

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
		כתובת	שם הרופא	פרטי הרופאים שטיפלו במנוח
				א. רופא המשפחה
				רופא שטיפל במנוח בגין המחלה שממנה נפטר
				ג. רופאים אחרים
				האם הוצא צו ירושה/צו קיום צוואה עקב פטירת המנוח? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

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

<input type="checkbox"/> העתק מתעודת פטירה רשמית ממשרד 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

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

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 בטיפולי 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 לפניות לקוחות
בימים א'-ה' בין השעות 08:00-18:30.
יום ו' בין השעות 08:00-13:00.
טלפון: *8860 שלוחה 4
דואר אלקטרוני: stf@umtb.co.il
פקס: 03-5686982