

הנדון: פירוט מידע ומסמכים

מבוטח/ת נכבד/ה,

להלן רשימת המסמכים הדרושים לנו על מנת שנוכל לברר התביעה בגין החזר הוצ' רפואיות בחו"ל:

☞ טופס הודעה על הגשת תביעה (מצ"ב) מלא וחתום.

☞ מסמכים רפואיים רלוונטיים: אישור מהמוסד הרפואי כולל מסמך רפואי עם האבחנה הרפואית.

☞ במקרה של טיפול חירום בשיניים: מכתב מרופא השיניים המפרט את הטיפולים שקיבל הנפגע בעקבות האירוע הנדון ועלותם.

☞ אישור על תשלום – יש לצרף קבלות **מקוריות**.

☞ צילומי דרכון:

• הדף הראשון בדרכון (כולל התמונה).

• הדף עם חותמת היציאה מהארץ.

• הדף עם חותמת הכניסה לארץ.

☞ צילום המחאה של התובע או אישור מהבנק על "בעלות על חשבון" (לצורך ביצוע העברה בנקאית).

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 03-9272400 שלוחה 4.

בברכה,
מחלקת תביעות
איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ

טופס הגשת תביעה להוצאות רפואיות בחו"ל

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: _____ 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) לא / כן

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: _____

פרטי המחלה / התאונה:

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: _____