

פוליסה מס'  מס' תביעה

## פרטי איש קשר

שם מלא  כתובת   
טל' נייד  טל' בית   
דואר אלקטרוני

## פרטי התובע

שם פרטי  שם משפחה  מס' ת.ז.

## פרטי הארוע

תאריך האירוע  שעת האירוע  מקום האירוע

## תיאור הארוע

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## הצהרה על ביטוח נוסף

- האם האירוע קרה במקום העבודה / בדרך לעבודה / בחזרה מהעבודה?  כן  לא
- האם האירוע נגרם כתוצאה מפגיעה פלילית?  כן  לא
- האם האירוע נגרם כתוצאה מתאונת דרכים?  כן  לא
- האם דווח למשטרה?  כן  לא

## אשפוז

המוסדות בהם אושפז הנפגע (יש לצרף אישורים)

1. שם המוסד  מתאריך  עד תאריך
2. שם המוסד  מתאריך  עד תאריך
3. שם המוסד  מתאריך  עד תאריך

האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות אירוע תביעה זה? \* מבטח אחר?  כן  לא

במידה וכן, שם חברת הביטוח:

\* מוסדות אחרים או רשויות אחרות?  כן  לא

פירוט:

האם הוגשה תביעת נכות למוסד לביטוח לאומי?  כן  לא במידה וכן, נא לצרף אסמכתא

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

אני מאשר בזאת כי כל הפרטים המופיעים בטופס זה הינם נכונים ומדויקים.

- שם מלא  ת.ז.  חתימה
- במקרה והנפגע קטין (על האפוטרופוסים לחתום):
- שם האב  ת.ז.  חתימה
- שם האם  ת.ז.  חתימה

**AIG** digital



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

שאלון תביעה - דיווח על תאונה אישית | עמוד 2/4

איי אי ג'יי 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

## הנחיות למילוי טופס ויתור סודיות רפואית

על מנת להשלים במהירות את הטיפול בתביעה, נבקשך להעביר טופס ויתור סודיות מקור, חתום על פי ההנחיות שלהלן:

- יש למלא את חלק ב' במלואו בנוכחות עד לחתימה.
- על היורשים החוקיים למלא את פרטיהם במקום המיועד לכך.
- על העד לחתימה להוסיף את פרטיו וחתימתו במקום המיועד לכך.
- על הטופס להיות קריא, ברור ומקורי בלבד.

### **אי קבלת טופס ויתור סודיות חתום ומקורי על פי ההנחיות שלהלן עלול לעכב את הטיפול בתביעתך.**

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

בברכה

מחלקת תביעות

איי ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ

יש לציין על גבי כל אחד מהמסמכים הבאים את מספר התביעה כפי שמופיע בראש מכתב זה ולהעביר אלינו בהקדם לכתובת דואר אלקטרוני [service@aig.co.il](mailto:service@aig.co.il)

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. מהמידע המצוי בדינו תאריך מקרה הביטוח הינו 25/06/2011. לתשומת לבך, הגשת התביעה בחברתנו אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות אלא רק תביעה משפטית המוגשת לבית המשפט המוסמך לדון בתביעה.



כל השירותים זמינים עבורך בכל עת  
באזור האישי שלך << [aig.co.il](http://aig.co.il)

שאלון תביעה - דיווח על תאונה אישית | עמוד 3/4

איי 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](mailto:sales@aig.co.il) | שירות תביעות וחדושים, טל': 03-9272300  
שירות וחדושים, מייל: [service@aig.co.il](mailto:service@aig.co.il) | תביעות מייל: [claims@aig.co.il](mailto:claims@aig.co.il) | מוקד שירותי זהב טל': 1-800-430-430

מס' תביעה

1. המבטח: איי אי ג'יי ישראל חברה לביטוח בע"מ.  
או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברת הביטוח לאיסוף מידע

2. (להלן המבקשים)

**טופס ויתור סודיות**

חלק א' (פרטי המנוח):

שם פרטי  שם משפחה  מס' ת.ז.

שם האב  כתובת  טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ובכלל זה בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש ( לרבות מרכזי הנפש "גהה" ו"שער מנשה" ), קופות חולים, רופאים, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד החינוך, ו/או למשרד הבריאות ו/או לשכות הרווחה ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או מוסד שיקומי, פסיכיאטרי ו/או לכל חברות הביטוח ו/או לעל עובד במוסדות המנהלים קרנות הפנסיה ( לרבות מקפת, מרכז לפנסיה ותגמולים א.ש בע"מ ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ ) למסור ל- **AIG ישראל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמם (להלן "המבקשים")** את כל הפרטים המצויים בידיהם ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי התחום הסיעודי ו/או שיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני עדיין חולה בה כעת כולל מחלת האיידס. כמו כן, הנני נותן בזאת הרשות 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 המפורטים לעיל, 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 לרבות מכון מור ואת כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת 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 מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל מי מהגורמים המפורטים לעיל, לרבות המוסד לביטוח לאומי ו/או המוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה כולל מידע על תשלומים ששולמו לי ומשלומים לי, וכן על תשלומים ששולמו לי או משלומים מכל מוסד אחר.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים לעיל, 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 שמפורטים להלן.

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

או על המידע המפורט להלן:

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

חלק ב':

שם קופ"ח:  סניף:  מס' חבר:

מס' אישי בצה"ל:  שם קופ"ח בעבר:

ולהלן באתי על החתום (פרטי היורשים החוקיים):

<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
<input type="text"/>	שם מלא	<input type="text"/>	ת.ז.	<input type="text"/>	חתימה

אישור ואימות חתימה על ידי עד לחתימה:

תאריך:  שם עד לחתימה:  חתימת עד לחתימה:

ת.ז. עד לחתימה:

