



בקשה לתשלום סכום ביטוח החיים

א. פרטי החבר המבוטח:

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות *	מס' תיק במשרד הבטחון	% נכות	תאריך לידה	תאריך פטירה

* יש לצרף תעודת פטירה

ב. פרטי המבקש:

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות *	קרבה לנפטר	כתובת
			טלפונים	בית:
				נייד:
				עבודה:

ג. כתב מינוי מוטבים:

- הנפטר מילא כתב מינוי מוטבים (יש לצרף צילום של כתב המינוי אם מצוי בידי המבקש).
- הנפטר לא מילא כתב מינוי מוטבים.
- לא ידוע האם הנפטר מילא כתב מינוי מוטבים.

ד. מקדמה לאלמנת הנפטר:

חלק זה ימולא רק אם אין כתב מינוי מוטבים

- אני אלמנת הנפטר מעוניינת לקבל מקדמה בשיעור 25% מהסכום העומד לחלוקה.
- אני אלמנת הנפטר אינני מעוניינת לקבל מקדמה.

כתובת האלמנה: _____ טלפון: _____

(קבלת המקדמה כפופה לחתימת טופס "תשלום מקדמה לאלמנה" (טופס 4) יש לצרף טופס זה חתום)

ה. הצהרת המבקש וחתימתו:

הנני לאשר כי הוסבר לי הליך הטיפול והפעולות הנדרשות לקבלת כספי ביטוח החיים (לרבות המקדמה, ככל שהדבר רלוונטי), והבנתי את ההסבר שניתן לי. ידוע לי כי זכויותיי (אם קיימות) בנושא ביטוח החיים הן על פי הוראות ההסכם עם חברת הביטוח ותקנון ביטוח החיים של ארגון נכי צה"ל, כפי שיהיו מעת לעת.

חתימת המבקש

תאריך

עד לחתימה (עובד מחוז הארגון)

תעודת זהות:

תפקיד:

שם מלא:

חתימה:

תאריך:

נחתם ב:

רק הנוסח המלא והתקף של ההסכם עם חברת הביטוח, והתקנון והוראות הקבע של הארגון, מחייב את חברת הביטוח ו/או הארגון

* מגיש בקשה המעוניין בקבלת הכספים, ככל שמגיעים לו, בהעברה בנקאית או בדואר רשום, ימלא את טופס 1.1

ו. הערות: