופס הודעה מלא וחתום.
- תעודת פטירה.
- צו ירושה או צוואה וצו קיום צוואה.
- טופס ויתור על סודיות רפואית חתום על ידי היורשים החוקיים ועל ידי עד לחתימה, שהינו עו"ד או רופא (מצ"ב).
- כל המסמכים רפואיים רלוונטיים הנוגעים לאירוע הנדון, כגון: סיכום אשפוז, דו"ח פתולוגי, גיליון מיון, דו"ח מד"א, הודעת פטירה
- תדפיס סיכום מידע רפואי מרופא/ת המשפחה בקופת החולים.
- תיק משטרה – במידה והייתה מעורבות משטרה.

### לאן עליי לשלוח את המסמכים?

- ניתן ל"העלות" את המסמכים באמצעות "האזור האישי" באתר החברה: [www.aig.co.il/t/5b6G09](http://www.aig.co.il/t/5b6G09)
- ניתן לשלוח את המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני: [claims.doc@aig.co.il](mailto:claims.doc@aig.co.il)
- ניתן לשלוח את המסמכים לפקס מס': 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, עם סיום הסריקה תשלח אליך הודעת טקסט (SMS) המאשרת את קבלתם.

### מהו המשך התהליך?

עם קליטתם של מלוא המסמכים, תיבחן זכאותך לכיסוי ביטוחי, בהתאם לתנאי הפוליסה. במידת הצורך ייתכן כי המסמכים הרפואיים שיומצאו לנו יועברו להיוועצות פנימית רפואית לצורך בחינת התביעה.

### במידה והכל ברור ותקין:

נאשר זכאותך לתשלום לפי צו הפוליסה.

## במידה וידרשו הבהרות או מסמכים נוספים:

ישלח אליך מכתב בקשה להבהרות ו/או למסמכים נוספים, ככל שיהיה צורך בהם.

במידה ויתברר שאינך זכאי לכיסוי/ תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה:

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

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

בכל עת ניתן לפנות אלינו לבירורים בדואר אלקטרוני [claims@aig.co.il](mailto:claims@aig.co.il)

על מנת למצות את זכויותיך ולבחון הגשת תביעה גם בפוליסות נוספות בחברתנו, אנו מפנים אותך לאזור האישי

באתר החברה, בכתובת בו תוכל לצפות בכל הפוליסות שלך [www.aig.co.il/t/3UUE1](http://www.aig.co.il/t/3UUE1)

וכן לאתר המרכזי לאיתור מוצרי הביטוח שכתובתו [harb.cma.gov.il](http://harb.cma.gov.il)

הינך מוזמן לפנות לאתר החברה [www.aig.co.il](http://www.aig.co.il) לצורך עיון במערכת הכללים של החברה לבירור ויישוב תביעות וטיפול

בפניות הציבור.

מחלקת תביעות

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ

## מספר תביעה :

לכבוד

1. המבטח: איי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ.
2. או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברת הביטוח לאיסוף מידע  
(להלן המבקשים)

## טופס ויתור על סודיות

### חלק א'

אני החתום מטה (יש למלא את פרטי המנוח):

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ובכלל זה בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש ( לרבות מרכזי הנפש "גהה" ו"שער מנשה" ), קופות חולים, רופאים, עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הבריאות ו/או לשכות הרווחה ו/או לשכות המנהלים ו/או קרנות הפנסיה הותיקות והחדשות ללא יוצא מן הכלל (לרבות מקפת, מרכז לפנסיה ותגמולים א.ש בע"מ ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ) למסור ל- **AIG ישראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמם (להלן "המבקשים")** את כל הפרטים המצויים בידיהם ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי התחום הסיעודי ו/או שיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני עדיין חולה בה כעת כולל מחלת האיידס. כמו כן, הנני נותן בזאת רשות לכל הרשומים מעלה למסור לידי המבקשים את רשימת הרופאים שטיפלו בי במסגרת קופת החולים והרשומים במאגר המידע של קופת חולים.

אני משחרר בזה את כל המוסדות המפורטים לעיל, 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 לרבות מוכן מור ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה וכן כל רשות ממשלתית ו/או רשות מוסמכת אחרת, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור ומתיר להם בזאת מתן מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל מי מהגורמים המפורטים לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי ו/או המוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה כולל מידע על תשלומים ששולמו לי ומשלומים לי, וכן על תשלומים ששולמו לי או משלומים מכל מוסד אחר.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או מי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

הנני מצהיר כי ידוע לי כי המבקשים יהיו רשאים אף להעביר, כל מידע הנוגע לתביעתי ו/או כל מידע אחר אודותי, שנאסף אצלם, בין באופן עצמאי ובין מהגופים המנויים לעיל ובכלל זאת יהיו רשאים להעביר כל מידע אודותי ו/או כל מסמך הנוגע אלי לרבות הנוגע לתביעתי לכל רשות ממשלתית ו/או רשות מוסמכת אחרת ובכלל זאת המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מבטח אחר.

בקשתי והצהרתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או כל מידע אחר מכל מין וסוג שהוא לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שמפורטים להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על: המוסדות הבאים: \_\_\_\_\_  
או על המידע המפורט להלן: \_\_\_\_\_  
כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

### חלק ב'

שם קופ"ח: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ מס' חבר: \_\_\_\_\_  
מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_ שם קופ"ח בעבר: \_\_\_\_\_

### ולהלן באתי על החתום (פרטי היורשים החוקיים):

תאריך: _____	שם מלא: _____	ת"ז: _____	חתימה: _____
תאריך: _____	שם מלא: _____	ת"ז: _____	חתימה: _____
תאריך: _____	שם מלא: _____	ת"ז: _____	חתימה: _____
תאריך: _____	שם מלא: _____	ת"ז: _____	חתימה: _____

### אישור ואימות חתימה על ידי עד לחתימה שהינו רופא/אחות/עו"ד/עובד סוציאלי/פסיכולוג:

תאריך: \_\_\_\_\_ שם עד לחתימה: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_