

הנדון: פרוט מידע ומסמכים

מבוטח/ת נכבד/ה,

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

- טופס הודעה על האירוע (מצ"ב) מלא וחתום.
- טופס וויתור על סודיות מקורי וחתום (מצ"ב).
- טופס למילוי ע"י הרופא המטפל (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 במידה והתביעה תוכר).

יודגש כי במידה ובמהלך ברור ויישוב התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים, נעדכןך בהודעה נפרדת. להלן פרוט הליך יישוב תביעה הנהוג בחברתינו:

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 ותבקש להיבדק ע"י מומחה מטעמנו לצורך בירור החבות.
 3. תוך 30 ימים ממועד סיום בירור נסיבות האירוע וקבלת מלוא המידע והמסמכים הדרושים, נודיעך עמדתנו. כמו כן, נא פנה לאתר החברה <http://www.aig.co.il/UserFiles/File/public.pdf> לצורך עיון במערכת הכללים של החברה לבירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור. במידה והנך נתקל בקשיים בהורדת מערכת הכללים מהאתר, אנא הודיענו ואנו נשלח אליך.
- אנו מאחלים לך החלמה מהירה ובריאות טובה.
אם דרוש לך מידע נוסף, ניתן לפנות אלינו בטלפון 03-9272508.

בברכה,

מחלקת תביעות AIG

* בכדי שנוכל לטפל במהירות וביעילות, נא לציין מס' תביעה, מס' התובע ושם התובע בכל פנייה.

יש לציין על גבי כל אחד מהמסמכים הבאים את מספר התביעה כפי שמופיע בראש מכתב זה ולהעביר אלינו בהקדם לכתובת: לאיי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ, הסיבים 25 קריית מטלון, ת.ד. 535 פתח-תקווה 49100, או באמצעות פקס מס' 03-9272442. **אין בהעברת מסמכים אלה משום התחייבות כלשהי של חברתנו להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח. על פי תנאי הפוליסה תקופת ההתיישנות של תביעה הינה 3 שנים מיום קרות האירוע כהגדרתו בפוליסה, בכפוף לאמור בכל דין. לתשומת לבך, הגשת התביעה בחברתנו אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות אלא רק תביעה משפטית המוגשת לבית המשפט המוסמך לדון בתביעה.**

בעל הפוליסה

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	מס' ת.ז.
<input type="text"/>	כתובת מגורים	<input type="text"/>		אימייל	
<input type="text"/>	טל' בבית	<input type="text"/>	טל' עבודה	<input type="text"/>	טל' נייד

תובע

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	מס' ת.ז.
<input type="text"/>	כתובת מגורים	<input type="text"/>		אימייל	
<input type="text"/>	טל' בבית	<input type="text"/>	טל' עבודה	<input type="text"/>	טל' נייד
<input type="text"/>	עיסוק/מקצוע	<input type="text"/>	שם מקום העבודה	<input type="text"/>	כתובת

<input type="text"/>	תאריך גילוי המחלה	<input type="text"/>	האבחנה הרפואית	<input type="text"/>	המוסד הרפואי בו אובחנה המחלה
<input type="text"/>	שמות המוסדות הרפואיים בהם טופל בעקבות המחלה:				<input type="text"/>
<input type="text"/>	שמות הרופאים שטיפלו בנפגע:				<input type="text"/>

אשפוז

המוסדות בהם אושפז התובע (יש לצרף אישורים)

<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך
<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך
<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך

אובדן כושר עבודה (יש לצרף אישורים)

<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך
<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך
<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	עד תאריך

האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות תביעה זו?

			מבטח אחר	כן	לא
		במידה וכן:			
<input type="text"/>	מס' תביעה	<input type="text"/>	שם חברת הביטוח	<input type="text"/>	
			המוסד לביטוח לאומי?	כן	לא
		במידה וכן, מס' תביעה			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	מוסדות אחרים/רשויות אחרות?	כן	לא
		פרוט			
		במידה וכן, נא לצרף אסמכתא	האם הוגשה תביעת נכות למוסד לביטוח לאומי?	כן	לא

פרטי חשבון בנק של התובע (לצורך העברה בנקאית במידה והתביעה תוכר)

<input type="text"/>	מס' חשבון	<input type="text"/>	מס' סניף	<input type="text"/>	בנק
----------------------	-----------	----------------------	----------	----------------------	-----

על מנת שנוכל להבטיח כי הטיפול בתביעה יהיה מדויק ויעיל, אנא אשר באמצעות חתימתך את נכונות הפרטים בשאלון זה.

אני מאשר בזאת כי כל הפרטים המופיעים בטופס זה הינם נכונים ומדויקים.

<input type="text"/>	חתימה	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	שם מלא
					במקרה והנפגע קטין (על האופוטרופוסים לחתום):
<input type="text"/>	חתימה	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	שם האם
<input type="text"/>	חתימה	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	שם האב

לשאלון זה מצורף טופס למילוי על ידי הרופא המטפל וכן טופס ויתור על סודיות רפואית אותו יש להעביר אלינו חתום ומקורי יחד עם יתר המסמכים.

לכבוד

1. המבטח: איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ.

או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברת הביטוח לאיסוף מידע

2. (להלן המבקשים)

טופס ויתור על סודיות

חלק א'

אני החתום מטה:

<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	ת"ז
<input type="text"/>	שם האב	<input type="text"/>	כתובת	<input type="text"/>	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, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרדהיננו, 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 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 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'

<input type="text"/>	מס' חבר	<input type="text"/>	סניף	<input type="text"/>	שם קופ"ח
----------------------	---------	----------------------	------	----------------------	----------

<input type="text"/>	שם קופ"ח בעבר	<input type="text"/>	מס' אישי בצה"ל
----------------------	---------------	----------------------	----------------

ולהלן באתי על החתום:

<input type="text"/>	חתימה	<input type="text"/>	שם מלא	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	-------	----------------------	--------	----------------------	-------

אישור ואימות חתימה על ידי עד לחתימה:

<input type="text"/>	חתימת עד לחתימה	<input type="text"/>	שם עד לחתימה	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	-----------------	----------------------	--------------	----------------------	-------

פרטי הרופא

<input type="text"/>	התמחות	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	שם פרטי
<input type="text"/>	ישוב	<input type="text"/>	כתובת	<input type="text"/>	שם מרפאה / סניף
<input type="text"/>	מספר פקס	<input type="text"/>	טלפון נייד	<input type="text"/>	מספר טלפון

פרטי מבוטח

<input type="text"/>	מס' ת.ז.	<input type="text"/>	שם משפחה	<input type="text"/>	שם פרטי
					המבוטח בטיפולי החל מתאריך

מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח
מתאריך	תרופות קבועות אותן נוטל המבוטח

האבחנה

<input type="text"/>	האבחנה הנוכחית
<input type="text"/>	המבוטח בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך
<input type="text"/>	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך
<input type="text"/>	הצורך בניתוח נקבע בתאריך
האם האבחנה והתלונה הנוכחית הם תוצאה של <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים	

אם כן, פרט

תאריך חתימה + חותמת הרופא המטפל