

פוליסת ביטוח חיים: הנחיות להגשת תביעה- פטירה

מבוטח יקר,

לרשותך ערכת מסמכים לצורך הגשת תביעה למימוש זכויות, על פי הכיסוי למקרה פטירה לפי תנאי הפוליסה.

מטעמי נוחות הערכה מנוסחת בלשון זכר.

על מנת לאפשר לנו לטפל בתביעתך באופן מסודר ומהיר, נבקשך למלא את הטופס התביעה ולצרף את המסמכים הרלוונטיים כמפורט בנספחים המצורף בזאת.

את טופס התביעה והמסמכים הנדרשים אנא שלח אלינו אל:
כלל חברה לביטוח בע"מ, רח' ראול ולנברג 36 ת.ד. 723 תל-אביב 6100701 או לפקס שמספרו 077-6383394,
או למייל שכתובתו tvilife@clal-ins.co.il

לידיעתך, בחברתנו מופעל שירות הודעות SMS המעדכן על סטטוס תביעה. אנא ציין את מספר הטלפון הסלולרי שלך בטופס התביעה לצורך התקשרות ועדכון רציף בסטטוס התביעה.

כלל ביטוח מאפשרת לך לנהל את תביעתך בכל זמן ומכל מקום באמצעות שירות "תביעות און-ליין" שבאתר החברה בכתובת www.clal.co.il.

שירות "תביעות און-ליין" מאפשר לך להגיש תביעה דרך האתר ולצפות בסטטוס הטיפול בה, להעלות מסמכים חסרים, לראות את כל התכתובות הנוגעות לתביעה ועוד.

**כמו כן, נבקשך למלא את כתובת הדואר האלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.
מתן כתובת המייל עשוי לייעל את הטיפול בעניינך.**

שים לב!

מובהר כי קבלת טופס התביעה אצל המבטח אינו מהווה הסכמה ו/או התחייבות ו/או אישור של המבטח.

אנו עומדים לרשותך בכל בקשה ושאלה בטלפון שמספרו: *6564

בברכה,

מחלקת תביעות ביטוח חיים

מערך התביעות

כלל חברה לביטוח בע"מ



נספח א': רשימת מסמכים הנדרשים - תביעה לתשלום ריסק ותגמולים

לצורך קיצור זמן הטיפול בתביעה נבקשך לצרף את המסמכים ברשימה לעיל:

- טופס תביעה המצ"ב מלא וחתום ע"י המוטבים (טופס אחד עבור כל המוטבים).
- **נבקש להבהיר, בטופס התביעה יש למלא את כל הסעיפים. ללא הגשת הטופס מלא בשלמותו לא יהיה באפשרותנו לקדם הטיפול בתביעתך.**
- צילום תעודת זהות קריא וברור, כולל הספח משני צידיו של כל מוטב.
- טופס ויתור סודיות רפואית מצד המוטבים עבור הוצאת תיקו הרפואי של המבוטח מלא וחתום.
- תעודת הפטירה ממשרד הפנים מקום או נאמן למקור.
- נסיבות הפטירה - יש לצרף את כל המסמכים והדוחות הרפואיים הקשורים לתביעה ומלמדים על נסיבות הפטירה, לרבות דו"ח מפורט מבית החולים המעיד על נסיבות הפטירה, אישורים רפואיים, במקרה שלא היה טיפול רפואי = תעודה על סיבת המוות ונסיבותיה וכן דו"ח מד"א אם קיים.
- במקרה והפטירה נובעת מתאונה, יש להמציא בנוסף לאמור לעיל, אישור ממוסד ממשלתי (כגון: משטרת ישראל, המכון לרפואה משפטית, משרד הביטחון) המעיד על נסיבות התאונה שגרמה לפטירה.
- צילום המחאה מבוטלת ו/או אישור ניהול חשבון בנק לצורך העברה בנקאית.
- במקרה שהמוטב/שאר הינו קטין, יש להמציא אישור הבנק על התנהלות חשבון אפוטרופוס לטובת הקטין.
- טופס הצהרה לפי התוספת השניה בצו (מצ"ב)
- טופס הצהרת מוטב FATCA - (מצ"ב)
- טופס הצהרת הורה לצורך תשלום כאפוטרופוס של קטין (מצ"ב)
- כתב שיפוי למבוטח שנפטר עם יתרה נמוכה

בפוליסת מנהלים יש להמציא בנוסף

- טופס 161 מקורי חתום על ידי המעסיק. (הודעת המעסיק על תשלום מענק פרישה או מוות וטופס 161 ב' - הודעת שארים על הפסקת עבודה עקב מוות) לרבות אישור פקיד השומה בדבר שיעור המס אותו יש לנכות מכספי הפיצויים.
- תצהיר שארים חתום ומאומת בפני עו"ד (מצ"ב העתק).
- צילום תעודת זהות של השארים כולל הספח לכל אחד מהשארים.

