

טופס תביעה לתשלום סכום הביטוח בגין מחלה קשה

נבקשך להעביר אלינו טופס זה והמסמכים המבוקשים בסעיף ה' להלן באמצעות סוכן הביטוח שלך או ישירות לחברתנו לכתובת:
הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף תביעות ביטוח חיים "בית הראל", אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 52118.

(3)	(2)	(1)	פוליסת המבוטח
-----	-----	-----	----------------------

א. פרטי המבוטח:

ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה		פרטים אישיים
טלפון נייד	טלפון בבית	כתובת		
תחביב	מקצוע/משלח יד		תאריך לידה	
שם קופת החולים		שם רופא משפחה		
טלפון	כתובת	שם מעסיק	מקום עבודה אחרון	

ב. האם שינית עיסוק/מקצוע מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? כן / לא. אם כן נא פרט עיסוקך החדש ומתי התחלת לעבוד בו _____

ג. פרטים על המחלה:

1. מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____
2. מתי אובחנה המחלה? _____
3. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שאיבחנו ו/או טיפלו בך בקשר עם המחלה הנ"ל?

ד. פרטים על ביטוחים נוספים:

האם יש לך ביטוחים נוספים המכסים בגין גילוי מחלה קשה? יש לציין פרטים (שם החברה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי) _____

ה. להלן פירוט האישורים ו/או המסמכים הנחוצים לצורך הטיפול בתביעה אותם יש לצרף לטופס זה:

מסמך רפואי המעיד על איבחון ו/או השתלשלות המחלה (תוצאות בדיקות/ תוצאות ביופסיה/סיכום אישפוז/אחר).

אני הח"מ (המבוטח) _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי מהחברה דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.
אני הח"מ (המבוטח) מבקש לאור כל האמור והמסמכים המצורפים לשלם לי את סכום הביטוח בהתאם לכיסוי בפוליסה/ות דלעיל.

_____ חתימה
_____ תאריך
_____ מקום