

**הנדון: פרוט מידע ומסמכים**

מבוטח/ת נכבד/ה,

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

- טופס שאלון תביעה אודות תאונה אישית (מצ"ב) חתום ומלא.
- מסמכים רפואיים רלוונטיים: גיליון חדר מיון, מסמכים רפואיים **מיום האירוע** המתעדים את נסיבות האירוע הנטען, סיכום אשפוז, ממצאי בדיקות/ביקורות וכד'.
- אישור משטרה (יש לצרף במקרה של תאונת דרכים או כל אירוע בו הייתה מעורבת משטרה).
- מסמכים מהמוסד לביטוח לאומי הנוגעים לאירוע הנדון (יש לצרף במקרה של תאונת עבודה באם הייתה פנייה למוסד זה).
- צילום תעודת זהות של ההורים כולל ספח (במידה ומדובר בתובע שהינו קטין).
- במידה ונרכש כיסוי לימי החלמה/אי כושר מלא זמני יש לצרף:
  - אישור מחלה מרופא מומחה בגין היעדרות מהעבודה, האישור צריך לכלול פירוט עם הסיבה הרפואית למתן ימי המחלה.
  - אישור מעסיק בגין היעדרות בפועל.
- צילום המחאה של התובע או אישור מהבנק על "בעלות על חשבון" (לצורך העברה בנקאית ורק אם התביעה תוכר).

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

מסמכי התביעה נסרקים בחברתנו בתוך יום עבודה מרגע קבלתם, עם סיום סריקת המסמכים תשלח אלייך הודעת טקסט (sms) המאשרת את קבלתם.

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.

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

תאונות אישיות | עמוד 1/4

אם דרוש לך מידע נוסף, ניתן לפנות אלינו בטלפון 03-9272400.

כמו כן, נא פנה לאתר החברה <http://www.aig.co.il/UserFiles/File/public.pdf> לצורך עיון במערכת הכללים של החברה לביטוח ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור. במידה והנך נתקל בקשיים בהורדת מערכת הכללים מהאתר, אנא הודיעו לנו ואנו נשלח אליך.

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"/>
<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"/>	טל' נייד <input type="text"/>	

## תובע

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

## ארוע

<input type="text"/>	תאריך הארוע	<input type="text"/>	שעת הארוע	<input type="text"/>	מקום	<input type="text"/>
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<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"/>	שם המוסד
----------------------	----------	----------------------	----------	----------------------	----------

הצהרה בדבר אוטאופורוזיס יש למלא רק בתביעות בגין שברים (חובה למלא חלק זה)

האם הינך חולה / סובל מאוטאופורוזיס?  כן  לא

האם עברת / ביצעת בעבר בדיקת אוטאופורוזיס?  כן  לא

<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	במידה וכן:	<input type="text"/>	מס' פוליסה	<input type="text"/>	שם חברת הביטוח
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	פרוט	<input type="text"/>	מס' תביעה	<input type="text"/>	מוסדות אחרים/רשויות אחרות?
<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
----------------------	-----------	----------------------	----------	----------------------	-----

על מנת שנוכל להבטיח כי הטיפול בתביעה יהיה מדויק ועילי, 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