

**בקשה למימוש זכויות - טופס מקרה פטירה**

**ראשית אנו מבקשים להביע את השתתפותנו בצערכם.**  
**לצורך טיפול בתביעה נבקש לקבל בנוסף לטופס זה, החתום במקור, את המסמכים הבאים.**  
**מסמכים אלו הינם חלק בלתי נפרד מטופס התביעה וללא מסמכים אלו לא נוכל להתחיל בבירור זכויותיך.**

1. תעודת הפטירה ממשרד הפנים – **מקור**.
2. כל המסמכים והדוחות הרפואיים הקשורים לתביעה, לרבות דו"ח מפורט מבית חולים על האישפוז הקשור במקרה המוות, דו"ח ניתוח, דו"ח נתיחה שלאחר המוות, דו"ח מפורט של הרופא שטיפל במבוטח. במקרה שלא היה טיפול רפואי – תעודה על סיבת המוות ונסיבותיו, וכן דו"ח מד"א – אם קיים.
3. במקרה שהמוות אירע כתוצאה מתאונה – יש להמציא, בנוסף לאמור לעיל, אישור ממוסד ממשלתי (כגון משטרת ישראל, המכון לרפואה משפטית, משרד הביטחון) המעיד על נסיבות התאונה שגרמה לפטירה.
4. תצהיר שאירים<sup>1</sup> חתום בפני עו"ד.
5. צילומי תעודות הזהות של השארים ושל המוטבים על פי הפוליסה בצירוף ספח.
6. אם קיימים שאירים ו/או מוטבים קטינים שאין להם "אפוטרופוס טבעי", יש להמציא צו בימ"ש הממנה להם אפוטרופוס. אם קיימים שאירים ו/או מוטבים פסולי דין- צו מינוי אפוטרופוס/ נציג החוקי שלהם. כל האמור בצירוף צילום תעודות הזהות+ ספח של האפוטרופוס/הנציג.
7. מקור-העתק מאושר ומתאים למקור של כל הצוואות, צווי קיום צוואה, צווי ירושה וכל צו/ פסק דין/ החלטה שיפוטית אחרת שניתנו בקשר למנוח, גם בחייו, המתייחסת למוטבים לפי פוליסות הביטוח או לזכאים לקבלת הכספים מכוחן.
8. בביטוח מנהלים – טופס 161 מקורי חתום על ידי המעסיק.
9. כתב ויתור סודיות רפואית – שארים

**נא להשיב על כל השאלות שלהלן בפרוטרוט:**

**הודעת המוטבים**

**א. פרטים כלליים**

מס' פוליסות לביטוח חיים \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ המבוטח (המנוח/ה) \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

פרטי הבנק של המוטבים (נא לצרף צילום שיק מבוטל/ אישור בנק) :  
בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ מס' הסניף \_\_\_\_\_ ח-ן \_\_\_\_\_

**א. פרטים על ביטוחי החיים של המנוח/ה**

בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ המבוטח \_\_\_\_\_

מספרי פוליסות \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

**ב. פרטים אודות מגיש הבקשה**

<sup>1</sup> שאירים- בן זוג של העובד בשעת פטירתו, לרבות הידוע בציבור כבן זוגו והוא גר עמו, וילד של העובד שהוא בגדר תלוי במבוטח לענין גימלאות לפי פרק ג' לחוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], תשכ"ח-1968, ובאין בן-זוג או ילדים כאמור – ילדים והורים שעיקר פרנסתם היתה על הנפטר (ראה: ס' 5 לחוק פיצויי פיטורים, תשכ"ג-1963).

שם \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת מגיש הבקשה \_\_\_\_\_

הקשר של מגיש הבקשה למנוח/ה \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**ג. פרטים על מקרה המוות**

1. מהו תאריך פטירת המנוח/ה?