"שארים" – בן זוג של העובד המנוח בשעת פטירתו, לרבות הידוע בציבור כבן זוגו והוא גר עמו, וילד של העובד המנוח שהוא בגדר תלוי במבוטח לענין גימלאות לפי חוק הביטוח הלאומי, ובאין בן-זוג או ילדים כאמור – ילדים והורים שעיקר פרנסתם היתה על הנפטר וכן אחים ואחיות שגרו בביתו של הנפטר לפחות שנים-עשר חודש לפני פטירתו וכל פרנסתם היתה על הנפטר.

נבקש להבהיר, במידה ולא יתקבלו המסמכים המפורטים לעיל במלואם לא יהיה ניתן לקדם את הטיפול בתביעתך.



נספח ב' - בקשה למימוש זכויות - מקרה פטירה

קוד מסמך 122

הודעת המוטבים
א. פרטי המנוח ז"ל

מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מצב משפחתי
	ז / נ				1. רווק/ה 2. נשוי/אה. 3. גרוש/ה 4. אלמן/ה
כתובת מגורים/ישוב	רחוב/ת.ד.	מספר	מיקוד		
מספר/י פוליסה/ות		שם בעל הפוליסה			

ב. פרטי איש קשר שאינו המבוטח לניהול התביעה

מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	קשר של מגיש הבקשה למנוח
כתובת מגורים/ישוב	רחוב/ת.ד.	מספר	מיקוד
טלפון	טלפון נייד	דואר אלקטרוני	
		@	

ג. פרטי המוטבים

במקרה והתביעה מוגשת ע"י יורש, אנא תשומת ליבך לעמודים 12-13

מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
	ז / נ					
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
	ז / נ					
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
	ז / נ					
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
	ז / נ					
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
	ז / נ					

ד. פרטי הבנק של המוטבים:

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

שם המוטב	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון	תשלום באמצעות המחאה
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐
					☐

* ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון הבנק כמפורט לעיל משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי. לידיעתך, חברתנו משלמת תגמולי ביטוח באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבוטח. ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים לצורך תשלום בהעברה בנקאית, אנו נשלם את תגמולי הביטוח באמצעות משלוח המחאה לפקודתך לכתובת המצוינת בערכת תביעה זו.

שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות



פרטי תביעה

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

1. תאריך פטירת המנוח/ה
2. מקום הפטירה:

3. מהי סיבת המוות ונסיבותיה? יש לפרט (כגון מחלה, תאונה, התאבדות, אחר):

4. מועד גילוי מחלה / תאונה:

5. שם קופת החולים וכתובת הסניף בו היה מטופל המנוח וכן, פרט מיהם הרופאים ו/או המוסדות הרפואיים שטיפלו במנוח בשנה שקדמה למועד הפטירה?

אם כן - פרט את שמות החברות ומספרי הפוליסות? כן ☐ לא ☐

6. האם המנוח היה מבוטח בביטוח חיים בחברות אחרות?

ה. פרטי שאירים * (חלק זה ימולא רק במקרים בהם קיימים כספי פיצויים בפוליסות ע"ש המנוח)

אנא מלא הפרטים בטבלה:

מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו	
			מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח	

מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו	
			מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח	

מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו	
			מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח	

מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו	
			מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח	

מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה
			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו	
			מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח	



7. 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.

8. 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?

9. **לתשומת ליבך:** לגבי פוליסות בעלות מדד חצי שנתי, קיימת למוטב / מוטבים אפשרות לבקש דחיית תשלום לחודשים פברואר / אוגוסט, ותשלום זה ישולם לפי המדד החצי שנתי הידוע ביום התשלום.

לתשומת ליבך!

- יש למלא באופן מדויק ומלא על כל השאלות בטופס וכן לצרף 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 ביטוח התשמ"א - 1981, קובע תקופת התיישנות למשך שלוש שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

טופס זה עניינו תביעה לתגמולי ביטוח בגין כיסוי פטירה, אם בכוונתך להגיש תביעה בגין עילה אחרת (למשל: אובדן כושר עבודה וכיוצ"ב) אנא צרף טופס תביעה רלוונטי נוסף.



