

12 יוני 2008
מבלי לפגוע בזכויות
בכפוף לטיעון התיישנות

לכבוד

א.ג.נ.,

הנדון : אירוע רפואי בחו"ל מיום: _____
תובעת/ת : _____
מספר תביעה : _____

הודעתך על האירוע שבנדון התקבלה במערכת התביעות שלנו.

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

- א. טופס הודעה על אירוע רפואי (מצ"ב).
- ב. כתב ויתור על סודיות רפואית (מצ"ב).
- ג. מסמכים רפואיים רלוונטיים: אישור בית חולים + דיאגנוזה ו/או אישור רופא + דיאגנוזה.
- ד. במקרה של טיפול חירום שיניים: מכתב מרופא השיניים המפרט אילו טיפולים עבר הנפגע בעקבות הארוע הנדון, ומהי עלותם.
- ה. אישור על תשלום – ע"י קבלות מקוריות.
- ד. צילומי דרכון:

 - הדף הראשי בדרכון (יחד עם התמונה).
 - הדף עם חותמת היציאה מהארץ.
 - הדף עם חותמת הכניסה לארץ.

יש לציין על גבי כל אחד מהמסמכים את מספר התביעה כפי שמופיע במכתב זה ולהעביר אלינו בהקדם.
אם דרוש לך מידע נוסף אנא התקשר/י אל הח"מ לטלפון: 03-9272508 שלוחה

בכבוד רב,

צוות ביטוח נסיעות לחו"ל
מחלקת תביעות

טופס הגשת תביעה להוצאות רפואיות בחו"ל

עם קבלת טופס זה, אין החברה מקבלת על עצמה כל התחייבות שהיא.

יש להשיב על הטופס הנ"ל ולהחזירו לחברה ללא כל דיחוי

1. פרטי המבוטח / תובע

פוליסה מס': _____ בעל הפוליסה: _____ מס' תביעה: _____
שם התובע: פרטי: _____ משפחה: _____ ת. לידה: ____/____/____ ת. זהות: _____
כתובת מגורים: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____
טל': _____ טל' נייד: _____ פקס: _____

האם היו נלווים נוספים לנסיעתך המבוטחים ב-AIG לא / כן .

באם כן, נא ציין שם המבוטח _____ מספר פוליסה _____

2. הצהרה על ביטוח נוסף

2.1 האם הינך מחזיק כרטיס אשראי בינלאומי בתוקף (מלבד לאומי קארד)? לא / כן
במידה וכן, האם הפעלת ביטוח נסיעות לחו"ל בכרטיס אשראי נוסף? לא / כן

אם כן, נא סמן את כל כרטיסי האשראי הבינלאומיים שברשותך:

מס' הכרטיס	סוג הכרטיס	מס' הכרטיס	סוג הכרטיס
	מסטרקרד		ויזה כ.א.ל בינלאומי
	גולד מסטרקרד		ויזה כ.א.ל זהב
	מסטרקרד עסקי		ויזה כ.א.ל פלטינום
	מסטרקרד פלטינום		לאומי ויזה בינלאומי
	אמריקן אקספרס זהב		לאומי ויזה זהב
	אמריקן אקספרס פלטינום		לאומי ויזה זהב עסקי
	דיינרס בינלאומי		לאומי ויזה פלטינום

2.2 האם ברשותך פוליסת ביטוח חו"ל נוספת: לא / כן

אם כן, נא לציין באיזו חברה: _____ מספר פוליסה: _____

האם הגשת תביעה בגין אירוע זה לחברת הביטוח? לא / כן אם כן – לאיזו חברה _____
ומתי? _____

3. פרטי המחלה / תאונה

3.1 ארץ אירוע _____ תאריך יציאה מהארץ ____/____/____ תאריך כניסה לארץ ____/____/____
תאריך האירוע ____/____/____ כיצד קרתה המחלה / תאונה: _____

סה"כ הסכום הנתבע _____

3.2 האם במהלך חצי השנה שקדמה לנסיעה לחו"ל סבלת מהמחלה הנ"ל? לא / כן
באם כן נבקש לפרט:

4. מסמכים מצורפים להוכחה

- מסמכים רפואיים רלוונטיים (מקור): אישור בית חולים + דיאגנוזה ו/או אישור רופא + דיאגנוזה.
- אישור על תשלום – ע"י קבלות מקוריות בלבד.
- צילומי דרכון: הדף הראשי בדרכון (יחד עם התמונה), הדף עם חותמת היציאה מהארץ והדף עם חותמת הכניסה לארץ.
- צילום ת.ז.

הנני מצהיר בזה כי כל הפרטים דלעיל הינם נכונים ואמיתיים ולא הסתרתי מהחברה אינפורמציה כלשהי בקשר לתביעה הנ"ל.

תאריך _____ / _____ / _____ חתימה _____

נא לשלוח את המסמכים הנדרשים לכתובתנו:

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ, הסיבים 25, קרית מטלון, ת.ד. 535 פתח תקווה 49100.

לכבוד

1. המבטח: איי. אי. ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ
ע"י שליחיה ו/או חוקריה

2. _____
(להלן המבקשים)

טופס ויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה :

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____

כתובת: _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או או לכל 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,

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 כולל מידע על תשלומים שהמוסד 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 (סמן X במשבצת המתאימה) :

_____ המוסדות הבאים:

_____ המידע המפורט להלן:

_____ רשימה מלאה של רופאים שטיפלו בי:

חלק ב'

שם קופ"ח _____ סניף _____ מס' חבר _____ שם המוסד _____

שמות נותני השירותים:

רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____
מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח בעבר: _____

חתימה

עד לחתימה

תאריך

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