

הנדון: פרוט מידע ומסמכים

מבוטח/ת נכבד/ה,

פנייתך שבנדון התקבלה במערכת התביעות של חברתנו.

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

- טופס הודעה על האירוע (מצ"ב).
- טופס וויתור על סודיות חתום (מצ"ב).
- עותק ממכתב פיטורין.
- אישור המוסד לביטוח לאומי כי הוכרת כמובטל ע"פ חוק הביטוח הלאומי.
- אישור לשכת שירות התעסוקה על תקופת התייצבותך בלשכה במטרה למצוא עבודה וכי לא הוצעה לך עבודה כאמור.
- אישור על ביצוע תשלומי ההלוואה לבנק.
- אישור מחברת הביטוח על ביצוע תשלום דמי הביטוח בגין פוליסת מבנה דירה.

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, כמפורט לעיל, נברר שאלת הכיסוי הביטוחי בהתאם לפוליסת הביטוח שברשותך. במידת הצורך, נציג מטעמנו ייצור עמך קשר לצורך בירור נסיבות האירוע הנטען.
2. תוך 30 ימים ממועד סיום בירור החבות וקבלת מלוא המידע והמסמכים הדרושים, נודיעך עמדתנו. 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.

מס' פוליסה מס' תביעה

בעל הפוליסה

שם פרטי שם משפחה מס' ת.ז.

כתובת מגורים

טל' בבית טל' עבודה טל' נייד

תובע

שם פרטי שם משפחה מס' ת.ז.

כתובת מגורים

טל' בבית טל' עבודה טל' נייד

עיסוק/מקצוע שם מקום העבודה כתובת

תאריך תחילת עבודה

ארוע

תאריך פטורין סיבת פטורין התחלת רישום בלשכת תעסוקה

האם נמצאה לך תעסוקה כלשהי שסירבת לה (פרט)?

האם מקבל קיצבה עקב הפרישה מהמעביד או מקופת גמל (פרט)?

האם יש קירבה משפחתית/כלכלית בינך לבין המעסיק (פרט)?

האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות תביעה זו?

מבטח אחר כן לא במידה וכן:

שם חברת הביטוח מס' פוליסה מס' תביעה

המוסד לביטוח לאומי? כן לא במידה וכן, מס' תביעה

מוסדות אחרים/רשויות אחרות? כן לא פרט

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

אני, (שם מלא) מאשר בזה כי כל הפרטים המופיעים בטופס זה הינם נכונים ומדויקים

חתימה תאריך

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:

	שם פרטי		שם משפחה
	ת"ז		כתובת

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות חולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי או משרד החינוך, השרות הפסיכולוגי, שרות בתי הסוהר, משרד הביטחון ו/או לכל עובד אחר בתחום הסוציאלי ו/או מוסד שיקומי, פסיכיאטרי ו/או מבטחים קרן פועלי בנין או קרן גמלאות או קרן כלשהי, להלן "המבקשים", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשים למסור ל- הנ"ל על מצב בריאותי ו/או סוציאלי או מצב בתחום סיעודי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או 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 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 מחבות שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרתם האגורה במאגרי המידע של המוסדות כאמור ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אל כל המוסדות 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 שיפורטו להלן.

למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור סודיות זה על המוסדות הבאים:

או על המידע המפורט להלן:

או על רשימה מלאה של רופאים שטיפלו בי:

חלק ב'

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

שמות נותני השרותים:

			רופאים
			מכונים, מעבדות
			תאריך
	עד לחתימה		חתימה

ייפוי כוח

הריני מיפה את כוחו/ה של לקבל המידע הרפואי המפורט לעיל.