הצהרת מגיש התביעה

שימוש במידע ושמירתו

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, יישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפרעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____

במידה וממונה אפוסטרופוס (חתימתו):

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____



ויתור סודיות – יורשי מבוטח

האנשים ששמותיהם וחתימתם נמצאים בתחתית הטופס מצוינים להלן בסעיף זה הם היורשים של המנוח/ה המבוטח :

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.
----------	---------	------

אנו הח"מ מוותרים בזה על הסודיות הרפואיות בקשר למצב בריאותו של המנוח בחייו והתיעוד הקשור במותו ומתירים לכל מאן דבעי כולל קופ"ח, בתי החולים, מכון מור המוסד לביטוח לאומי, (לרבות תשלומים) צה"ל/משהב"ט, חברות ביטוח, משרד הבריאות, מרכז השתלוח, מד"א/ עיריות/רשויות מקומיות, רשויות רווחה. ממשלת ישראל לרבות כל משרדי הממשלה והמשרדים הכפופים להם, קרנות פנסיה מכוני גמילה/טיפול בתי אבות ו/או מי מעובדיהם למסור לכלל חברה לביטוח ולאוספי החומר מטעמם (להלן: "המבקשת") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים לרבות מצב בריאותי ו/או סוציאלי ו/או שיקומי ו/או סיעודי ו/או נפשי (פסיכיאטרי) ו/או גנטי ו/או כל מידע רפואי/ מנהלתי וכן פירוט תשלומים והצהרות בריאות, של המבוטח. לרבות תיק החקירה המלא ממשרתת ישראל הנוגע לנסיבות הפטירה.

הננו מוותרים על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהיה לנו אל כל המוסדות המפורטים או מי מעובדיהם או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה או דרישה בקשר למסירת המידע כאמור לידי המבקשת. בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981. והיא חלה לגבי כל מידע המפורט וכל מידע המצוי במאגרי המידע הממוחשבים. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

לראיה באנו על החתום : (היורשים המופיעים בצו הירושה).

קטינים לא יחתמו אלא ימולאו הפרטים של הקטין (שם+ת.ז.) ובחתימה ימולאו פרטיו המלאים של האפוטרופוס + חתימת האפוטרופוס בשם הקטין.

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

עד לחתימה:

על עד מהימן לחתום חתימה וחותמת לרבות פרטיו המלאים: שם מלא + מ.ר או תעודת זהות
חתימת עד מהימן הינו: רופא, אחות, עו"ד, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק.

תאריך _____ ת"ז עד לחתימה _____ חתימה וחותמת העד: _____

חובה לצרף צו ירושה / צו קיום צוואה מאושרים ע"י בית המשפט



טופס הצהרת מוטב לפי תוספת שניה בצו (מוטב הוא מי שמקבל התשלום)

טופס ב'

מס' פוליסה _____

אני _____ (שם המוטב ובתאגיד מוטב – שם התאגיד) בעל מספר

זהות _____ מצהיר בזאת:

☐ אני פועל עבור עצמי ולא עבור אחר.

☐ אני פועל עבור אחר/ים שהוא/הם:

שם	מספר זהות*	תאריך לידה או התאגדות**	מען**
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

☐ בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא כאשר המצהיר הוא תאגיד):

אני מתחייב להודיע למבטח על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.

תאריך _____ חתימה _____

שם מורשה החתימה (מוטב תאגיד) _____ מספר זהות _____

שם מורשה החתימה (מוטב תאגיד) _____ מספר זהות _____

(אם המוטב תאגיד, על ההצהרה להיות חתומה בחותמת התאגיד ובחתימת המורשים לחתום מטעמו).

מחק את המיותר

* לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי

** ימולא כאשר חסר שם או מספר זהות



הצהרת הורה לצורך תשלום כאפוטרופוס של קטין (יש למלא רק במקרה של מוטב קטין מתחת לגיל 18)

הנני אמם/אביהם של הקטינים המוטבים בפוליסה (יש לצרף צילום ת.ז. וספח). הנני מצהיר/ה כי לא נשללה אפוטרופוסותי על הקטין וכי אין לקטין אפוטרופוס נוסף.
הנני מצהיר/ה כי מאחר ואין לקטין חשבון בנק, אני מבקש/ת לשלם את הכספים לחשבון המתנהל על שמי, וכי התשלום כאמור הינו לצרכי הקטין ולטובתו בהתאם להוראות חוק הכשרות והאפוטרופסות, תשכ"ב-1961.
ידוע לי כי אם יתברר כי מונה אפוטרופוס אחר ע"י בית משפט, אהיה מחויב/ת להחזיר ל"כלל" את הסכום ששולם לי בתוספת ריבית והצמדה ליום התשלום – מיד כשאדרש.