2. מקום הפטירה \_\_\_\_\_

3. מהי סיבת המוות ונסיבותיו? – אנא פרט

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. מיהם הרופאים ו/או המוסדות הרפואיים שטיפלו במנוח בשנה שקדמה למועד הפטירה?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. שם קופת החולים וכתובת הסניף בו טופל המנוח

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. האם המנוח היה מבוטח בביטוח חיים בחברות אחרות? אם כן – פרט את שמות החברות ומספרי הפוליסות

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. האם המנוח זכאי לפיצוי מגורם נוסף כלשהו בגין מקרה המוות (גורם ממשלתי, בטחוני או אחר)? אם כן- פרט מהו הגורם ומכח מה קיימת הזכאות.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. האם המנוח נפטר במהלך תאונת דרכים או כתוצאה ממנה : כן / לא

אם כן- מה שם חברת הביטוח אשר ביטחה את הרכב: \_\_\_\_\_

**ד. פרטים אודות שאירים (ראה הגדרה בעמ' 1 לעיל) ומוטבים**

9. אנא מלא הפרטים בטבלה:

שם השאיר	סוג הקירבה למנוח/ה	מס' ת.ז.	תאריך לידה	מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח/ה	האם היה תלוי במנוח/ה לפרנסתו
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

חתימת המבקש: \_\_\_\_\_

10. האם השאיר/ה המנוח/ה צוואה?  כן  לא

אם כן : האם יש בה התייחסות לפוליסות הביטוח או לפוליסה נשוא בקשתך זו וכן האם נרשמה בה זהות הנהנים בפוליסה נשוא הבקשה, פרט.

---

---

---

11. האם קיים צו ירושה / צו קיום צוואה / החלטה שיפוטית או פסק דין שיש בהם התייחסות למוטבים לפי פוליסות הביטוח או לזכאים לקבלת תגמולי הביטוח על פי הפוליסה?

---

---

---

**טיפים חשובים בעת מילוי הטופס:**

- \* וודאו מילוי מדויק ומלא של כל השאלות בטופס וכן צרפו את כל המסמכים הנדרשים (הדבר ימנע עיכוב בטיפול בתביעה ויזרז את זמן המענה של החברה)
- \* אין בטופס זה כדי להוות הודאה ו/או הכרה בחבות מצד החברה בזכויותיך.
- \* סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, קובע תקופת ההתיישנות למשך שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

**הצהרה**

אני החתום מטה, המגיש תביעה זו, מצהיר בזה כי תשובותיי לעיל הינן מלאות וכנות וכי אין בחזקתי או בשליטתי מסמכים נוספים שהתבקשו על ידיכם בטופס דלעיל, ידוע לי כי על פי הוראות החוק, העלמת פרטים בהצהרתי זו או מתן תשובות שאינן מלאות וכנות תגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת הזכות לפיצוי על פי הפוליסה. ידוע לי כי על פי סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא שלוש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבקש \_\_\_\_\_

חתימת בעל הפוליסה \_\_\_\_\_  
(כאשר הפוליסה לא היתה בבעלות המנוח)

**כתב ויתור על סודיות רפואית- שארי המנוח/ה**

שם המנוח /ה \_\_\_\_\_:

כתובת \_\_\_\_\_:

מס' ת.ז. \_\_\_\_\_:

שם קופת החולים \_\_\_\_\_:

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_:

מס' אישי בצה"ל \_\_\_\_\_:

באיזה סניף מוסד לביטוח לאומי טופלה התביעה \_\_\_\_\_:

אנו החתומים מטה, יורשיו הבלעדיים של המנוח \_\_\_\_\_ (להלן: "המנוח"), נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ולקופת חולים, בית חולים, כל רופא, המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, וכן משרד הבטחון על כל שלוחותיו ו/או שלטונות צה"ל על כל רפאיו והועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הבטחון, ואדם אחר כלשהוא **למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ** ו/או מי מטעמם את כל המידע, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתדרש ע"י המבקש הנ"ל על מצב בריאותו ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי של המנוח ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחלה בה ואנו משחררים אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואיות בכל הנוגע למצב בריאותו ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתו ו/או מחלתו של המנוח הנ"ל ומוותרים על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הננו מייפים את כוחם של הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמם להגיש בשמנו בקשת עיון ולעיין במידע אודות המנוח המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם.

מבלי לפגוע באמור לעיל, הרינו מתירים בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שם המנוח במוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח ומשלם לנו ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר למסירת מידע מסוג כלשהוא כמפורט לעיל.

כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עזבון המנוח ובאי כוחינו החוקיים וכן מי שיבוא במקומינו.

ולראיה באנו על החתום:

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

עד לחתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: יום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_

חתימת המבקש: \_\_\_\_\_