

הנדון: פירוט מידע ומסמכים

שלום רב,

פנייתך שבנדון התקבלה במערכת התביעות של חברתנו.

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

- טופס הודעה על האירוע (מצ"ב).
- טופס וויתור על סודיות חתום (מצ"ב).
- עותק ממכתב פיטורין.
- אישור המוסד לביטוח לאומי כי הוכרת כמובטל ע"פ חוק הביטוח הלאומי.
- אישור לשכת שרות התעסוקה על תקופת התייצבותך בלשכה במטרה למצוא עבודה וכי לא הוצעה לך עבודה כאמור.
- אישור על ביצוע תשלומי ההלוואה לבנק.
- אישור מחברת הביטוח על ביצוע תשלום דמי הביטוח בגין פוליסת מבנה דירה.

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, כמפורט לעיל, נברר שאלת הכיסוי הביטוחי בהתאם לפוליסת הביטוח שברשותך. במידת הצורך, נציג מטעמנו ייצור עמך קשר לצורך בירור נסיבות האירוע הנטען.
2. תוך 30 ימים ממועד סיום בירור החבות 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

אבטלה - חיים

שאלון תביעה - דוח על פיטורין / תקופת אבטלה

מספר תביעה: _____

מספר פוליסה: _____

בעל הפוליסה:

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

כתובת: _____

טלפון בבית: _____ טלפון עבודה: _____ נייד: _____

תובע:

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

כתובת: _____

טלפון בבית: _____ טלפון עבודה: _____ נייד: _____

עיסוק/מקצוע: _____

שם מקום העבודה: _____ כתובת: _____

תאריך תחילת העבודה: _____

אירוע:

תאריך הפיטורין: _____

סיבת הפיטורין: _____

תאריך התחלת הרישום בלשכת תעסוקה: _____

האם נמצאה לך תעסוקה כלשהי שסירבת לה (פרט)? _____

האם מקבל קיצבה עקב הפרישה מהמעביד או מקופת גמל (פרט)? _____

האם יש קירבה משפחתית/כלכלית בינך לבין המעסיק (פרט)? _____

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: _____

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: _____ תאריך: _____

לכבוד
 1. המכתב: 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.