ולראיה באתי על החתום :

שם	מס' ת.ז.	חתימה	תאריך
----	----------	-------	-------

אימות חתימה בפני עו"ד
הריני לאשר כי המבקש חתם בפנינו על הצהרה זו וכי פרטי הזיהוי של המבקש אומתו ע"י הצגת תעודת זהות.

שם	חתימה + מס' רישיון	תאריך
----	--------------------	-------



FATCA – טופס הצהרת מוטב

שם המוטב: _____ מספר זהות: _____

נתונים לצורך דיווח לרשויות המס בארה"ב (FATCA) למילוי במקרים של תשלום מפוליסת חיסכון פרט שהופקה מיום 1.7.14 ובפוליסות חיסכון פיננסי שהופקו לפני 1.7.14		
האם הנך אזרח ארה"ב? ☐ כן ☐ לא	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס? ☐ כן ☐ לא	במידה וענית בחיוב על אחת מן השאלות יש להמציא טופס W9.
האם הנך יליד ארה"ב? ☐ כן ☐ לא	במידה ואינך אזרח ארה"ב, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית	

במידה וענית בחיוב על אחת מהשאלות, אנא פנה למשרדנו ואנו נשלח הטופס המתאים. הנני מצהיר כי כל הפרטים שמסרתי נכונים.

חתימת המוטב: _____ תאריך: _____



השלמת פרטים - יישום תקן אחיד - CRS - הצהרה עצמית

נתונים לצורך דיווח לרשויות המס לרכישת פוליסת חיסכון

לקוח/ה יקר/ה

נא מלא את השאלון וחתום על נכונות הנתונים מטה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	שם ומספר סוכן

האם יש לך תושבות לצורכי מס במדינה זרה?

☐ לא ☐ כן

- במידה וענית בחיוב יש לענות על השאלות הבאות.
- ככל וישנן מספר מדינות תושבות יש לענות על השאלות עבור כל אחת מהמדינות.

שם מלא באנגלית			
כתובת מלא באנגלית			
CITY	STREET	NUMBER	ZIP CODE

מספר מזהה לצרכי מס (*TIN)
בכל מדינה בה הנך תושב
לצרכי מס

המדינות הזרות בהן יש לך
תושבות לצורכי מס

*ככל ולא קיים מספר TIN נא פרט מדוע

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי בסעיף זה, מלא ומהימן

חתימת בעל הפוליסה

תאריך: _____ שם בעל הפוליסה: _____

חתימת בעל הפוליסה _____



לכבוד,

כלל חברה לביטוח בע"מ ("החברה")

תצהיר שאירים

1. אני הח"מ _____ מס' ת.ז. _____ מצהיר/ה בזאת כי אני אלמנ/תו של המנוח/ה _____ ז"ל
כתובת _____ (להלן: "המנוח/ה").

2. ידוע לי שחוק פיצויי פטורים סעיף 5(א) קובע: "נפטר עובד, ישלם המעביד לשאריו פיצויים כאילו פיטר אותו. "שארים" לעניין זה – בן זוג של העובד בעת פטירתו, לרבות הידוע בציבור כבן זוגו והוא גר עימו, וילד של העובד שהוא בגדר תלוי במבוטח לעניין גמלאות. לפי פרק ג' לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשכ"ח-1968, ובאין בן זוג או ילדיהם כאמור – ילדים והורים שעיקר פרנסתם היתה על הנפטר וכן אחרים ואחיות שגרו בביתו של הנפטר לפחות שנים עשר חודשים לפני פטירתו וכל פרנסתם היתה על הנפטר".
3. לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, הנני מצהיר כי בשעת פטירת המנוח/ה השאירים היחידים של המנוח/ה הינם:

