

מספר פוליסה/ת:

## טופס תביעה למקרה פטירה - פוליסה/ות לביטוח חיים

<b>פרטי הנפטר</b>	
שם הנפטר	ז"ל מספר ת.ז.
כתובת הנפטר (במועד הפטירה)	
מקצועו ועיסוקו של הנפטר (במועד הפטירה)	
<b>פרטי הפטירה</b>	
תאריך הפטירה	שם הרופא המטפל
כתובת הסניף/כתובת הרופא המטפל	
<b>פרטי קופת חולים (של המנוח) ב-5 השנים שלפני הצטרפותו לביטוח</b>	
שם קופת החולים	מקום הפטירה
סיבת הפטירה	
תאור נסיבות הפטירה	
<b>שמות הרופאים הנוספים שטיפלו במנוח</b>	
שם הרופא	שם המוסד הרפואי/כתובת
שם הרופא	שם המוסד הרפואי/כתובת
שם הרופא	שם המוסד הרפואי/כתובת
<b>ביטוח חיים</b>	
האם לנפטר היה ביטוח חיים בחברות ביטוח אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט:	
שם החברה	מס' פוליסה
שם החברה	מס' פוליסה
שם החברה	מס' פוליסה
<b>הטפסים המצורפים - סמן ב-X</b>	
<input type="checkbox"/> תעודת פטירה מקורית	<input type="checkbox"/> טופס 161/אישור פקיד שומה
<input type="checkbox"/> אישור סיבת הפטירה	<input type="checkbox"/> תצהיר שאירים
<input type="checkbox"/> סיכומי מחלה מבית חולים	<input type="checkbox"/> טפסים אחרים
<b>פרטי ממלא ההודעה</b>	
שם	ת"ז
קירבה למנוח	כתובת
מס' טלפון (1)	מס' טלפון (2)

מספר פוליסה/ת:

## הצהרת מוטבים כנדרש בצו לאיסור הלבנת הון

על כל המוטבים לחתום ולצרף צילום תעודת זהויה, כולל ספח כתובת עדכנית, כנדרש בצו לאיסור הלבנת הון.

1. הנני (שם מלא של המוטב) \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_

מען \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### מצהיר כי:

אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח.

הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח הם:

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_

2. הנני (שם מלא של המוטב) \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_

מען \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### מצהיר כי:

אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח.

הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח הם:

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_

3. הנני (שם מלא של המוטב) \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_

מען \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

### מצהיר כי:

אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח.

הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח הם:

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_ מען \_\_\_\_\_

## **בעת הגשת תביעה לתשלום דמי הביטוח עקב מקרה מוות**

### **יש להמציא את המסמכים המפורטים:**

- א. תעודת פטירה מקורית (או מאושרת למקור ע"י עורך - דין) בציון סיבת הפטירה (באם סיבת הפטירה אינה מצוינת בתעודת הפטירה, יש להמציא אישור רפואי לגבי סיבת הפטירה).
- ב. אם המבוטח היה מאושפז בבית חולים, יש להמציא את סיכומי האשפוז מכל האשפוזים, כולל סיכום האשפוז הראשון והאחרון.
- ג. יש להודיע לחברה את שם וכתובת סניף קופ"ח ושם הרופא המטפל - אצלו טופל המנוח במשך השנים, כולל מלפני הצטרפותו לביטוח - לשם קבלת תיק רפואי מקופ"ח במידת הצורך.
- ד. אם יש בין המוטבים קטינים - יש להמציא הצהרת אפטרופוסות חתומה בפני עורך - דין, או צו אפטרופוסות - בהתאם.
- ה. אם המוטבים הם היורשים החוקיים - יש להמציא צו ירושה מבית-המשפט, או צו קיום צוואה מאושר ע"י בית-המשפט.
- ו. אם הפוליסה היא פוליסה לביטוח מנהלים יש להמציא גם:
  - 1) טופס 161 ממולא וחתום ע"י המעביד ואישור פקיד שומה המופנה לחברה לגבי ניכוי מס במקור/פטור מכספי הפיצויים בפוליסה/ות.
  - 2) אם בפוליסה כספי פיצויים, יש להמציא תצהיר שאירים בו יש לציין מי הם שאירי המנוח לפי סעיף 5 לחוק פיצויי - פיטורין, חתום ומאושר ע"י עורך-דין. (אם יש בין השאירים קטינים - יש להמציא הצהרת אפטרופוסות חתומה בפני עורך דין או צו אפטרופוסות - בהתאם).
  - ז. אם הפוליסה היא מסוג חיסכון פרט, יש למלא הצהרת FATCA ו- CRS לכל אחד מהמוטבים.
  - ח. יש להמציא לחברה את צילום תעודות הזיהוי של כל המוטבים בפוליסה.
  - ט. על יורשי הנפטר לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ולצרף צו ירושה/צו קיום צוואה מאושר ע"י, בית משפט (לשם פניה למוסדות רפואיים, במידת הצורך).
  - י. במידת הצורך, ולפי העניין יתכן וידרשו מסמכים נוספים.
  - יא. יש לשים לב - התיישנות לגבי התביעה תחול עד 3 שנים מיום הפטירה.
  - יב. אנו מודים מראש על שיתוף הפעולה לשם קידום הטיפול בתביעה.

