

## הנדון: פירוט מידע ומסמכים

שלום רב,

פנייתך שבנדון התקבלה במערכת התביעות של חברתנו. חברתנו משתתפת בצערכם על האבל הכבד שפקד את משפחתכם. על מנת להשלים במהירות את הטיפול בפנייה, נבקשך להמציא לידנו את המסמכים הבאים:

- תעודת פטירה.
- טופס וויתור על סודיות חתום ע"י היורשים החוקיים (מצ"ב).
- צו ירושה מקורי או העתק נאמן למקור מאושר בחותמת עו"ד.
- מסמכים רפואיים, דו"ח פתולוגי, דו"ח חדר מיון, דו"ח אמבולנס ו/או כל מסמך רפואי רלוונטי אחר.
- תיק משטרה.
- נתוני סילוק הלוואה מבנק.

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. תוך 30 ימים ממועד סיום בירור נסיבות האירוע וקבלת מלוא המידע והמסמכים הדרושים, נודיעך עמדתנו.
3. במידה והתביעה תוכר על ידינו חברתנו תפנה לבנק לצורך קבלת אישור על יתרת הלוואה לסילוק.
4. עם סילוק הלוואה לבנק (עד לגובה סכום הביטוח) וקבלת אישור הבנק על קבלת התשלום והסרת השעבוד, במידה ותיוותר יתרה מסכום הביטוח, היא תשלום ליורשים בהתאם לצו ירושה ו/או צו קיום צוואה.

או

5. סכום הביטוח ישולם ליורשים החוקיים בהתאם לצו ירושה ו/או צו קיום צוואה.

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

בברכה,

מחלקת תביעות

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ

מוות

שם: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
מס' ת"ז: \_\_\_\_\_  
שם קופת החולים: \_\_\_\_\_  
שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_  
מס' אישי בצה"ל: \_\_\_\_\_

### **כתב ויתור על סודיות רפואית**

באיזה סניף מוסד לביטוח לאומי טופלה התביעה: \_\_\_\_\_

אנו החתומים מטה, יורשיו הבלעדיים של המנוח \_\_\_\_\_ (להלן: "המנוח"), נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד ל המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולקופת חולים, בית חולים כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, וכן משרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או ש/לטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הביטחון, ואדם אחר כלשהו למסור ל \_\_\_\_\_ ו/או מי מטעמם את כל המידע ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש הנ"ל על מצב בריאותו ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי של המנוח ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחלה בה ואנו משחררים אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותו ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתו ו/או מחלתו של המנוח הנ"ל ומוותרים על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הננו מייפים את כוחם של הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמכם להגיש בשמנו בקשת עיון ולעיין, במידע אודות המנוח המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם. מבלי לפגוע באמור לעיל, הרינו מתירים בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שם המנוח במוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח ומשלם לנו ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע מסוג כלשהו כמפורט לעיל.

כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עיזבון המנוח ובאי כוחנו החוקיים וכן מי שיבוא במקומו.

#### **ולראיה באנו על החתום:-**

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
שם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
שם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

#### **עד לחתימה:**

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
תאריך: יום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_