שם	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך לידה	קירבה

4. הריני מתחייב/ת בשם עצמי ו/או כאם/אב וכאפוטרופוס/ית טבעית/ של ילדי הקטנים הנ"ל להחזיר לכם ולשפותכם בגין כל סכום אשר תהיו חייבים לשלמו לאחר, עפ"י פוליסה מס' _____ (להלן: "הפוליסה") מיד עם קבלת דרישתכם לכך.
5. כמו כן הריני מתחייב/ת לשפות את החברה, מיד עם דרישתה הראשונה, בגין כל דרישה ו/או תביעה ו/או בגין הליכים לתשלום כספי הפיצויים מכח הפוליסה לשאירים אחרים, במלואם ו/או בחלקם, לרבות בגין כל ההוצאות והנזקים שייגרמו לחברה, לרבות שכ"ט עו"ד וכן הפרשי הצמדה וריבית כדין.
6. לצורך גביית סכומי השיפוי כמפורט לעיל תעמוד לחברה זכות קיזוז של כל סכום מכל מין וסוג שהוא אשר מגיע לי מהחברה ו/או מכל חברה אחרת מקבוצת כלל החזקות עסקי ביטוח (בין סכומים קצובים ושאינם קצובים ובין שנובעים מאותה עסקה או מעסקאות שונות). התחייבותי זו הינה בלתי חוזרת והיא תחול גם על עזבוני.

חתימה

שם

תאריך

אימות חתימה

הנני מאשר כי ביום _____ הופיע/ה בפני עו"ד _____, במשרדי בכתובת _____, מר/גב' _____ שזיהה את עצמו/ה על ידי תעודת זהות מספר _____, המוכר/ת לי אישית, ואחרי שהזהרתי אותו/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי אחרת יהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, אם לא יעשה כן, אישר/ה את נכות ההצהרה הנ"ל בחתימה לעיל בפני.

שם עו"ד

חותמת עו"ד

תאריך



כתב שיפוי לצורך משיכת כספים מחשבון של מבוטח שנפטר

הואיל: _____ ו _____ ז"ל, ת.ז. _____ (להלן: "המנוח/ה") בוטח/ה בכלל חברה לביטוח בע"מ
(להלן: "החברה") בפוליסת ביטוח חיים מס' _____ (להלן: "הפוליסה").

והואיל: _____ והמנוח/ה נפטר/ה ביום _____ (להלן: "מקרה הביטוח").

והואיל: _____ ואני הח"מ _____ ת.ז. _____, בן זוג/ילד/הורה* של המנוח, וככל הידוע לי היורש/ת לפי דין
של המנוח/ה והזכאי/ת הבלעדי/ת לכספים/ הזכאי/ת ל _____ מהכספים [נא לציין את החלק מתוך כל
היורשים הזכאים] על פי פוליסה מס' _____.

והואיל: _____ ולא הוצא צו ירושה/צו קיום צוואה לגבי עזבון המנוח/ה ולא הוגשה על ידי ולמיטב ידיעתי גם לא על ידי אחר
בקשה להוצאת צו ירושה או צו לקיום צוואה כאמור;

והואיל: _____ ובקשתי לקבל לידי את הסכום על פי הפוליסה ללא המצאת צו ירושה או צו קיום צוואה.

אי לכך הריני מאשר/ת, מצהיר/ה ומתחייב/ת בזה כדלקמן:

