

א ג ף תביעות חיים
סניף:

תביעה לתשלום סכום ביטוח על פי הרחבת הבטוח לתשלום סכום ביטוח
(או ויתור על תשלום פרמיות) במקרה של נכות מוחלטת ו/או אובדן כושר עבודה

הודעת המבוטח - התובע

א. פרטים כלליים

פוליסה לביטוח חיים/גימלא מס'

בעל הפוליסה

המבוטח

כתובת המבוטח

מיקוד

טלפון

אם התובע איננו המבוטח נא לתת פרטים על התובע

סכום

הביטוח לפי ההרחבה

ב. פרטים נוספים על המבוטח

1. תאריך הלידה
2. מקצוע / משלוח יד
3. העיסוק לפני קרות הנכות
4. אם שינית את המקצוע/משלוח יד/העיסוק - מאז הוצאה הפוליסה הנ"ל, מסור נא פרטים על כך
5. באיזה קופת חולים אתה מטופל
6. שם רופא הבית וכתובתו

ג. פרטים על מקרה הנכות

1. האם הנכות נגרמה על ידי תאונה או מחלה?
2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה?

/2..

רח' היצירה 3, קרית אריה פ"ת 49512 טל': 9276808-03 פקס: 9295021-03

3. פרטים על מהלך סיבות ותוצאות התאונה/המחלה
4. מיהם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בקשר לנכות זו?
5. האם אתה עדיין מאושפז בבית חולים/בית החלמה? אם כן תן פרטים
6. מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעביד
7. מסור תאור מפורט על עבודתך ערב הנכות
8. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות רופא?
9. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז התחילה המחלה אם כן מתי זה היה?
10. האם אתה מסוגל לעבודה כלשהי? אם כן איזה סוג עבודה?
11. האם אתה עוסק עכשיו באיזו עבודה למען שכר או תגמול? אם כן מהי? ומה ההכנסה החודשית?
12. האם תוכל לפי דעתך לשוב לעבודתך שעבדת בה או לעיסוקך שעסקת בו טרם קרות הנכות? כן לא
אם לא מדוע לא?
13. האם תוכל לדעתך לעבוד בעבודה אחרת או בעיסוק שונה? כן לא
אם כן איזה?
14. האם אתה חושב שהעבודה האחרת או העיסוק השונה (לפי שאלה 13) איננה מתאימה לך? כן לא
אם לא, מדוע?
15. אם יש לך ביטוחים אחרים המכסים נכות מתאונה ו/או מחלה מסור פרטים (שם החברה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד)
16. אני (המבוטח) .. מזהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון וכי לא העלמתי
דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.
- אני המבוטח / התובע, מבקש לאור כל האמור כאן: לשלם לי / לתובע, את סכום הביטוח לפי ההרחבה הנ"ל (*)
לשחרר את בעל הפוליסה מתשלום פרמיות בעד הפוליסה (*) וזאת על פי ההרחבה הנ"ל. (*) מחק את המיותר.

מקום תאריך חתימה /3.

תוספת לטופס תביעה לתשלום במקרה נכות

1. שאלות נוספות במקרה תביעה לפי ביטוח נוסף "שלוה"

- א. מתי הודעת לראשונה לחברה על אי-הכושר לעבודה?
- ב. מתי תוכל לפי דעתך ו/או לפי דעת הרופאים המטפלים בך לשוב לעבודתך או לעיסוקך לפני אי-הכושר לעבודה?
- ג. אם אתה שכיר מה היתה משכורתך החודשית האחרונה לפני אי-הכושר לעבודה?
- ד. אם אתה עצמאי או עצמאי שכיר, מה היתה הכנסתך החודשית הממוצעת ב- 12 החודשים האחרונים שקדמו לאי-הכושר לעבודה?
- ה. האם אתה מקבל או קיבלת תשלומים חודשיים בזמן אי-כושר לעבודה שמקורם ממעבידך, חברת הביטוח, קרן פנסיה, ביטוח לאומי וכדומה? אם כן, ציין המקור הסכום החודשי ומשך התשלום
- האם הגשת תביעת גוף למח' אחרת ב"מגדל", מה מספרה?

2. הערה חשובה:

יש לצרף תעודות רפואיות ומסמכים אחרים המעידים על מצב הבריאות והטיפול שנעשה, במקרה של תביעה לפי ביטוח נוסף "שלוה" יש לצרף גם מסמכים להוכחת המשכורת וההכנסה.

.....

תאריך	שם המבוטח	חתימה
-------	-----------	-------