

הנדון: פרוט מידע ומסמכים

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך בצורה מקצועית ויעילה, נבקשך לצרף את המסמכים הרלוונטיים בהתאם לפירוט מטה.

מה עליי לעשות?

עליך להעביר אלינו את המסמכים המפורטים.

אלו מסמכים עליי להעביר?

- טופס הודעה על אירוע תאונות אישיות (מצ"ב).
- טופס ויתור סודיות רפואית.
- רשימת משחקים בליגה.
- כרטיס/תעודת שחקן (כולל תאריכי התוקף).
- אישור מעסיק בגין היעדרות מהעבודה (היעדרות בפועל).
- מסמכים רפואיים רלוונטיים : גיליון מיון, מסמכי אשפוז, דו"ח ניתוח, ממצאי בדיקות / ביקורות וכד'.
- קבלות מקוריות.
- אישור ממנהל הקבוצה/מאמן הקבוצה הכולל את תאריך האימון/משחק רשמי ומסודר של הקבוצה וכי התובע נפגע במהלך פעילות זו.
- אישור מחלה מרופא מומחה בתחום הפגיעה המציין את תאריכי אי-הכושר ואת ההגבלות הפיזיות שנבעו מהפגיעה.
- אישור מקופת החולים המפרט את סכום ההשתתפות של הקופה ברכישת אביזר/ים רפואיים.
- מסמכים מהמוסד לביטוח לאומי, אגף נפגעי עבודה, הנוגעים לאירוע הנדון.
- חוזה בין השחקן לאגודה.
- צילום המחאה של התובע או אישור מהבנק על "בעלות על חשבון" (לצורך העברה בנקאית).



השלמת מסמכים - ספורטאים (ביטוח תאונות אישיות)

לאן עליי לשלוח את המסמכים?

- ניתן ל"העלות" את המסמכים באמצעות "האזור האישי" באתר החברה: www.aig.co.il/t/5b6G09
- ניתן לשלוח את המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני: 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, בסיום פעולת הסריקה תשלח אליך הודעת טקסט (SMS) המאשרת את קבלתם.

מהו המשך התהליך?

עם קליטתם של מלוא המסמכים, תיבחן זכאותך לכיסוי ביטוחי, בהתאם לתנאי הפוליסה.

במידה והכל ברור ותקין:

נאשר זכאותך לתשלום לפיצוי בהתאם לתנאי הפוליסה.

במידה וידרשו הבהרות ו/או מסמכים נוספים:

יישלח 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 לביורויסבדואר אלקטרוני: 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. 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

איי.איי.ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ

לתשומת ליבך, הגשת התביעה בחברתנו אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות אלא רק תביעה משפטית המוגשת לבית המשפט המוסמך לדון בתביעה.

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

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	מס' זהות	<input type="text"/>
<input type="text"/>	כתובת מגורים	<input type="text"/>		אימ"ל	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	טל' בבית	<input type="text"/>	טל' עבודה	<input type="text"/>	טל' נייד	<input type="text"/>

תובע

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	מס' זהות	<input type="text"/>
<input type="text"/>	כתובת מגורים	<input type="text"/>		אימ"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"/>	עיסוק/מקצוע	<input type="text"/>	שם מקום העבודה	<input type="text"/>	כתובת	<input type="text"/>
<input type="text"/>	מהות העסק	<input type="text"/>	תיאור התפקיד	<input type="text"/>		

ארוע

<input type="text"/>	תאריך הארוע	<input type="text"/>	שעת הארוע	<input type="text"/>	מקום	<input type="text"/>
<input type="text"/>						תיאור הארוע
<input type="text"/>						מהות הפגיעה הגופנית

המוסד בו קיבל הנפגע טיפול ראשוני

שמות המוסדות הרפואיים בהם טופל בעקבות התאונה :

<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	שם המוסד
----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------	----------

הצהרה בדבר אוטאופורזיס יש למלא רק בתביעות בגין שברים (חובה למלא חלק זה)

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

האם עברת / ביצעת בעבר בדיקת אוטאופורזיס? 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"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך
<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך
<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך
<input type="text"/>	אובדן כושר עבודה מלא	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך
<input type="text"/>	אובדן כושר עבודה חלקי	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך

האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות תביעה זו?

מבטח אחר כן לא במידה וכן:

שם חברת הביטוח מס' פוליסה מס' תביעה

מוסדות אחרים/ רשויות אחרות? כן לא פירוט:

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

פרטי חשבון בנק של התובע (לצורך העברה בנקאית במידה והתביעה תוכר)

בנק מס' סניף מס' חשבון

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.

שם מלא ת"ז חתימה

במקרה והנפגע קטין (על האופוטרופוסים לחתום):

שם האב ת"ז חתימה

שם האם ת"ז חתימה