1. הנני מצהיר ומאשר, כי עם קבלת סכום סופי, כולל ומוחלט בסך של _____ ₪ (_____ ₪ ברוטו),
המהווים את ערך הפדיון בפוליסה/תגמולי ביטוח חד פעמיים למקרה פטירה/יתרת תגמולי ביטוח בפוליסת ביטוח חיים
אגב משכנתא לאחר הסרת השעבוד על ידי הבנק* (להלן: "הסכום"), לא יהיו לי ו/או למי מטעמי ו/או במקומי ו/או
ליורשי כלפי החברה ו/או מי מטעמה כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה, בין שאני יודע עליה ובין שיכולתי לדעת עליה עד
למועד חתימתי על כתב שיפוי זה, בין במישרין ובין בעקיפין, בקשר עם הפוליסה ובקשר עם מקרה הביטוח וכל הנובע
מהם, וכי אני מוותר בזאת ויתור סופי ומוחלט על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כאמור.
2. ידוע לי כי התחייבות החברה לתשלום הסכום האמור בסעיף 1 לעיל הינה בכפוף לחתימתי על כתב שיפוי זה כשהוא
חתום ומאומת ע"י עו"ד. הסכום ישולם לפקודתי בהמחאה/ בהעברה בנקאית לחשבון על שמי שאת פרטיו אמסור
לחברה* תוך 30 יום מיום מסירת כתב זה לידי החברה כשהוא חתום ומאומת כאמור, בכפוף לאמור בסעיפים 5-7 להלן,
וזה לכיסוי גמור, סופי ומלא, לשביעות רצוני המלאה, של כל תביעותיי ודרישותיי, כולן בלי יוצא מהכלל, בעבר, בהווה
ובעתיד, ביחס לכל הקשור ו/או הנוגע למקרה הביטוח.
3. הנני מתחייב לשפות את החברה, מיד עם דרישתה הראשונה, בגין כל דרישה ו/או תביעה שתוגש נגדה ו/או נגד מי
מטעמה, על כל סכום שתידרש החברה לשלם לי או לכל אדם מטעמי ו/או במקומי ו/או בשליטתי ו/או ליורשי וכן לכל מי
שיש לו, במישרין או בעקיפין, קשר אלי, בקשר עם כתב שיפוי זה, חרף כתב זה, והכל עד לגובה הסכום המשולם לי על פי
כתב שיפוי זה בתוספת ריבית והצמדה כדין. התחייבות זו הינה בלתי חוזרת ותחול גם על עזבוני.
4. ככל שהסכום כולל כספי פיצויים הנני מצהיר, כי אני השאר היחיד/אחד השארים של המנוח/אין למנוח שארים* כהגדרתם
בסעיף 5 לחוק פיצויי פטורים, התשכ"ג - 1963**.



5. ידוע לי כי הסכום בסעיף 1 לעיל הינו בגין מקרה הביטוח וכי הסדר זה ממצה את זכויותי בגין הכספים שנדרש לשלם מכח הפוליסה.
6. הסכום המפורט לעיל ישולם בכפוף לכל דין, לרבות צו עיקול ו/או מימוש עיקול ולמען הסר ספק, ידוע לי ואני מסכים כי במקרה של קיום צו מימוש עיקול, הרי שהחברה תחשב כמי שמילאה את מלוא התחייבויותיה על פי כתב שיפוי זה, בדרך של תשלום הסכום המפורט בסעיף 1 לעיל, כולו או ו/או חלקו, לידי המעקל והדבר ייחשב לכל דבר ועניין כתשלום שבוצע ישירות אלי ו/או למי מטעמי ולא יהיו לי ו/או למי מטעמי בגין כך טענות או דרישות או תביעות כלשהן כלפי החברה ו/או מי מטעמה.
7. החברה תנכה מכל תשלום שעליה לשלם על פי כתב שיפוי זה כל חוב ו/או הלוואה המגיעים לה מטעם המנוח/ה.
8. ידוע לי, כי כל המסים, ההיטלים, האגרות וכל תשלום חובה אחר מכל מין וסוג החלים ו/או שיחולו על פי כל דין על הסכום שישולם לי יחולו עלי וישולמו על ידי, ובכלל זה תנכה החברה מן התשלום דלעיל מיסים הנדרשים לניכוי על פי חוק, אלא אם כן אמציא לחברה אישור מפקיד השומה על פטור ו/או ניכוי מס בשיעור נמוך יותר.
9. ידוע לי כי פוליסה מס' _____ בטלה ומבוטלת על כל נספחיה, לכל עניין וצורך ולא תהינה לי ו/או לשום אדם ו/או גוף זולתי זכויות כלשהן על פיה.
10. מוסכם ומוצהר כי תוקפו של כתב שיפוי זה יעמוד בתוקף למשך חודש ימים מיום שליחתו ולאחר מועד זה אין באמור בכתב שיפוי זה לחייב את החברה.
11. ידוע לי כי אך ורק על סמך אישורי והצהרתי דלעיל הסכימה החברה לשלם לי את הסכום המפורט לעיל.
- * מחק את המיותר.

** "שאיירים" - בן זוג של העובד המנוח בשעת פטירתו, לרבות הידוע בציבור כבן זוג והוא גר עמו, וילד של העובד המנוח שהוא בגדר תלוי במבוטח לענין גימלאות לפי חוק הביטוח הלאומי, ובאין בן-זוג או ילדים כאמור - ילדים והורים שעיקר פרנסתם היתה על הנפטר וכן אחים ואחיות שגרו בביתו של הנפטר לפחות שנים-עשר חודש לפני פטירתו וכל פרנסתם היתה על הנפטר.

