

הנדון: פירוט מידע ומסמכים

שלום רב,

פנייתך שבנדון התקבלה במערכת התביעות של חברתנו.

על מנת להשלים במהירות את הטיפול בפנייה, נבקשך להמציא לידינו 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).
- צילום המחאה או אסמכתא המעידה על "בעלות על חשבון בנק" (לצורך העברה בנקאית).

יודגש כי במידה ובמהלך בירור ויישוב התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים, נעדכנך בהודעה נפרדת.

להלן פירוט הליך בירור ויישוב תביעה הנהוג בחברתנו:

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 ותתבקש להיבדק ע"י מומחה מטעמנו לצורך בירור החבות.
3. תוך 30 ימים ממועד סיום בירור נסיבות האירוע וקבלת מלוא המידע והמסמכים הדרושים, נודיעך עמדתנו.

אם דרוש לך מידע נוסף, ניתן לפנות אלינו בטלפון 03-9272508

בברכה,

מחלקת תביעות

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ

שאלון תביעה

מספר תביעה: _____

מספר פוליסה: _____

בעל הפוליסה:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז: _____

כתובת: _____

טלפון בבית: _____ טלפון עבודה: _____ נייד: _____

אימייל: _____ פרטי חשבון בנק: שם הבנק _____

מספר סניף _____ מספר חשבון _____

תובע:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ ת.ז: _____

כתובת: _____

טלפון בבית: _____ טלפון עבודה: _____ נייד: _____

עיסוק/מקצוע: _____

שם מקום העבודה: _____ כתובת: _____

תאריך גילוי מחלה: _____ האבחנה הרפואית: _____

המוסד הרפואי בו אובחנה המחלה: _____

שמות המוסדות הרפואיים בהם טופל בעקבות המחלה:

1. _____ 2. _____ 3. _____

שמות הרופאים שטיפלו בנפגע:

1. _____ 2. _____ 3. _____

אשפוז: המוסדות בהם אושפד התובע (יש לצרף אישורים)

1. מתאריך: _____ עד תאריך: _____

2. מתאריך: _____ עד תאריך: _____

3. מתאריך: _____ עד תאריך: _____

אובדן כושר עבודה: (יש לצרף אישורים)

מתאריך: _____ עד תאריך: _____

מתאריך: _____ עד תאריך: _____

מתאריך: _____ עד תאריך: _____

האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות תביעה זו?
 * מבטח אחר: כן / לא

במידה וכן: שם חברת הביטוח: _____ מס' פוליסה: _____

מספר התביעה: _____

* המוסד לביטוח לאומי: כן / לא. במידה וכן: מס' התביעה: _____

* מוסדות אחרים או רשויות אחרות? כן / לא

פירוט: _____

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

לשאלון זה מצורף טופס ויתור על סודיות רפואית. אנא, העבירו אלינו חתום יחד עם שאר 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' ביטוח זהב 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 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: _____

תאריך _____ עד לחתימה _____ חתימה _____

יפוי כח

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