

מבלי לפגוע בזכויות או בטענת התיישנות

טופס תביעה לפיצוי לפי פוליסת אמצע החיים

לפי הכיסויים: מוות, שברים, כוויות, אשפוז, אובדן/פגיעה בתפקוד במקרה של תאונה

נבקשך להעביר אלינו טופס זה והמסמכים המבוקשים בסעיף ד' 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.

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

א. פרטי המבוטח:

פרטים אישיים	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
	כתובת	טלפון בבית	טלפון נייד
	תאריך לידה	מקצוע/משלה יד	
	שם רופא משפחה	שם קופת החולים	

ב. פרטים על התאונה:

1. מתי ארעה התאונה? _____

2. תאר את פרטי המקרה: _____

3. האם זו תאונת עבודה? כן / לא ?

4. האם זו תאונת דרכים? כן / לא ? היכן מטופלת תביעה לפי פלט"ד? _____

ג. האם אושפזת בבי"ח בעקבות התאונה? כן / לא ?

שם בית החולים _____

תאריכי אישפוז _____

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

- תעודת פטירה ואסמכתאות רפואיות בדבר נסיבות הפטירה.
- במידה ולא צויינו מוטבים: צו ירושה או צו קיום צוואה
- אישור רפואי (ממרפאה או בית חולים) ממועד התאונה – דו"ח טיפול רפואי ראשוני.
- במקרה של תאונת דרכים – אישור משטרה.
- במקרה של כוויות מכתב מרופא כירורג או פלסטיקאי בקשר לדרגת הכוויה והיקפה.
- במקרה של שבר- פענוח של צילום רנטגן ו C.T. או MRI ומכתב מרופא אורטופד ו/או רופא מומחה.
- במקרה של אישפוז בבי"ח- סיכום שיחרור מבי"ח.
- אסמכתא רפואית המעידה על אבדן/פגיעה בתפקוד של איבר.

ה. 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 פיצוי בהתאם לפוליסה/ות לעיל.

חתימה	תאריך	מקום
מס' חשבון	מס' סניף	שם בנק

במקביל ציין:

*יש לצרף צילום המחאה לצורך העברת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק.

הערות:

- תשלום אישפוז בבי"ח ישולם רק במידה ובעקבות התאונה נגרם שבר ו/או כוויה ו/או איבוד איבר.
- תביעה לתשלום עפ"י פרק הסיעוד בפוליסה יש למלא טופס תביעת סיעוד.
- תביעה להחזר הוצאות רפואיות עפ"י הפוליסה יש למלא טופס החזר הוצאות.
- אין ברשימה המצ"ב כדי למנוע מהחברה להרחיב בירור חבותה ולקבל לידיה אסמכתאות נוספות.