

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".
- מסמכים רפואיים מיום האירוע ו/או מסמך לו המתעדים את האירוע הנטען.
- תמונות של אזור הכויה ומסמך מרופא מומחה בתחום, המציין (באחוזים) את היקף הכויה ביחס לשטח פני הגוף.
- במידה והנפגע הינו קטין, יש לשלוח צילום ת"ז של ההורים כולל הספח, וטופס הצהרת אפוסטרופוס והתחייבות.

לאן עלי לשלוח את המסמכים?

- ניתן "להעלות" את המסמכים באמצעות "האזור האישי" באתר החברה: www.aig.co.il/t/4atn1
- ניתן את המסמכים לכתובת לשלוח 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.

במידה והכל ברור ותקין:

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

במידה וידרשו הבהרות נוספות:

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

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.

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: 03-9272300.

בעל הפוליסה

שם פרטי שם משפחה מס' זהות

כתובת מגורים אימ"ל

טל' בבית טל' עבודה טל' נייד

תובע

שם פרטי שם משפחה מס' זהות

כתובת מגורים אימ"ל

טל' בבית טל' עבודה טל' נייד

עיסוק/מקצוע שם מקום העבודה כתובת

מהות העסק תיאור התפקיד

ארוע

תאריך הארוע שעת הארוע מקום

תיאור הארוע

מהות הפגיעה הגופנית

המוסד בו קיבל הנפגע טיפול ראשוני

שמות המוסדות הרפואיים בהם טופל בעקבות התאונה:

שם המוסד שם המוסד שם המוסד

הצהרה בדבר אוסטאופורוזיס

יש למלא רק בתביעות בגין שברים (חובה למלא חלק זה)

האם הינך חולה / סובל מאוסטיאופורוזיס? כן לא במידה וכן, יש לצרף מסמכים רפואיים לעניין זה.

האם עברת / ביצעת בעבר בדיקת אוסטיאופורוזיס? כן לא במידה וכן, יש לצרף תוצאות בדיקה זו.

האם האירוע קרה במקום העבודה / בדרך לעבודה / בחזרה מהעבודה? כן לא האם האירוע נגרם כתוצאה מתאונת דרכים? כן לא

האם האירוע נגרם כתוצאה מפגיעה פלילית? כן לא האם דווח למשטרה? כן לא

פרטי תחנת משטרה - שם תחנה מס' תיק

אשפוז

המוסדות בהם אושפז התובע (יש לצרף אישורים)

<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	שם המוסד
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	שם המוסד
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	שם המוסד
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך		אובדן כושר עבודה מלא
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך		אובדן כושר עבודה חלקי

האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות תביעה זו?

	במידה וכן :	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן	מבטח אחר
<input type="text"/>	מס' תביעה	<input type="text"/>	מס' פוליסה	שם חברת הביטוח
<input type="text"/>		פירוט:	<input type="radio"/> לא	<input type="radio"/> כן
				מוסדות אחרים/ רשויות אחרות?

האם הוגשה תביעת נכות למוסד לביטוח לאומי? לא כן במידה וכן, נא לצרף אסמכתא

אופן תשלום התביעה (במידה ותביעתך תאושר) ● פרטי חשבון של התובע (לצורך העברה בנקאית במידה ותביעתך תוכר)

<input type="text"/>	שם בעל החשבון	<input type="text"/>	בנק
<input type="text"/>	מספר סניף	<input type="text"/>	מספר חשבון

● האם : תרצה לקבל את תשלום התביעה לכרטיס האשראי באמצעותו שולמה הפוליסה שברשותך

 לא כן

לתשומת לבך. תשלום תביעה לכרטיס האשראי יבוצע במידה והדבר יתאפשר. אחרת תשלום התביעה יבוצע בהעברה בנקאית

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

אני מאשר בזאת כי כל הפרטים המופיעים בטופס זה הינם נכונים ומדויקים.

<input type="text"/>	שם מלא	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	חתימה
	במקרה והנפגע קטין (על האופוטרופוסים לחתום):				
<input type="text"/>	שם האב	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	חתימה
<input type="text"/>	שם האם	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	חתימה