

לכבוד
בנק מזרח טפחות בע"מ

הודעה על פטירת לווה המבוטח בקולקטיב לחברת הביטוח

לתשומת לבך, סעיף 1 בטופס זה ימולא על ידי המודיע על הפטירה ואילו סעיף 2 ימולא על ידי הרופא אשר טיפל במנוח.

1. **הודעה על פטירה - חלק זה ימולא ע"י המודיע על הפטירה**
לפי פוליסת ביטוח חיים, שהוצאה בגין ההלוואה שמספרה נקוב לעיל, הננו מבקשים להודיע לחברות הביטוח על פטירת ז"ל בתאריך _____, כמפורט להלן:

א. פרטי המנוח

שם המנוח:	מס' ת"ז/דרכון:
תאריך לידה:	תאריך עליה לארץ:
קופת חולים המבטחת _____ סניף _____	

מיקוד	מספר	רחוב	יישוב	כתובת המנוח בעת פטירתו
				מקום פטירת המנוח
				משך תקופת המחלה ממנה נפטר המנוח
		כתובת המוסד	שם המוסד	המוסד בו היה המנוח מאושפז בגין המחלה שממנה נפטר
טלפון		כתובת	שם הרופא	פרטי הרופאים שטיפלו במנוח
				א. רופא המשפחה
				רופא שטיפל במנוח בגין המחלה שממנה נפטר
				ג. רופאים אחרים
			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם הוצא צו ירושה/צו קיום צוואה עקב פטירת המנוח?

ב. אסמכתאות מצורפות להודעה (יש לסמן במשבצת המתאימה):

<input type="checkbox"/>	העתק מתעודת פטירה רשמית ממושרד הפנים	<input type="checkbox"/>	תעודה רפואית לסיבת המוות
<input type="checkbox"/>	פוליסת ביטוח חיים	<input type="checkbox"/>	טופס ויתור על סודיות רפואית חתום ע"י יורשי המנוח (במידת הצורך)
<input type="checkbox"/>	צו ירושה /צו קיום צוואה בצירוף צוואה (במידת הצורך)	<input type="checkbox"/>	מסמכים ודוחות רפואיים הקשורים לתביעה
<input type="checkbox"/>	אחר (פרט) _____		

ג. פרטי מוסר ההודעה

מיקוד	מספר	כתובת		קרבה למנוח	מס ת"ז/דרכון	שם מלא
		רחוב	יישוב			

טלפון 1: _____ טלפון 2: _____

בכבוד רב,

חתימת מוסר ההודעה

הודעה על פטירת לווה (המשך)

2. פרטי הטיפול במנוח – חלק זה ימולא ע"י הרופא המטפל

שם המנוח: _____ מס' ת"ז/דרכון: _____

- א. המנוח היה בטיפול מתאריך: _____
- ב. שם המחלה שבעקבותיה המנוח נפטר: _____
- ג. מועד גילוי המחלה בעקבותיה המנוח נפטר: _____
- ד. מחלות רקע מהן סבל המנוח ומועד גילוייהן: _____

שם המחלה	מועד הגילוי

ה. התרופות והטיפול שהמנוח קיבל עקב גילוי המחלות:

שם התרופה או הטיפול	מועד תחילת הטיפול

חתימה וחותמת

כתובת

שם הרופא המטפל

תאריך

לרשותך, בכל שאלה, מרכז המשכנתאות לפניית לקוחות
בימים א'-ה' בין השעות 08:00-17:30.
יום ו' בין השעות 08:00-13:00.
טלפון: *8860 שלוחה 4
דואר אלקטרוני: bituach@umtb.co.il
פקס: 03-5686982