

הנדון: פרוט מידע ומסמכים

מבוטח/ת נכבד/ה,

פנייתך שבנדון התקבלה במערכת התביעות של חברתנו.

על מנת להשלים במהירות את הטיפול בתביעה, נבקשך להמציא לידנו את המסמכים הבאים:

- טופס הודעה על האירוע (מצ"ב).
- טופס וויתור על סודיות חתום (מצ"ב).
- מסמכים רפואיים, דו"ח חדר מיון, סיכום אשפוז, דו"ח אמבולנס ו/או כל מסמך רפואי רלוונטי אחר.
- אבחון רפואי שנעשה ע"י רופא מומחה על סמך ראיות רדיולוגיות, היסטולוגיות ומעבדתיות.
- מסמכים מהמוסד לביטוח לאומי הנוגעים לאירוע הנדון (במידה יש).
- נתוני סילוק הלוואה מבנק.
- צילום המחאה או אסמכתא המעידה על "בעלות על חשבון בנק" (לצורך העברה בנקאית).

יודגש כי במידה ובמהלך ברור ויישוב התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים, נעדכך בהודעה נפרדת.

להלן פרוט הליך יישוב תביעה הנהוג בחברתינו:

1. עם קבלת מלוא המסמכים הדרושים לנו, לרבות קבלת תיק רפואי מלא של המבוטח, נברר שאלת הכיסוי הביטוחי. במידת הצורך, נציג מטעמנו ייצור עמך קשר לצורך בירור נסיבות האירוע הנטען.
 2. החומר הרפואי יועבר למומחה רפואי מטעמנו וייתכן ותבקש להיבדק ע"י מומחה מטעמנו לצורך בירור החבות.
 3. תוך 30 ימים ממועד סיום בירור נסיבות האירוע וקבלת מלוא המידע והמסמכים הדרושים, נודיעך עמדתנו.
 4. במידה והתביעה תוכר על ידינו חברתנו תפנה לבנק לצורך קבלת אישור על יתרת הלוואה לסילוק.
 5. עם סילוק הלוואה לבנק (עד לגובה סכום הביטוח) וקבלת אישור הבנק על קבלת התשלום והסרת השעבוד, במידה ותיוותר יתרה מסכום הביטוח, היא תשולם למבוטח.
- אם דרוש לך מידע נוסף, ניתן לפנות אלינו בטלפון 03-9272508.

בברכה,

מחלקת תביעות AIG

* בכדי שנוכל לטפל במהירות וביעילות, נא לציין מס' תביעה, מס' התובע ושם התובע בכל פנייה.



נכות ומחלות קשות (ביטוח חיים)

מס' פוליסה מס' תביעה

בעל הפוליסה

שם פרטי שם משפחה מס' ת.ז.

כתובת מגורים אימייל

טל' בבית טל' עבודה טל' נייד

מספר חשבון בנק מספר סניף שם הבנק

תובע

שם פרטי שם משפחה מס' ת.ז.

כתובת מגורים אימייל

טל' בבית טל' עבודה טל' נייד

עיסוק/מקצוע שם מקום העבודה כתובת

תאריך גילוי המחלה האבחנה הרפואית המוסד הרפואי בו אובחנה המחלה

שמות המוסדות הרפואיים בהם טופל בעקבות המחלה:

שמות הרופאים שטיפלו בנפגע:

אשפוז

המוסדות בהם אושפז התובע (יש לצרף אישורים)

שם המוסד מתאריך עד תאריך

שם המוסד מתאריך עד תאריך

שם המוסד מתאריך עד תאריך

אובדן כושר עבודה (יש לצרף אישורים)

מתאריך עד תאריך

מתאריך עד תאריך

מתאריך עד תאריך



כל השירותים זמינים עבורך בכל עת באזור האישי שלך << aig.co.il

מבלי לפגוע בזכויות | מבלי להכיר באחריות | מבלי לפגוע בטענת התיישנות
טופס מספר 4172 | נכות ומחלות קשות - חיים | עמוד 2/5

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ, הסיבים 25, קריית מטלון, ת.ד. 535 פתח-תקווה 4910001
מכירות טל': 1-800-400-400 מייל: sales@aig.co.il | שירות תביעות וחיידושים, טל': 03-9272300 |
שירות וחיידושים, מייל: service@aig.co.il | תביעות מייל: claims@aig.co.il | מוקד שירותי זהב טל': 1-800-430-430



האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות תביעה זו?

			מבטח אחר	כן	לא
	במידה וכן:				
<input type="text"/>	מס' תביעה	<input type="text"/>	שם חברת הביטוח		
			המוסד לביטוח לאומי?	כן	לא
		<input type="text"/>	מוסדות אחרים/רשויות אחרות?	כן	לא
<input type="text"/>		פרוט			
	במידה וכן, נא לצרף אסמכתא	כן	לא	כן	לא
			האם הוגשה תביעת נכות למוסד לביטוח לאומי?		

לשאלון זה מצורף טופס ויתור על סודיות רפואית. אנא, העבירו אלינו חתום יחד עם המסמכים.

אנא אשר באמצעות חתימתך את נכונות הפרטים בשאלון זה, על מנת שנוכל להבטיח כי הטיפול בתביעה יהיה מדויק ויעיל.

אני, (שם מלא) מאשר בזה כי כל הפרטים המופיעים בטופס זה הינם נכונים ומדויקים

חתימה (במקרה של קטין - חתימת אפוטרופוס)

לכבוד

1. המבטח: איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ.

או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברת הביטוח לאיסוף מידע

2. (להלן המבקשים)

טופס ויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה:

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה
<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	כתובת

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או כל עובד של המוסד לביטוח לאומי או משרד החינוך, השרות הפסיכולוגי, שרות בתי הסוהר, משרד הביטחון ו/או לכל עובד אחר בתחום הסוציאלי ו/או מוסד שיקומי, פסיכיאטרי ו/או מבטחים קרן פועלי בנין או קרן גמלאות או קרן כלשהי, להלן "המבקשים", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשים למסור ל- להלן "המבקשים", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשים הנ"ל על מצב בריאותי ו/או סוציאלי או מצב בתחום סיעודי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או 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 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 מחבות 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 כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או מי מרופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן 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 לרבות רשימת הרופאים אשר טיפלו בי, המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

או על רשימה מלאה של רופאים שטיפלו בי:

חלק ב'

<input type="text"/>	מס' חבר	<input type="text"/>	סניף	<input type="text"/>	שם קופ"ח
<input type="text"/>	שם קופ"ח בעבר	<input type="text"/>	מס' אישי בצה"ל	<input type="text"/>	שם המוסד

שמות נותני השרותים:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	רופאים
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	מכונים, מעבדות
<input type="text"/>	חתימה	<input type="text"/>	עד לחתימה
<input type="text"/>		<input type="text"/>	תאריך

ייפוי כוח

הריני מיפה את כוחו/ה של לקבל המידע הרפואי המפורט לעיל.