

הנדון: פרוט מידע ומסמכים

מבוטח/ת נכבד/ה,

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

- טופס הודעה על אירוע תאונות אישיות (מצי"ב).
- טופס ויתור סודיות רפואית (מצי"ב).
- רשימת משחקים בליגה.
- כרטיס/תעודת שחקן (כולל תאריכי התוקף).
- אישור מעסיק בגין היעדרות מהעבודה (היעדרות בפועל).
- מסמכים רפואיים רלוונטיים: גיליון מיון, מסמכי אשפוז, דו"ח ניתוח, ממצאי בדיקות / ביקורות וכד'.
- קבלות מקוריות.
- אישור ממנהל הקבוצה/מאמן הקבוצה כי ביום התקיים אימון/משחק רשמי ומסודר של קבוצת וכי התובע נפגע במהלך פעילות זו.
- אישור מחלה **מרופא מומחה בתחום הפגיעה** המציין את תאריכי אי-הכושר ואת **ההגבלות הפיזיות שנבעו מהפגיעה**.
- אסמכתא רפואית בדבר הצורך לרכוש.
- מכתב מקופת החולים המפרט את סכום ההשתתפות של הקופה ברכישת.
- מסמכים מהמוסד לביטוח לאומי, אגף נפגעי עבודה, הנוגעים לאירוע הנדון.
- חוזה בין השחקן לאגודה.
- צילום המחאה של התובע או אישור מהבנק על "בעלות על חשבון" (לצורך העברה בנקאית).

יודגש כי במידה ובמהלך ברור ויישוב התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים, נעדכנך בהודעה נפרדת.

להלן פרוט הליך יישוב תביעה הנהוג בחברתינו:

1. עם קבלת מלוא המסמכים הדרושים לנו, נבחן האם האירוע שבנדון והנזק הנטען הינם בכיסוי על פי פוליסת הביטוח שברשותך. במידת הצורך, נציג מטעמנו ייצור עמך קשר לצורך השלמת בירור נסיבות האירוע הנטען.
2. במידה וישנו כיסוי ביטוחי על פי הפוליסה, יתכן כי המסמכים הרפואיים שיומצאו לנו יועברו להיוועצות פנימית רפואית לצורך בחינת הנזק הנטען. במידת הצורך תתבקש להיבדק על ידי מומחה מטעמנו לצורך בחינת הנזק הנטען.
3. 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 03-9272508.

בברכה,

מחלקת תביעות AIG

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

	<input type="text"/>	מספר פוליסה	<input type="text"/>	מספר תביעה
--	----------------------	-------------	----------------------	------------

בעל הפוליסה

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

תובע

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

ארוע

<input type="text"/>	תאריך הארוע	<input type="text"/>	שעת הארוע	<input type="text"/>
<input type="text"/>	תאור הארוע	<input type="text"/>	מקום	<input type="text"/>
<input type="text"/>	מהות הפגיעה הגופנית	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

המוסד בו קיבל הנפגע טיפול ראשוני

שמות המוסדות הרפואיים בהם טופל בעקבות התאונה:

<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>	שם המוסד	<input type="text"/>
<input type="text"/>	שם הרופא	<input type="text"/>	שם הרופא	<input type="text"/>

שמות הרופאים שטיפלו בנפגע:

<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם האירוע נגרם כתוצאה מתאונת דרכים?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם האירוע קרה במקום העבודה / בדרך לעבודה / בחזרה מהעבודה?
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם דווח למשטרה?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם האירוע נגרם כתוצאה מפגיעה פלילית?
<input type="text"/> מס' תיק		<input type="text"/> פרטי תחנת משטרה - שם תחנה	

אשפוז

המוסדות בהם אושפז התובע (יש לצרף אישורים)

<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	שם המוסד
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	שם המוסד
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	<input type="text"/>	שם המוסד
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	אובדן כושר עבודה מלא:	
<input type="text"/>	עד תאריך	<input type="text"/>	מתאריך	אובדן כושר עבודה חלקי:	

האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות תביעה זו?

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

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
----------------------	-----------	----------------------	----------	----------------------	-----

לשאלון זה מצורף טופס ויתור על סודיות רפואית. אנא, העבירו אלינו חתום יחד עם שאר המסמכים.

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

במקרה והנפגע קטין (על האפוטרופוסים 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

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 (במקרה של קטין ירשמו פרטיו):

<input type="text"/>	שם פרטי	<input type="text"/>	שם משפחה
<input type="text"/>	ת"ז	<input type="text"/>	
<input type="text"/>			
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, למסור ל- להלן- "המבקשים", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקשים 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 למצביהבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לגבי רשימת שמות הרופאים אשר טיפלו בי במסגרת תם 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:

על המידע המפורט להלן:

רשימה מלאה של רופאים שטיפלו בי:

חלק ב'

סניף

שם קופ"ח

שם המוסד

שמות נותני השרותים:

רופאים

מכונים, מעבדות

חתימה

במקרה של קטין, שם האב

חתימה

שם האם

חתימה

שם עד לחתימה

תאריך

במקרה של קטין - לתימת אופטרופוס

ייפוי כוח

לקבל המידע הרפואי המפורט לעיל.

הריני מיפה את כוחו/ה של