מספר פוליסה/ת:

## נתוני מוטבים לעניין FATCA ו- CRS

פרטי מוטב					
שם משפחה ושם פרטי / שם החברה המוטב	מספר זהות / ח.פ.	מספר טלפון	מס' טלפון נייד		
כתובת: רחוב	מס'	יישוב	מיקוד	מייל	
				@	

FATCA	
האם אזרח ארה"ב* <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	במידה והמבוטח/בעל הפוליסה ענה "כן" על שאלה של אזרח/תושב ארה"ב יש לצרף טופס W9
<p>ידוע לי כי אם אצהיר כי אני אזרח/תושב ארצות הברית או אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני אזרח/תושב ארצות הברית וסירבתי למלא את הטפסים השוללים את קיומה של האינדיקציה לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור פרטים ביחס לפרטי הזיהוי שלי והחיסכון שלי בהתאם להוראות ה-FATCA.</p>	

CRS					
האם אתה תושב לצורכי מס במדינה זרה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן – אם כן, נא מלא את הפרטים מטה:					
שם פרטי (באנגלית)	שם משפחה (באנגלית)	רחוב ומספר בית (באנגלית)	יישוב (באנגלית)		
1.מדינת תושבות	1.מספר מזהה לצרכי מס (TIN)	2.מדינת תושבות	2.מספר מזהה לצרכי מס (TIN)	3.מדינת תושבות	3.מספר מזהה לצרכי מס (TIN)
<p>ידוע לי כי אם 1. אצהיר כי אני תושב מדינה זרה לצרכי מס או 2. אם הפרטים שמסרתי לחברה מצביעים על אינדיקציה שיכול ואני תושב מדינה זרה לצרכי מס וסירבתי למלא את הטפסים לבקשת החברה תוך המועד שנתבקשתי לכך, החברה תהיה מחויבת למסור את פרטים של החיסכון שלי בהתאם להוראות ה- CRS</p>					

תאריך \_\_\_\_\_

שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ חתימת המוטב ✍ \_\_\_\_\_

מספר פוליסה/ת:

## כתב ויתור על סודיות רפואית

פרטי הנפטר	
שם המנוח:	ז"ל _____
כתובת המנוח:	_____
מספר ת.ז. המנוח:	_____

אנו הח"מ, יורשיו של המנוח \_\_\_\_\_ ז"ל (להלן: "המנוח")  
נותנים בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות כל קופות החולים ובתי החולים, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על כל עובדיו ו/או למשרד הביטחון ולצה"ל ו/או לרשויות המקומיות ולמשרדי הממשלה על כל עובדיהם ו/או למשטרת ישראל ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או כל המרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל במנוח אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבו הבריאותי למסור ל"הכשרה" חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמם את כל המידע והחומר הרפואי והאחר ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותו של המנוח ו/או הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי, לרבות המצאת. תיקיו הרפואיים המלאים ובכלל זה, כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונה אחרת ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחלה בה ואנו משחררים אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדוטיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית 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 טענות ו/או תביעות מסוג כלשהוא בקשר לאמור בכתב ויתור זה.

כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עיזבון המנוח ובאי כוחנו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו.

### ולראיה באנו-על החתום: -

שם _____	ת.ז. _____	חתימה _____
שם _____	ת.ז. _____	חתימה _____
שם _____	ת.ז. _____	חתימה _____
שם _____	ת.ז. _____	חתימה _____

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