

הנדון: פרוט מידע ומסמכים

מבוטח/ת נכבד/ה,

פנייתך שבנדון התקבלה במערכת התביעות של חברתנו. חברתנו משתתפת בצערכם על האבל הכבד שפקד את משפחתכם. על מנת להשלים במהירות את הטיפול בפנייה, נבקשך להמציא לידינו את המסמכים הבאים:

- תעודת פטירה.
- טופס וויתור על סודיות חתום ע"י היורשים החוקיים (מצי"ב).
- צו ירושה מקורי או העתק נאמן למקור מאושר בחותמת עו"ד.
- מסמכים רפואיים, דו"ח פתולוגי, דו"ח חדר מיון, דו"ח אמבולנס ו/או כל מסמך רפואי רלוונטי אחר.
- תיק משטרה.
- נתוני סילוק הלוואה מבנק

יודגש כי במידה ובמהלך ברור ויישוב התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים, נעדכך 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. תוך 30 ימים ממועד סיום בירור נסיבות האירוע וקבלת מלוא המידע והמסמכים הדרושים, נודיעך עמדתנו.
3. במידה והתביעה תוכר על ידינו חברתנו תפנה לבנק לצורך קבלת אישור על יתרת הלוואה לסילוק.
4. עם סילוק הלוואה לבנק (עד לגובה סכום הביטוח) וקבלת אישור הבנק על קבלת התשלום והסרת השעבוד, במידה ותיוותר יתרה מסכום הביטוח, היא תשולם ליורשים בהתאם לצו ירושה ו/או צו קיום צוואה.

או

5. סכום הביטוח ישולם ליורשים החוקיים בהתאם לצו ירושה ו/או צו קיום צוואה. 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.

<input type="text"/>	שם	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	מס' אישי בצה"ל
<input type="text"/>					
כתובת					
<input type="text"/>	שם קופת החולים	<input type="text"/>	שם רופא מטפל	<input type="text"/>	

כתב ויתור על סודיות רפואית

באיזה סניף מוסד לביטוח לאומי טופלה התביעה?

אנו החתומים מטה, יורשיו הבלעדיים של המנוח (להלן: "המנוח"), נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד ל המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ולקופת חולים, בית חולים כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, וכן משרד הביטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צה"ל על כל רופאיו והוועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הביטחון, ואדם אחר כלשהו למסור ל ו/או מי מטעמם את כל המידע ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש הנייל על מצב בריאותו ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי של המנוח ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחלה בה ואנו משחררים אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותו ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתו ו/או מחלתו של המנוח הנייל ומוותרים על סודיות זו כלפי הנייל ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הננו מייפים את כוחם של הנייל ו/או של כל רופא מטעמכם להגיש בשמנו בקשת עיון ולעיון, במידע אודות המנוח המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם. מבלי לפגוע באמור לעיל, הרינו מתירים בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שם המנוח במוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח ומשלם לנו ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע מסוג כלשהו כמפורט לעיל.

כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עיזבון המנוח ובאי כוחנו החוקיים וכן מי שיבוא במקומו.

ולראיה באנו על החתום:

<input type="text"/>	שם מלא	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	חתימה
<input type="text"/>	שם מלא	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	חתימה
<input type="text"/>	שם מלא	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	חתימה
עד לחתימה:					
<input type="text"/>	שם מלא	<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	חתימה
<input type="text"/>	תאריך				