








הנדון: פירוט מידע ומסמכים

חברתנו משתתפת בצערכם על האבל הכבד שפקד את משפחתכם. על מנת להשלים במהירות את הטיפול בתביעה, נבקשך להמציא לידנו את המסמכים הבאים:

- טופס הודעה על ביטול/קיצור נסיעה (מצ"ב) מלא וחתום. 
- טופס ויתור על סודיות רפואית (מצ"ב) חתום ע"י באי-כוח עיזבון המנוח. 
- צו ירושה או צו קיום צוואה. 
- מסמכים רפואיים רלוונטיים: כל מסמך רפואי המצוי ברשותך הנוגע לאירוע הנדון. 
- אישור ממשרד הנסיעות בגין פיקדונות שאינם מוחזרים וכן פירוט תכנית הטיול המקורית בחו"ל. במידה ואינך זכאי להחזר כלשהו בגין כרטיס הטיסה המקורי, נבקשך לשלוח אלינו את הכרטיס המקורי. 
- קבלות **מקוריות** המעידות על התשלום בפועל עבור פיקדונות שאינם מוחזרים. 
- צילומי דרכון: 
- הדף הראשון בדרכון (כולל התמונה).
- הדף עם חותמת היציאה מהארץ.
- הדף עם חותמת הכניסה לארץ

יודגש כי במידה ובמהלך ברור וישוב התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים, נעדכנך בהודעה נפרדת.

להלן פירוט הליך יישוב תביעה הנהוג בחברתנו:

1. עם קבלת **מלוא** המסמכים הדרושים לנו, נבחן האם האירוע שבנדון והנזק הנטען הינם בכיסוי על פי פוליסת הביטוח שברשותך.
2. במידת הצורך, נציג מטעמנו ייצור עמך קשר לצורך השלמת בירור נסיבות האירוע הנטען.
3. במידה וישנו כיסוי ביטוחי על פי הפוליסה, יתכן כי המסמכים הרפואיים שיומצאו לנו יועברו להיוועצות פנימית רפואית לצורך בחינת הנזק הנטען.
4. במידת הצורך תתבקש להיבדק על ידי מומחה מטעמנו לצורך בחינת הנזק הנטען.
5. תוך 30 ימים ממועד סיום בירור נסיבות האירוע, בחינת הנזק הנטען וקבלת מלוא המידע והמסמכים הדרושים, נודיעך עמדתנו.

אם דרוש לך מידע נוסף, ניתן לפנות אלינו בטלפון **03-9277888 שלוחה 3**.

בברכה,

מחלקת תביעות

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ

ביטול / קיצור עקב מוות - נסיעות חו"ל

טופס הגשת תביעה בגין ביטול / קיצור נסיעה

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

פרטי בעל הפוליסה:

פוליסה מס': _____ בעל הפוליסה: _____ מס' תביעה: _____

פרטי התובע:

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

תאריך לידה: _____ טל' נייד: _____ טל' נוסף: _____

כתובת מגורים: _____

האם היו נלווים נוספים לנסיעתך? כן / לא

במידה וכן, יש לציין שמותיהם: _____

הצהרה על ביטוח נוסף:

האם הינך מחזיק כרטיס אשראי בינלאומי בתוקף? (הקיף בעיגול) כן / לא

במידה וכן, אנא ציין את כל כרטיסי האשראי הבינלאומיים שברשותך:

סוג הכרטיס	מס' הכרטיס	תוקף הכרטיס
ויזה כ.א.ל בינלאומי		
ויזה כ.א.ל זהב		
ויזה כ.א.ל פלטיניום		
דיינרס בינאומי		
לאומי ויזה בינלאומי		
לאומי ויזה זהב		
לאומי ויזה זהב עסקי		
לאומי ויזה פלטיניום		
מסטרכרד		
גולד מטרכרד		
מסטרכרד עסקי		
מסטרכרד פלטיניום		
אמריקן אקספרס		

האם ברשותך פוליסת ביטוח נסיעות לחו"ל נוספת? כן / לא

במידה וכן, יש לציין באיזו חברה: _____ מספר פוליסה: _____

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה בגין אירוע זה לחברת הביטוח? כן / לא

במידה וכן, יש לציין שם החברה ותאריך הדיווח: _____

ביטול / קיצור עקב מוות - נסיעות חו"ל

פרטי המחלה / תאונה:

תאריך האירוע: _____ ארץ אירוע: _____
תאריך יציאה מהארץ: _____ תאריך חזרה לארץ: _____
תיאור אירוע: _____

סה"כ הסכום הנתבע: _____

האם במהלך חצי השנה שקדמה לנסיעה לחו"ל סבלת מהמחלה הנ"ל? כן / לא
במידה וכן, נבקש לפרט: _____

הצהרה:

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

תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימה: _____

לכבוד

1. המבטח: איי אי ג' ישראל חברה לביטוח בע"מ.
2. או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברת הביטוח לאיסוף מידע

(להלן המבקשים)

טופס ויתור על סודיות - נפט

חלק א'

אני החתום מטה (פרטי המנוח):

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

כתובת: _____ טלפון: _____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ובכלל זה בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש (לרבות מרכזי הנפש "גהה" ו"שער מנשה"), קופות חולים, רופאים, עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הבריאות ו/או לשכות הרווחה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או מוסד שיקומי, פסיכיאטרי ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לעל עובד במוסדות המנהלים קרנות הפנסיה (לרבות מקפת, מרכז לפנסיה ותגמולים א.ש בע"מ ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ) למסור ל- _____ ו/או מי מטעמם (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידיהם ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי התחום הסייעודי ו/או שיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני עדיין 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 המפורטים לעיל, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם לרבות מכון מור ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור ומתיר להם בזאת מתן מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל מי מהגורמים המפורטים לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי ו/או המוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה כולל מידע על תשלומים ששולמו לי ומשלומים לי, וכן על תשלומים ששולמו לי או משלומים מכל מוסד אחר. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל, 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 שמפורטים להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
 או על המידע המפורט להלן: _____
 כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חלק ב'

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

ולהלן באתי על החתום (פרטי היורשים החוקיים):

שם מלא: _____	ת"ז: _____	חתימה: _____
שם מלא: _____	ת"ז: _____	חתימה: _____
שם מלא: _____	ת"ז: _____	חתימה: _____
שם מלא: _____	ת"ז: _____	חתימה: _____

אישור ואימות חתימה על ידי עד לחתימה:

תאריך: _____ שם עד לחתימה: _____ חתימת עד לחתימה: _____