

הודעה ראשונה על תביעה במקרה מוות - ביטוח חיים

מס' פוליסה : _____

פרטי הנפטר

שם הנפטר _____ מספר זהות _____
כתובת הנפטר (במועד הפטירה) _____
מקצועו ועיסוקו של הנפטר (במועד הפטירה) _____

פרטי הפטירה

תאריך הפטירה _____ מקום הפטירה _____
סיבת הפטירה _____
תאור נסיבות הפטירה _____

פרטי קופת חולים (של המנוח)

שם קופת החולים _____ שם הסניף _____
כתובת הסניף _____

פרטי המטפלים במנוח

שם הרופא _____ כתובת _____
שם הרופא _____ כתובת _____
שם הרופא _____ כתובת _____

ביטוח חיים

האם לנפטר היה ביטוח חיים בחברות ביטוח אחרות? לא כן, אם כן פרט:

שם החברה _____ מס' הפוליסה _____
שם החברה _____ מס' הפוליסה _____
שם החברה _____ מס' הפוליסה _____

הטפסים המצורפים – סמן ב-X

- תעודת פטירה טופס 161 (2 עותקים)
- פוליסה/ות ביטוח טופס הצהרת מוטב
- סיכום מחלה מבית חולים טפסים אחרים _____

פרטי ממלא ההודעה:

שם _____ קרבה למנוח _____
כתובת _____
מס' טלפון (1) _____ מס' טלפון (2) _____

_____ 
חתימה

תאריך

טופס הצהרת מוטב

שם מבוטח/תאגיד מוטב-שם התאגיד _____ מספר זהות/ח.פ. _____
מספרי/פוליסה/ות _____

אני מצהיר בזאת כי:

- אני פועל עבור עצמי ולא עבור אחר.
 אני פועל עבור אחרים שהוא/הם:

מען**	תאריך לידה או התאגדות**	מספר זהות*	שם

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא כאשר המצהיר הוא תאגיד):

מען**	תאריך לידה או התאגדות**	מספר זהות*	שם

מחק את המיותר:

- * לרבות שם המדינה שבא הובא מסמך הזיהוי
** ימולא כאשר חסר שם או מספר זהות

אני מתחייב להודיע למבטח על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל,

מספר זהות _____

שם מורשה החתימה (מוטב תאגיד) _____

מספר זהות _____

שם מורשה החתימה (מוטב תאגיד) _____

חתימה*** _____ 

תאריך _____

***אם המוטב תאגיד – על ההצהרה להיות חתומה בחותמת התאגיד ובחתימת המורשים לחתום מטעמו.