

הנדון: פרוט מידע ומסמכים

על מנת לאפשר לנו לטפל בה בצורה מקצועית ויעילה, נבקשך לפעול על פי ההנחיות המצוינות מטה.

מה עליי לעשות?

עליך למלא את טופס ההודעה המצורף ולהעבירו אלינו בצירוף המסמכים המפורטים בהמשך.

אלו מסמכים עליך לצרף?

- מסמכים רפואיים הנוגעים לגילוי המחלה.
- טופס ויתור על סודיות (מצ"ב) – חתום על ידך ועל ידי עד מהימן (רופא, אחות, עו"ד, עובד סוציאלי, פסיכולוג).
- סיכום מידע רפואי מרופא/ת המשפחה (בקופת חולים מאוחדת – היסטוריית אבחנות).
- צילום המחאה או אסמכתא המעידה על "בעלות על חשבון בנק" (לצורך העברה בנקאית אם התביעה תוכר).

לאן עליי לשלוח את המסמכים?

- ניתן "להעלות" את המסמכים באמצעות "האזור האישי" באתר החברה: www.aig.co.il/t/5b6G09
- ניתן את המסמכים לכתובת לשלוח דואר אלקטרוני: claims.doc@aig.co.il
- ניתן לשלוח את המסמכים לפקס: 03-9272442.

יש לציין על גבי כל אחד מהמסמכים את מס' התביעה כפי שמופיע בראש מכתב זה.

איך אדע שהמסמכים התקבלו בחברה?

המסמכים יסרקו תוך יום עבודה ממועד קבלתם בחברה. בסיום פעולת הסריקה תשלח אליך הודעת טקסט (SMS) המאשרת את קבלתם.

מה המשך התהליך?

לאחר שיתקבלו בחברתנו טופס הודעה והמסמכים שנדרשת להעביר, זכאותך לכיסוי ביטוחי תבחן על ידנו בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה. במידת הצורך ובהתאם לנסיבות האירוע, תישקל העברת התביעה לבדיקת מומחה לביטוח נסיבות האירוע והערכת הנזקים ו/או מומחה נוסף לצורך מתן חוות דעתו. זכותך להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמך במהלך ביטוח התביעה בעזרת המומחה. במידת הצורך תתבקש להיבדק על ידי מומחה מטעמנו לצורך בחינת הנזק הנטען.

במידה והכל ברור ותקין:

נאשר זכאותך לתשלום לפיצוי בהתאם לתנאי הפוליסה.

במידה וידרשו הבהרות ו/או מסמכים נוספים:

יישלח אליך מכתב בקשה להבהרות ו/או למסמכים נוספים, ככל שיהיה צורך בהם.

במידה ויתברר שאינך זכאי לכיסוי/תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה:

ישלח אליך מכתב עם פירוט הסיבות שבגללן אינך זכאי לכיסוי או תשלום.

בכל מקרה, תשובה בכתב תשלח אליך תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים.

בכל עת ניתן לפנות אלינו לבירורים בדואר אלקטרוני : claims@aig.co.il

על מנת למצות את זכויותיך ולבחון הגשת תביעה גם בפוליסות נוספות בחברתנו, אנו מפנים אותך לאזור האישי באתר החברה, בכתובת בו תוכל לצפות בכל הפוליסות שלך : www.aig.co.il/t/3UUE1 . וכן, לאתר המרכזי לאיתור מוצרי הביטוח שכתובתו harb.cma.gov.il

הנך מוזמן לפנות לאתר החברה www.aig.co.il בכל עת, לצורך עיון במערכת הכללים של החברה לברור ויישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור.

בברכה,

מחלקת תביעות

איי.איי.ג'י ישראל חברה לביטוח בע"מ

לידיעתך, הודעות בדבר מהלך ברור התביעה ותוצאותיה, נשלחות בדרך כלל באמצעות דואר אלקטרוני. במידה וברצונך לשנות את האופן בו תשלחנה ההודעות כאמור, יש ליצור קשר עם מוקד התביעות במספר: 03-9272300.



שאלון תביעה (ביטוח בריאות)

בעל פוליסה

שם פרטי שם משפחה מס' זהות

כתובת מגורים אימ"ל

טל' בבית טל' עבודה טל' נייד

תובע

שם פרטי שם משפחה מס' זהות

כתובת מגורים אימ"ל

טל' בבית טל' עבודה טל' נייד

עיסוק/מקצוע שם מקום העבודה כתובת

אשפוז

המוסדות בהם אושפז התובע (יש לצרף אישורים)

שם המוסד מתאריך עד תאריך

שם המוסד מתאריך עד תאריך

שם המוסד מתאריך עד תאריך

אובדן כושר עבודה (יש לצרף אישורים)

מתאריך עד תאריך

מתאריך עד תאריך

מתאריך עד תאריך



שאלון תביעה (ביטוח בריאות)

האם צפויים להתקבל תגמולים מן הגופים הבאים בעקבות תביעה זו?

במידה וכן :

לא

כן

מבטח אחר

מס' תביעה

מס' פוליסה

שם חברת הביטוח

במידה וכן מס' תביעה:

לא

כן

המוסד לביטוח לאומי?

פירוט:

לא

כן

מוסדות אחרים/ רשויות אחרות?

האם הוגשה תביעת נכות למוסד לביטוח לאומי?

לא

כן

במידה וכן, נא לצרף אסמכתא

לצורך העברה בנקאית במידה והתביעה תוכר)

פרטי חשבון בנק של התובע

מס' חשבון

מס' סניף

בנק

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

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

חתימה

ת"ז

שם מלא

במקרה והנפגע קטין (על האופוטרופוסים לחתום):

חתימה

ת"ז

שם האב

חתימה

ת"ז

שם האב

לשאלון זה מצורף טופס למילוי על ידי הרופא המטפל וכן טופס ויתור על סודיות רפואית אותו יש להעביר אלינו חתום ומקורי יחד עם יתר המסמכים.