

אופן תשלום התביעה

לתשומת לבך, תשלום התביעה יועבר באמצעות העברה בנקאית.

אם תביעתך לפיצוי / החזר כספי הנה מעל 15,000 ש"ח, יש לצרף צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון בנק של המבוטח.

** האמור תקף רק במידה והתביעה אושרה

בנק מס' סניף מס' חשבון

במידה והתובע הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודת זהות של המוטבים.

ויתור על סודיות רפואית

אני החתום מטה, נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דורש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור לאי.איי.גיי ישראל ביטוח חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוחיה, עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ו/או יועץ הביטוח. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981, והיא חלה על מידע רפואי אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות. כתב ויתור זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי. ניתנת בזו זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

חתימת המבוטח מספר זהות של המבוטח
 שם + שם משפחה של המבוטח תאריך

נא השב על כל השאלות

שם ניתוח / תחליף ניתוח / השתלה / תרופה
 תאריך ניתוח / תחליף ניתוח / השתלה
 נא פרט מה הבעיה הרפואית ממנה הנך סובל
 מתי אובחנה לראשונה הבעיה ממנה הנך סובל (תאריך)
 מתי קבלת טיפול ראשוני ביחס לבעיה
 מתי הומלץ לראשונה על ביצוע ניתוח / תחליף ניתוח / השתלה / תרופה?
 שם הרופא הממליץ התמחות האם האבחנה והתלונה הנוכחית הינם תוצאה של

בתאריך מחלה תאונה



טופס תביעה - ניתוחים, תחילפי ניתוח, השתלות ותרופות

אם מדובר בתאונה, נא פרט תאריך, נסיבות ומהות הפגיעה הגופנית

 לא כן

במקרה של השתלה, האם בוצע רישום במרכז להשתלות הארצי

על מנת שנוכל להבטיח כי הטיפול בתביעתך יהיה מדויק ויעיל, אנא אשר באמצעות חתימתך את נכונות הפרטים בשאלון זה. אני מצהיר בזאת כי כל הפרטים המופיעים בטופס זה הינם נכונים ומדויקים.

<input type="text"/>	שם מלא	<input type="text"/>	תעודת זהות	<input type="text"/>	חתימת המצהיר
----------------------	--------	----------------------	------------	----------------------	--------------

במקרה והתובע הינו קטין (על האופטרופוס לחתום)

<input type="text"/>	שם האם	<input type="text"/>	תעודת זהות	<input type="text"/>	חתימה
----------------------	--------	----------------------	------------	----------------------	-------

<input type="text"/>	שם האב	<input type="text"/>	תעודת זהות	<input type="text"/>	חתימה
----------------------	--------	----------------------	------------	----------------------	-------



כל השירותים זמינים עבורך בכל עת
באזור האישי שלך << aig.co.il

מבלי לפגוע בזכויות | מבלי להכיר באחריות | מבלי לפגוע בטענת התיישנות

טופס תביעה - ניתוחים, תחילפי ניתוח, השתלות ותרופות - למילוי ע"י המבוטח/ת | עמוד 3/3

איי אי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ, הסיבים 25, קריית מטלון, ת.ד. 535 פתח-תקווה 4910001
מכירות טל': 1-800-400-400 מייל: sales@aig.co.il | שירות תביעות וחידושים, טל': 03-9272300
שירות וחידושים, מייל: service@aig.co.il | תביעות מייל: claims@aig.co.il | מוקד שירותי זהב טל': 1-800-430-430