

## 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 תל-אביב 6100701 או לפקס שמספרו 077-6383394,  
או למייל שכתובתו [tvilife@clal-ins.co.il](mailto: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](http://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.

לתשומת ליבך, ככל והינך אזרח ותיק, באפשרותך להגיש תביעה בעל פה אל מול נציג המוקד.

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 הרלוונטיים מהרשימה להלן:

- טופס תביעה המצ"ב מלא וחתום ע"י 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 פתוח.
- טופס ויתור סודיות רפואית מצד כל היורשים עבור הוצאת תיקו הרפואי של המבוטח מלא וחתום.
- תעודת הפטירה ממשד הפנים.
- 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.
- צוואה וצו קיום צוואה או צו ירושה.
- 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 מהמוטבים.
- במקרה שהמוטב/שאר הינו קטין, יש להמציא אישור הבנק על התנהלות חשבון אפטרופוס לטובת הקטין או טופס הצהרת הורה לצורך תשלום כאפטרופוס של הקטין (מצ"ב).
- טופס הצהרה לפי התוספת השניה בצו (מצ"ב)
- טופסי הצהרת מוטב CRS, FATCA - (מצ"ב)

### בפוליסת מנהלים יש להמציא בנוסף

- טופס 161 חתום על ידי המעסיק או אישור פקיד השומה בדבר שיעור המס אותו יש לנכות מכספי הפיצויים.
- תצהיר שארים חתום ומאומת בפני עו"ד (מצ"ב).
- צילום תעודת זהות של השארים כולל ספח פתוח לכל אחד מהשארים, במקרה של קטין יש לשלוח צילום ת.ז. וספח פתוח של ההורה.

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

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



## נספח ב' - בקשה למימוש זכויות - מקרה פטירה

### הודעת המוטבים א. פרטי המנוח ז"ל

מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מצב משפחתי
	ז / נ				1. רווקה/2. נשוי/אה. 3. גרושה/4. אלמן/ה
כתובת מגורים/ישוב			רחוב/ת.ד.	מספר	מיקוד

### 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
		@

אופן קבלת הודעות ומסמכים – יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עמך:

מספר טלפון נייד \_\_\_\_\_ אני מסכים כי המסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו במסרון לנייד שלי, במקום באמצעות הדואר.

דוא"ל (לצורך קבלת מסמכים בדוא"ל יש לציין גם מספר טלפון נייד) \_\_\_\_\_ אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר.

\* במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי. \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה לפרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין) בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל באמצעות:  אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד)  דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון \*5454

### ג. פרטי המוטבים

במקרה והתביעה מוגשת ע"י יורש, אנא תשומת ליבך לעמודים 7-8

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

\* 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**

שנה	חודש	יום	פרטי תביעה

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 ככל ורלוונטי:

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

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

**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
מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח			האם היה תלוי במנוח לפרנסתו	

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



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  במידה וכן - נא לצרף צוואה וצו קיום צוואה.

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

### לתשומת ליבך!

- יש להשיב 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.
- טופס זה עיניינו תביעה לתגמולי ביטוח בגין כיסוי פטירה, אם בכוונתך להגיש תביעה בגין עילה אחרת (למשל: אובדן כושר עבודה וכיוצ"ב) אנה צרף טופס תביעה רלוונטי נוסף.
- באפשרותך לבדוק זכאות לקבלת קצבה, ככל שקיימת יתרת חסכון מצטבר בפוליסה, זאת בתנאי שהמבוטח ז"ל טרם התחיל לקבל קצבה וכן שהינך מעל גיל 60 אך לא מעל גיל 80. הזכאות לקבלת קצבה מותנית בסוג הפוליסה, בתנאי הפוליסה והכל בכפוף להסדר התחיקתי. למידע נוסף בנושא קצבאות ניתן לפנות למוקד השירות בטלפון 03-9420440 או ב-5454\* . אין האמור לעיל מהווה זכאות לקבלת קצבה והזכאות, ככל שקיימת, תיבחן בהתאם לתנאי הפוליסה ובכפוף להסדר התחיקתי.



