

טופס תביעה לתשלום תגמולי ביטוח עקב מקרה פטירה

קבלו נא את השתתפותנו בצערכם על מות יקירכם/ יקירתכם. אנו מצידנו נעשה כל מאמץ על מנת לזרז את הטיפול בתביעתכם, לכן מילוי נכון של טופס התביעה על הנחיותיו, יעזור לנו לטפל בתביעתכם בתוך זמן סביר ולשביעות רצונכם.

לידיעתכם, קיימת אפשרות השארת תגמולי הביטוח בחברתנו לצורכי השקעה באפיקי חסכון מגוונים.

להלן פירוט המסמכים הנדרשים לצורך הטיפול בתביעה:

כללי

1. תעודת פטירה מקורית או צילום תעודת הפטירה בחותמת "נאמן למקור" ע"י עו"ד או נוטריון.
2. מסמכים רפואיים המעידים על נסיבות הפטירה. (סיכום מחלה ו/או דו"ח אשפוז).
3. צילומי תעודת זהות של המוטבים הרשומים בפוליסה, כולל תאריך לידה מדוייק, מספרי הזהות וכתובת מלאה של כל מוטב.
4. צילום ש'ק מבוטל או דף חשבון בנק של כל מוטב ובו פרטים ברורים ומדוייקים של פרטי החשבון של המוטב.

מוות עקב תאונה או מוות לא טבעי אחר או מוות מחוץ לגבולות המדינה

5. במקרה פטירה עקב תאונה או מוות לא טבעי אחר, יש לצרף אישור גוף ממשלתי כגון משטרת ישראל, המכון לרפואה משפטית, דו"ח מד"א, משרד הבטחון וכו', המעיד על נסיבות המקרה.
6. במקרה פטירה מחוץ לגבולות מדינת ישראל, יש לצרף אישורים רפואיים מהמדינה שבה קרה מקרה הביטוח, אישור משרד הבריאות בנתב"ג על הגעת הגופה לישראל, תמצית רישום מרשם האוכלוסין המאשר את מקרה הפטירה.

אם הפוליסה הופקה לפי תוכנית "מנהלים"

7. במידה והפוליסה או אחת מהפוליסות הופקה לפי תוכנית "מנהלים שכירים" הכוללת הפרשה לפיצויים, יש לצרף טופס 161 - הודעת מעביד על תשלום מענק עקב פרישה או מוות. טופס זה ימולא ע"י בעל הפוליסה בלבד (המעביד).
 הואיל וכספי הפיצויים בפוליסת מנהלים שכירים משולמים לשאירים של המנוח בהתאם לסעיף 5 בחוק פיצויי פיטורים התשכ"ג-1963, יש לצרף "תצהיר שאירים" ערוך וחתום ע"י עו"ד ובו פירוט כל שמות שאירי המנוח עם ציון שם מלא, יחס הקירבה למנוח, תאריך לידה מדוייק ומספר ת.ז. (מצ"ב דוגמת תצהיר שאירים).
 לחילופין, ניתן למלא את התצהיר במחלקה המשפטית שלנו לאחר תיאום טלפוני מראש.

הערות:

1. אם באחת הפוליסות נרשם מוטב בקביעה בלתי חוזרת, או אם רובץ שעבוד לטובת צד שלישי, תגמולי הביטוח ישולמו למוטב שנרשם בקביעה בלתי חוזרת או לגוף המשעבד ויתרת תגמולי הביטוח, אם קיימת, תשולם למוטבים הרשומים בפוליסה או ליורשים החוקיים של המבוטח.
2. אם קיים עיקול על הפוליסה, לא נשלם את תגמולי הביטוח אלא בכפיפות להנחיות ראש ההוצל"פ או רשות שיפוטית אחרת.
3. אם חלק מהמוטבים בפוליסה הינם קטינים (מתחת לגיל 18) או חסויים, חלקם בתגמולי הביטוח ישולם לאפוטרופוס הטבעי - ההורה, או לאפוטרופוס במינוי שנקבע ואושר ע"י בית משפט או בית דין רבני. במקרה זה יש לחתום על תצהיר אפוטרופוס (מצ"ב דוגמת תצהיר)
4. אם לא צויינו בפוליסה שמות המוטבים, תגמולי הביטוח ישולמו ליורשים החוקיים בהתאם לצו ירושה שהוצא מטעם בית משפט או בית דין רבני או צוואה שקוימה בצו של בית משפט.

