

אגף תביעות חיים

תביעה לתשלום סכום ביטוח על פי הרחבת הביטוח 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 לידה _____ (אם הגיל לא אושר בפוליסה יש לצרף אישור הגיל)
 2. מקצוע / משלוח יד _____
 3. העיסוק לפני קרות הנכות _____
 4. אם שינית את המקצוע / משלוח יד / עיסוק - מאז הוצאה הפוליסה הנ"ל, מסור נא פרטים על כך:
 5. באיזה קופת חולים אתה מטופל _____ הסניף _____
 מס' חבר _____
 6. שם רופא הבית וכתובתו _____

ג. פרטים על מקרה הנכות

1. האם הנכות נגרמה ע"י תאונה או מחלה? _____
 2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____

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, פרט _____

6. מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעביד _____

7. מסור תיאור 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) _____ מצהיר 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 _____

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, המ 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 _____

ו. 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.

חתימה

שם המבוטח

תאריך