ולראיה באתי על החתום:

חתימה

תאריך

אימות

אני החתום מטה, עו"ד _____, מאשר, בזה כי הכתב דלעיל נחתם על ידי _____

ת.ז. _____ וזאת לאחר שהקראתי בפניו/ה והסברתי לו/ה היטב את תכנו ואת כל התוצאות הנובעות ממנו.

היום יום _____ לחודש _____ שנת _____

עו"ד



הליך בירור וישוב תביעה

מבוטח יקר

כלל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") מעמידה לרשות ציבור לקוחותיה מערך לבירור וליישוב תביעות ופועלת על פי מערכת כללים הרצ"ב **כנספח ג'**, אשר החברה אימצה לשם כך.

לקוח המעוניין להגיש תביעה למימוש זכויותיו לפי תנאי פוליסת ביטוח, מתבקש לפעול על פי ההנחיות המופיעות להלן במסמך זה.

לאחר קבלת כל המידע והמסמכים הנדרשים מהלקוח, תבחן החברה את זכאות הלקוח לתגמולי ביטוח או לקצבה, לפי העניין, בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח.

לתשומת הלב, החברה רשאית, על פי שיקול דעתה הבלעדי, להיעזר במומחה¹ פנימי או חיצוני מטעמה לצורך בירור התביעה, כגון רופא מומחה או מבצע הערכה תפקודית/בדיקת תשישות נפש במסגרת בדיקת תביעה לקבלת תגמולי סיעוד. במקרה כזה שמורה ללקוח הזכות להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה.

תוצאת בירור התביעה תהיה אחת מארבע החלופות הבאות: תשלום מלוא התביעה, תשלום חלקי של התביעה, תשלום במסגרת פשרה, או דחייה של התביעה. הודעה רלוונטית תימסר ללקוח בהתאם למקרה ועל פי הפירוט הקבוע במערכת הכללים (נספח ג').

בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981², תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח (להלן: "תקופת ההתיישנות"). לתשומת לבך, במקרה שבו עילת התביעה הינה נכות שנגרמה למבוטח ממחלה או מתאונה, תימנה תקופת ההתיישנות מיום שקמה למבוטח זכות לתבוע תגמולי ביטוח לפי תנאי חוזה הביטוח. (הוראה ספציפית זו תחול על עילת תביעה שהיא נכות שנגרמה ממחלה או מתאונה שטרם התיישנה לפי הדין שחל עליה ביום 23.3.14). תנאי חוזה הביטוח עומדים לרשותך גם באתר האינטרנט של החברה. נבהיר כי אין במשלוח דרישה לחברת הביטוח כדי לעצור את מרוץ ההתיישנות האמור וכי רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע

על מנת להגיש תביעה למימוש זכויות על פי פוליסת ביטוח או תקנון קרן פנסיה, על הלקוח למלא טופס תביעה בנוסח הרצ"ב כנספח ב', בצירוף כל המסמכים הנדרשים כמפורט ברשימה הרצ"ב כנספח א'.

במידה והלקוח מבקש לקבל שיפוי בגין הוצאות שהוציא עליו להמציא מסמכים מבססים, הזכאות לשיפוי בגין ההוצאות תקבע בהתאם לדין, לפוליסת הביטוח ובכפוף להמצאת מסמכים.

במקרה של תשלום תגמולי ביטוח המכסים תשלומים חד פעמיים לספק שירות מוכר העובד עם הגוף המוסדי או לחילופין במקרה של תשלומים עיתיים העולים על 5,000 ₪, באפשרותך לבחור האם ברצונך שהתשלום לספק יעשה על ידי החברה ועליך לפנות למוקד תביעות בטלפון 6564*.

במקרה בו התובע אינו בעל כשרות משפטית לחתום על מסמכים התובע נדרש להעבירם חתומים על ידי האפוטרופוס בהתאם לקבוע בדין, בצירוף האישורים המתאימים.

¹ לעניין זה, מומחה הינו איש מקצוע כדוגמת שמאי או מומחה רפואי, אך למעט יועץ משפטי או ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.

² יצוין כי בחוק ההתיישנות תשי"ח - 1958, קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות למשל לעניין קטין.



נספח ג' - מערכת הכללים

החברה אמצה מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות ולטיפול בפניות ציבור, אשר אלה עיקריה:

מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי מהמועד בו נתקבלה אצלה תביעתו, ערכת מסמכים הכוללת, בין היתר, הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע לצורך בירור ויישוב התביעה ופירוט המסמכים והמידע שעל התובע להמציאם לצורך בירור התביעה.