## 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 מפעם לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ושירותים, 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 \_\_\_\_\_

במידה והמבוטח הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על-ידי שני ההורים שבו יצויין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות זהות של המוטבים.

אני מאשר כי חברות מקבוצת כלל יהיו רשאיות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי ו/או פרסומי, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע לחברת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח \_\_\_\_\_



## ויתור סודיות - ירשי מבוטח

האנשים ששמותיהם וחתמתם 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 הרפואית בקשר למצב בריאותו של המנוח בחייו והתיעוד הקשור במותו ומתירים לכל מאן דבעי כולל לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או בתי החולים ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון - השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או למשטרת ישראל לרבות תיק החקירה המלא ממשטרת ישראל הנוגע לנסיבות הפטירה / לת"ן ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין לרבות תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשטרת הגבולות ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור - מ.א.ר ו/או בי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או עיריות לרבות שירותי ומחלקות הרווחה השונים ו/או מד"א ו/או לשכת הבריאות ו/או מרכז השתלוח ו/או למוסד לביטוח לאומי לרבות כל הנוגע לתשלומים ו/או לכל עובד ו/או מוסד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או גמילה ו/או בתי אבות וכמו כן בהדגשה גם ל- \_\_\_\_\_ למסור לכלל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הגנטי ו/או הנפשי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או מצבו הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחלה בה בעבר. כמו כן אנו נותנים רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או קרן מבטחים ו/או קרן מקפת ו/או עמיתים ו/או כל קרן פנסיה אחרת ו/או קופות גמל למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים, פוליסות, מידע רפואי לרבות ביחס למחלת האיידס, תשלומים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות ו/או מחלות שעבר כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אנו משחררים בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או חברות הביטוח ו/או קרנות הפנסיה מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או גנטי ומתירים להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח.

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.

1. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_
2. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_
3. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_
4. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_
5. שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_
6. 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: סוכן ביטוח בצירוף מס' רישיון, רופא, אחות, עו"ד, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק.

תאריך \_\_\_\_\_ ת"ז/מ.ר עד לחתימה \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת העד: \_\_\_\_\_

חובה לצרף צו ירושה / צו קיום צוואה או לחלופין בקשה לצו ירושה / בקשה לצו קיום צוואה.



## טופס הצהרת מוטב למקרה מוות

(תוספת שלישית לצו איסור הלבנת הון)

מס' פוליסה \_\_\_\_\_  
 אני \_\_\_\_\_ (שם המוטב ובתאגיד מוטב - שם התאגיד)

בעל מספר זהות \_\_\_\_\_ מצהיר בזאת:

- אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח.  
 הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח הם:

שם	מספר ת.ז.*	תאריך לידה/התאגדות**	מען**

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

שם	מספר ת.ז.*	תאריך לידה/התאגדות**	מען**

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.  
 ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך

\* לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי  
 \*\* ימולא אם 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 והאפוטרופוסות, 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 - CRS - הצהרה עצמית יחיד

נתונים לצורך דיווח לרשויות המס בעת תשלום מפוליסת חיסכון פרטית

לקוח/ה יקר/ה

נא מלא את השאלון וחתום על נכונות הנתונים מטה

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות/דרכון Passport Number	שם ומספר סוכן
שם באנגלית Name	שם משפחה באנגלית Surname	כתובת מגורים באנגלית Address	

### FATCA - נתונים לצורך דיווח לרשויות המס בארצות הברית

האם הנך אזרח ארה"ב? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם הנך תושב ארה"ב לצרכי מס? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	במידה וענית בחיוב על אחת מן השאלות יש להמציא טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצרכי מס בארה"ב (US.TIN)
האם הנך יליד ארה"ב? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	במידה ואינך אזרח ארה"ב, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ותעודה המעידה על ויתור אזרחות אמריקאית	

### CRS - נתונים לצורך דיווח לרשויות המס, יישום תקן אחיד

האם יש לך תושבות לצרכי מס (tax residency) במדינה זרה פרט לארה"ב?  
 לא  כן

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

CITY	STREET	NUMBER	ZIP CODE	מספר מזהה לצרכי מס (TIN *) בכל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס	ככל וישנן מספר מדינות תושבות יש לענות על השאלות עבור כל אחת מהמדינות המדינות הזרות בהן יש לך תושבות לצרכי מס

\* ככל ולא קיים מספר TIN נא פרט מדוע

ככל ובעתיד יחול שינוי בנוגע לתושבות לצרכי מס במדינה זרה /או בנוגע לאזרחותך עלייך לעדכן אותנו תוך 30 יום אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי בסעיף זה, מלא ומהימן

חתימת המוטב מקבל התשלום

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ חתימה \* \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> אדם הינו תושב לצרכי מס במדינה מסוימת אם על פי חוקי המס של אותה מדינה הוא נחשב תושב מס בה.



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 פיטורים סעיף 5(א) קובע: "נפטר עובד, ישלם המעביד לשאריו פיצויים כאילו פיטר אותו. "שארים" לענין 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 שאירים 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 הקטינים הנ"ל להחזיר לכם ולשפוטכם 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 לשארים/אחרים, במלואם ו/או בחלקם, לרבות בגין כל ההוצאות והנזקים שייגרמו לחברה, לרבות שכ"ט עו"ד וכן הפרשי הצמדה וריבית כדן.  
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 \_\_\_\_\_, המוכרת 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



## 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 במומחה 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 - 1981<sup>2</sup>, תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 3 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח. בפוליסות ביטוח אשר נכרתו או חודשו החל מיום 25.11.2020 לעניין ביטוח חיים, ביטוח מפני מחלות ואשפוז וביטוח סיעודי - תקופת ההתיישנות של תביעה היא 5 שנים מיום שקרה מקרה הביטוח. לעניין זה, "ביטוח חיים" - ביטוח שמקרה הביטוח הוא מותו של המבוטח או של זולתו. 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).

בנוגע לתגמולי ביטוח חובה - בהתאם להוראות סעיף 5 לחוק ההתיישנות, התשי"ח - 1958 - תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח חובה היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח. מקרה ביטוח שאירע באזורים ובשטחים המפורטים בסעיף 3 ג' לפקודת הביטוח תהיה תקופת ההתיישנות לפי הדין החל באותם אזורים או שטחים.

בנוגע לתגמולי ביטוח רכב צד ג' - בהתאם להוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 - 2 תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח היא 7 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

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 הוצאות 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.

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

<sup>2</sup> יציין כי בחוק ההתיישנות, תשי"ח-1958 - קבועות הוראות נוספות העשויות להשפיע על תקופת ההתיישנות, למשל לעניין קטין.

<sup>\*</sup> מובהר כי המידע האמור בחלק זה הינו מידע כללי ובכל מקרה, לעניין ביטוח סיעודי, טבלת המועדים הכלולה בנספח א' לעניין יישוב תביעות בביטוח סיעודי, תגבר.



## נספח ג' - מערכת הכללים

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

### מסמכים ומידע בבירור התביעה

החברה תאפשר לתובע בעת הגשת תביעה לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה, בהתאם לחלופות הקיימות בחברה ואשר כוללות דואר ודואר אלקטרוני. 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.

כמו כן תשלח החברה לפונה, סמוך למועד פנייתו, את פירוט הפוליסות הנוספות שבהן הוא מבוטח אצלה ותציין בפניו את האפשרות להגשת תביעה בפוליסות הנוספות. בנוסף, לצורך איתור פוליסות נוספות ככל שקיימות החברה תפנה את המבוטח לאתר האינטרנט המרכזי של משרד האוצר לאיתור מוצרי הביטוח "הר הביטוח", לרבות משלוח קישור באמצעות מסרון. לאחר שנתקבל אצל החברה מידע או מסמך בקשר לתביעה, החברה תמסור לתובע בהקדם האפשרי 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 - החברה תדרוש את המסמך מהתובע לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום בו נתברר לה הצורך במסמך הנוסף.

### מידע שעל בסיסו תיושב תביעה

החברה תיישב תביעה על בסיס המידע המעודכן או הרלבנטי ביותר שיש ברשותה. החברה תפעל להשגת מידע רלבנטי ליישוב התביעה אם מהנתונים שברשותה עולה כי קיים מידע נוסף שנדרש לצורך יישוב התביעה. במידת הצורך, תפנה החברה לתובע, בבקשה להשלמת מידע בעת הליך בירור תביעה ויישובה, גם אם מסר לה את פירוט המידע והמסמכים שנדרשו על ידה במסגרת ערכת המסמכים הראשונית שנמסרה לתובע. מועד קרות מקרה הביטוח ייקבע בהתאם לכלל המידע הרלבנטי והמסמכים המצויים בידי החברה. מועד קרות מקרה הביטוח לא יקבע כמועד הגשת התביעה אם בהתאם למסמכים שמצויים אצל החברה, אירע המקרה הביטוחי קודם למועד זה.

### 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 תשלום חלקי תכלול בנוסף לפירוט מרכיביו של התשלום, גם פירוט הנימוקים העומדים בבסיס ההחלטה לדחות חלק מהתביעה. הודעת פשרה תכלול, בין השאר, את הנימוקים שביסוד הפשרה ואת הסכום שנקבע בפשרה. מקום שנמסרת לתובע הודעת המשך בירור, תכלול הודעה את הסיבות בגינן נדרש לחברה זמן נוסף לשם בירור התביעה וכן את פירוט המידע והמסמכים הנוספים הנדרשים מהתובע, ככל שהם נדרשים. ככלל, הודעת המשך בירור תימסר לתובע כל תשעים ימים ועד משלוח הודעת יישוב תביעה. ככל שהתובע זנח את תביעתו לאחר תקופה, יופסק הטיפול בתביעה והתובע יהיה רשאי, בכפוף לתקופת ההתיישנות לפנות מחדש להמשך טיפול בה.



## הודעת דחיה

1. הודעת דחיה תכלול, בין השאר, את נימוקי הדחיה לרבות התנאי, התניה או הסייג המהווים בסיס לדחיית התביעה ופירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחות את התביעה.
2. ככל שההחלטה לדחות את התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, החברה תפנה אליהם ותאפשר לתובע לקבלם לפי דרישה. החברה תהיה רשאית שלא למסור מסמכים שהם חסויים על פי דין, ובלבד שתיידע את התובע על כך שיש בידיה מסמכים שהיא נמנעת מלצרפם בשל חסיון, ותצרך להודעה הסבר מדוע היא סבורה שהמסמכים חסויים.
3. הודעת דחיה תכלול התייחסות לחוות דעת מומחה שהוגשה מטעם התובע, ככל שהוגשה וככל שהיא רלוונטית לנימוקי הדחיה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.
4. החלטה בתביעה המבוססת על דוח חקירה, תכלול פירוט של עיקרי הממצאים מדוח החקירה שמעידים על כך שלא קרה מקרה הביטוח.

## בירור תביעה בעזרת מומחה

מקום שהחברה מתכוונת להיעזר במומחה לצורך בירור התביעה, החברה תודיע על כך מראש לתובע ותיתן הסבר לתובע בדבר תפקידו של המומחה ובדבר זכותו של התובע להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו. 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. קיבלה החברה פנייה של מבוטח או תובע כאמור ומצאה שהיה ליקוי בהתנהלותה או בהתנהלות מי מטעמה ואותו הליקוי שנמצא מצביע על היותו ליקוי מערכתי, תערוך בדיקה לאיתור מקרים דומים, תפיק לקחים ממקרים אלו ותפעל לתיקונם בתוך זמן סביר. 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 ובנספח ב' לחוזר גופים מוסדיים 9-9-2016 (בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור) כלשונן. בכל סתירה בין האמור לעיל לבין האמור בסעיף 8 ובנספח ב' לחוזר, יגבר האמור בחוזר.

הנוסח המלא של סעיף 8 ונספח ב' לחוזר מצוי באתר האינטרנט של רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר בכתובת:

<https://mof.gov.il/hon>

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

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