טופס תביעת מוות

פרטי המבוטח			
שם המבוטח		ת.ז.	
רחוב		מספר	עיר
שם קופת חולים	סניף	שם רופא המשפחה	כתובת הרופא
<input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, שם חברת הביטוח _____		פוליסת ביטוח חיים בחברת ביטוח אחרת	
שם איש הקשר	מס' טלפון	מספר פקס	

תצהיר שאירים (יש למלא רק במקרה של ביטוח מנהלים)

אני הח"מ _____ בעל ת.ז. מספר _____

כתובת: _____

מצהיר בזה כי:

- ידוע לי שהמבוטח/ת מר/ גב/ ז"ל היה/ הייתה מבוטח/ת בביטוח מנהלים שכירים.
- ידוע לי שחוק פיצויי פיטורים סעיף 5 (א) קובע כי: "נפטר עובד, ישלם המעביד לשאיריו פיצויים כאילו פיטר אותו. שאירים" לענין זה- בן זוג של העובד בשעת פטירתו, לרבות הידוע בציבור כבן זוגו והוא גר עמו, וילד של העובד שהוא בגדר תלוי במבוטח לענין גמלאות לפי פרק ג' לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשכ"ח- 1968, ובאין בן זוג או ילדיהם כאמור- ילדים והורים שעיקר פרנסתם הייתה על הנפטר וכן אחים ואחיות שגרו בביתו של הנפטר לפחות שנים עשר חודשים לפני פטירתו וכל פרנסתם הייתה על הנפטר".
- לאחר שהוזהרתי כי עלי לומר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן, הריני מצהיר בזה בכתב כי שאיריו של המבוטח/ת לענין קבלת פיצויי פיטורים הינם:

תאריך לידה	מספר תעודת זהות	בן / בת הזוג	ילדים עד גיל 21
		1.	
		2.	
		3.	

תאריך _____ חתימת המצהיר/ה

הנני מאשר בזה כי ביום _____ הופיע /ה אצל עו"ד _____

מר/גב' _____ שזיהה את עצמו ע"י תעודת זהות מספר _____

ואחרי שהזהרתי אותו/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר/ה את נכונות ההצהרה הנ"ל וחתם עליה בפני.

תאריך _____ חתימת עו"ד

חותמת עו"ד _____

כתב שחרור וקבלה

אני הח"מ, _____, מספר ת.ז. _____, מאשר/ת ומתחייב/ת בזאת, כדלקמן:

- אני אביו/אמו של הקטין _____, ת.ז. _____ (להלן: "בתי/ בני"), ואני אפטרופסו הטבעי עפ"י חוק הכשרות המשפטית והאפטרופסות, תשכ"ב - 1962 (להלן: "החוק").
- בתי/בני היא/הוא המוטב/ת בפוליסת ביטוח חיים ע"ש _____ מס' _____ (להלן: "הפוליסה") בפניקס חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה").
- בתוקף סמכותי עפ"י החוק, הנני מצהיר/ה ומתחייב/ת לעשות שימוש בכספי הביטוח שיגיעו לידיי, אך ורק לטובת/ה של בתי/בני והכל בכפוף להוראות הקבועות בחוק.
- אני מאשר בזה כי תשלום תגמולי הביטוח עפ"י הפוליסה לידיי, עבור בני/בתי מהווה סילוק סופי ומוחלט של הפוליסה.
- כמו כן, הנני מתחייב, כי תגמולי הביטוח מהפוליסה לעיל, כוללים כיסוי מלא, סופי ושלם לכל תביעות כל אדם ו/או גוף זולתו ועם קבלת הסכום הנ"ל, הנני משחרר בזה את החברה וכן כל אדם ו/או גוף משפטי אחר המופיע בשמה ומכוחה, מכל אחריות שהיא, כלפיו, כלפי המוטב וכלפי כל אדם ו/או גוף זולתו, בכל הקשור והנוגע לפוליסה.
- כמו כן, הנני מתחייב, לשפות את החברה, בכל סכום בו תידרש הפניקס לשלם בגין הפוליסה לצד שלישי, את תגמולי הביטוח לרבות הוצאות משפט ושכ"ט עו"ד.
- אני חותם על כתב שחרור וקבלה זה כראיה לכך שאין ולא תהיה עוד לבתי/בני כל זכות שהיא עפ"י הפוליסה, ואני מתחייב/ת כי לא יהיו לי ו/או לבתי/בני כל טענות ו/או דרישות ו/או תביעות שהן בגין הפוליסה כלפי החברה, והריני בא על החתום.

_____ חתימה

_____ תאריך

אני הח"מ, _____, ת.ז. _____, מאשר/ת בזה כי _____, ת.ז. _____, הנ"ל חתם בפני על כתב השחרור והקבלה שלעיל, לאחר שקרא והבין את האמור בו.

_____ חתימה

_____ תאריך