בהקדם האפשרי לאחר שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך שנדרשו מהתובע בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע הודעה בכתב על קבלת המסמך ועל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע אך טרם נתקבלו אצל החברה. אם החברה זקוקה למסמך נוסף על אלו שנדרשו על ידי החברה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע - על החברה לדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו התברר לחברה הצורך במסמך הנוסף.

לידיעתך: בכל מקרה בו תובע לא המציא מידע ומסמכים שהתבקשו וזאת בתוך 30 יום מהדרישה המקורית, יסתיים הטיפול בתביעה והתובע רשאי לשוב ולפנות בעניין התביעה בכפוף לדיני ההתיישנות.

הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

החברה תעשה כל מאמץ ליישב את התביעה בהקדם האפשרי מהמועד בו התקבלו אצלה כל המידע והמסמכים שנתבקשו לראשונה מהתובע, ובכל מקרה בתוך 30 ימים ממועד זה, החברה תמסור הודעה לתובע על יישוב התביעה (בדרך של תשלום, תשלום חלקי, פשרה או דחייה), או תמסור לו הודעה בדבר המשך בירור.

הודעת יישוב תביעה שתימסר לתובע, תכלול את כל הפרטים הרלוונטיים הנדרשים על פי החוזר, בהתאם לאופן בו יושבה התביעה:

הודעת תשלום תכלול, בין השאר, פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב שבוצע. ככל שמדובר בהודעת תשלום עיתי, ההודעה תכלול בנוסף, בין השאר, גם את משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות לתשלומים ואת הכללים לבדיקה המחודשת של הזכאות.

הודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד הפשרה ואת הסכום שנקבע בפשרה.

הודעת דחייה תכלול, בין השאר, פירוט של נימוקי הדחייה לרבות התנאי, התניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה.

מקום שנמסרת לתובע הודעת המשך בירור, תכלול ההודעה את הסיבות בגין נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים.

כלל, הודעת המשך בירור תימסר לתובע כל תשעים ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה.

התיישנות

תשומת לבך, בהודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה תתווסף פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת ההתיישנות הרלוונטית לסוג הפוליסה נשוא תביעתך, וזאת בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות.

יודגש - הגשת תביעה לחברה אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.



בירור תביעה בעזרת מומחה

הסתמכה החברה על חוות דעת מומחה לצורך יישוב התביעה, חוות הדעת תהיה מנומקת, ותכלול את כל הפרטים הנדרשים על פי החוזר לרבות רשימת המסמכים עליהם נסמכת חוות הדעת. חוות הדעת תועבר לידי התובע כחלק מהודעת יישוב התביעה הרלוונטית שתימסר לו.

היענות לפניית מבוטח או תובע

כל פניה בכתב של מבוטח או תובע תיענה על ידי החברה בכתב בתוך שלושים ימים לכל היותר ממועד קבלת הפניה בחברה. בקשה של תובע לקבל העתק מהפוליסה תיענה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה אצל החברה. בקשה של תובע לקבל העתק ממסמך אשר התובע חתום עליו או ממסמך אשר הגיע לידי החברה מהתובע או בהסכמתו, תיענה בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה בחברה.

למען הסר ספק יובהר כי האמור לעיל מהווה רק את העקרונות על פיהם תנהג החברה וכי החברה מחויבת לעמוד בכל הדרישות הקבועות בסעיף 8 לחוזר גופים מוסדיים 9-9-2016 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 לחוזר מצוי באתר האינטרנט של אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר בכתובת:

<http://ozar.mof.gov.il/hon/2001/insurance/insurance.asp>

טבלת המועדים והתקופות הקבועות בחוזר "יישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור"

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
8(א)(7)	דרישה מידע ומסמכים נוספים	14 ימי עסקים
8(ב)	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו	30 ימים
8(ו)(3)	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	כל 90 ימים
8(ט)(6)	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עייתיים או הפסקתם	30-60 ימים
8(יב)(2)	העברת העתק מפסק דין או הסכם	14 ימי עסקים
8(יג)(1)	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה	14 ימי עסקים
8(יג)(2)	הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח של צד שלישי	7 ימי עסקים
8(יד)	מענה בכתב לפניית ציבור	30 ימים
8(טו)(1)	מסירת העתקים מפוליסה או תקנון	14 ימי עסקים
8(טו)(3)	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	21 ימי עסקים

