

הודעה על מקרה פטירה על פי פוליסה לביטוח חיים

| שם הסוכן | מס' פוליסה | חותמת דואר התקבל |
|----------|------------|------------------|
| | | |

משפחה נכבד/ה,

אנו משתתפים בצערכם עם מות יקירכם/יקירתכם בטרם עת.

להלן דף הנחיות, הבא להדריך אתכם, בכל הנוגע למסמכים ולמידע אותו יש להגיש לחברת הביטוח, וזאת בכדי שנוכל לטפל בתביעתכם במהירות האפשרית ולשביעות רצונכם.

יחד עם טופס ההודעה על מקרה הביטוח, יש להעביר את המסמכים המקוריים, או העתק נאמן למקור, כמפורט מטה, לחברת הביטוח בהקדם האפשרי.

על מנת להקל עלינו בטיפול בתביעתכם, נבקשכם להשיב על כל השאלות המופיעות בטופס התביעה.

טופס ההודעה על מקרה הביטוח כולל את החלקים הבאים:

חלק א' - ימולא ע"י המשפחה. חלק זה כולל פרטים אישיים על המבוטח ז"ל.

חלק ב' - ימולא על-ידי הרופא שטיפל במבוטח ז"ל. חלק זה כולל מידע רפואי על מקרה הביטוח.

להלן רשימת האישורים הנדרשים לבירור תביעת פטירה:

1. טופס תביעה מלא על כל סעיפיו (מצ"ב).
2. אישור רופא משפחה לגבי היסטוריה רפואית.
3. תעודת פטירה מקורית (תוחזר בסיום הטיפול).
4. סיבת המוות מגורם מוסמך: משטרה, בי"ח, מד"א, רופא מטפל.
5. במידה והמבוטח נפטר בבית חולים, יש לצרף סיכום אישפוז.
6. במידה והמבוטח נפטר בתאונת דרכים, יש לצרף אישור משטרה.
7. צילום תעודות הזהות של המוטבים בפוליסה.
8. במידה והמוטבים הינם היורשים החוקיים: צו ירושה או צו קיום צוואה, בצירוף צילומי תעודות הזהות.
9. במקרה ומדובר בפוליסת מנהלים:
- א. אישור מעביד על העברת בעלות למבוטח.
- ב. טופס 161: "הודעת מעביד על תשלום מענק פרישה או מוות". טופס זה ימולא ע"י המעביד, בתאום עם החברה.
- ג. תצהיר שארים חתום ע"י עורך-דין.
10. במקרה ומדובר בפוליסת משכנתא המשועבדת לבנק: אישור מקורי מהבנק, המופנה לאיילון חברה לביטוח בע"מ, המפרט את יתרת ההלוואה, נכון למועד הפטירה.

בכל מקרה של בעיה או שאלה, הנכם מוזמנים לפנות לצוות תשלומי ביטוח חיים, בטלפונים הבאים: 03-7569659, 03-7569641.

שלא תדעו עוד צער!

**לשירותכם בכל עת,
אגף חסכון לטווח ארוך.**

| 1. פרטים מזהים של המבוטח ז"ל | | | |
|------------------------------|-----------------|-------------|------------|
| שם משפחה | שם פרטי | מס' ת.ז. | תאריך לידה |
| רחוב | מס' בית | ישוב | מיקוד |
| מספר טלפון | מספר טלפון נייד | מקצוע/עיסוק | |
| כתובת e-mail | מספר פקסימיליה | | |

| 2. פרטים רפואיים של המבוטח ז"ל | | | |
|--------------------------------|----------|----------------|--------------------|
| שם קופת חולים | שם הסניף | שם רופא המשפחה | שם בית חולים המטפל |
| שמות רופאים מטפלים נוספים | כתובתם | תאריך טיפול | |
| 1. _____ | 1. _____ | 1. _____ | |
| 2. _____ | 2. _____ | 2. _____ | |

| 3. פרטים על הפטירה | | | |
|--------------------|-------------|-------------|----------------------------------|
| תאריך הפטירה | מקום הפטירה | סיבת הפטירה | תיאור נסיבות הפטירה (תאונה/מחלה) |

| 4. ביטוחים נוספים | | | |
|--|-------------|-------------|--|
| האם הנפטר היה מבוטח בביטוח חיים בחברות אחרות <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא אם כן, פרט: | | | |
| שם החברה | סוג הפוליסה | מספר פוליסה | |
| 1. _____ | 1. _____ | 1. _____ | |
| 2. _____ | 2. _____ | 2. _____ | |

| מגיש התביעה | | | |
|---|----|------|-------|
| אני החתום מטה, מצהיר בזה כי תשובותי לעיל הינן מלאות וכנות וכי לא העלמתי מהחברה דבר בקשר לתביעה הנוכחית. ידוע לי כי על פי החוק, העלמת פרטים בהצהרתי זו, או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות, תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות לפיצוי עפ"י הפוליסה. | | | |
| תאריך | שם | ת.ז. | חתימה |

1. פרטים על מצבו הבריאותי של המבוטח ז"ל

- א. ציין את התקופה בה היה המבוטח בטיפולך: _____
- ב. האבחנה של המחלה או הפגיעה (ציין את כל הפרטים): _____
- ג. האם בוצעו הבדיקות הרפואיות הבאות: רנטגן - ☐ כן ☐ לא א.ק.ג. - ☐ כן ☐ לא
- בדיקות אחרות: _____
- תוצאות הבדיקות: _____
- ד. מועד התחלת המחלה/פגיעה: _____
- ה. האם אפשר לייחס את המצב הבריאותי הנוכחי לאיזו מחלה או פגיעת גוף קודמת (ציין פרטים): _____
- _____
- _____
- _____

2. הערות

| 2. הערות | | | |
|----------|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |