

הליך בירור ויישוב תביעות – פנסיית שארים

מנורה מבטחים פנסיה בע"מ (להלן: "החברה") מעמידה לרשות עמיתה מערך בירור ויישוב תביעות הפועל לפי מערכת הכללים המצ"ב **כנספח א'**, אשר אומצה על ידי דירקטוריון החברה.

הגשת מסמכים

סוכן המבקש להגיש תביעת שארים מטעם שארי עמית בקרן מתבקש לשלוח בדו"אל אל אחת מהכתובות אשר תוצגנה להלן את מלוא המסמכים הנדרשים להגשת תביעה כפי שמפורט בטופס התביעה המצ"ב.

ראה רשימת המחוזות וכתובתם:

072-2768532	טל':	pensiamerkaz@newmivt.co.il	מחוז מרכז:
072-2768531	טל':	pensiasochnuoyot@newmivt.co.il	מחוז סוכנויות:
03-9438079	טל':	pensiadarom@newmivt.co.il	מחוז דרום:
04-81 34449	טל':	pensiazafon@newmivt.co.il	מחוז חיפה והצפון:
02-6298835	טל':	pensiajerusalem@newmivt.co.il	מחוז ירושלים:

לקבלת מידע נוסף על שעות פתיחה וסניפים נוספים ניתן לפנות אל מוקד קשרי הלקוחות בטלפון *9699 או 1-700-700-064.

בדיקת זכאות ראשונית

עם המצאת מלוא המידע והמסמכים כשהם מלאים וחתומים כנדרש, תועבר התביעה להמשך טיפול על ידי מחלקת התביעות של החברה. אי המצאת מלוא המידע והמסמכים הנדרשים עשויה לעכב את הטיפול בתביעה ואף להביא להפסקת הטיפול בה ולסגירתה.

אי צבירת תקופת אכשרה

אם לא נצברה תקופת אכשרה של 60 חודשי חברות מהצטרפות העמית (או מחידוש חברותו, לפי המאוחר) ועד למועד הפטירה, מחויבת קרן הפנסיה לבחון האם הסיבה הרפואית שבעטיה ארעה הפטירה, נובעת ממצב בריאותי קודם. במקרה זה פועלת החברה לאיתור תיקו הרפואי של העמית, באמצעות חברות המתמחות בכך, ומידע זה יובא בפני הועדה הרפואית לשם קביעת השארים הזכאים לתשלום. כל החלטות הועדה הרפואית תשלחנה בדואר רשום בצירוף מכתב נלווה לכתובת השארים המעודכנת ברישומי החברה.

תשלום מקרן הפנסיה ודגשים נוספים

זכאות לתשלום פנסיית שארים מותנית בקיומם של שארים; פנסיית השארים תשולם לאלמנה (לרבות ידועה בציבור באישור ערכאה שיפוטית מוסמכת) ולהורה נתמך לכל ימי חייהם וליתום עד הגיעו לגיל 21 ככל שנמצאו זכאים ע"פ תקנון הקרן. באין שארים, יחולקו הכספים בין האלמנה והילדים; באין אלמנה וילדים ישולמו הכספים למוטבים ובאין מוטבים ליורשי העמית.

זכות השגה על החלטה

- בהתאם להוראות תקנוני קרנות הפנסיה וההסדר התחיקתי עומדות בפני העמית האפשרויות הבאות:
- ערעור לנציבות לבירור מחלוקות של החברה. יש לשלוח לכתובת הנציבות רח' ז'בוטינסקי 7, רמת גן, 52520 בתוך 6 חודשים מיום משלוח ההחלטה הרלוונטית ולצרף מסמכים מתאימים. על החלטת הנציבות, ניתן לערער לערכאה שיפוטית מוסמכת בתוך 45 ימים מיום משלוח ההחלטה.
 - פנייה לממונה על פניות הציבור של החברה. יש לשלוח לכתובת הממונה על פניות הציבור, מנורה מבטחים פנסיה בע"מ, רח' ז'בוטינסקי 7, רמת גן, 52520.

ניתן לצפות בטפסי תביעה לדוגמה בלבד, באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.menoramivt.co.il.

האמור במסמך זה בלשון יחיד אף בלשון הרבים במשמע, ולהיפך, ומילים במין זכר אף מין נקבה במשמע ולהיפך. האמור במסמך זה הנו הנחיות כלליות בלבד. זכויות עמית, שאר או פנסיונר בכל תביעה יקבעו בהתאם לתקנוני קרנות הפנסיה הרלוונטיים. כל סתירה הקיימת בין האמור במסמך זה ובין האמור בתקנוני קרנות הפנסיה, תקנוני קרנות הפנסיה יקבעו.

נספח א'

כללים לבירור וליישוב תביעות לפנסיית נכות או שאירים ולטיפול בפניות ציבור

1. מסמכים ומידע בבירור תביעה

- 1.1 דרישה למימוש זכות לפנסיית נכות או פנסיית שאירים ("תביעה") תבורר בהתאם להוראות חוזר גופים מוסדיים 18-9-2009 בעניין בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור ("החוזר") או בהתאם לכל הוראה בהסדר התחיקתי שתחליף אותו, בהתאם לתקנוני הקרנות ובהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.
- 1.2 תביעה כאמור בסעיף 1.1 ניתן להגיש בכל אחת מחטיבות השירות של מנורה מבטחים פנסיה בע"מ ("החברה")
- 1.3 פנה אדם בקשר להגשת תביעה כאמור בסעיף 1.1 ("התובע"), תמסור לו החברה את המסמכים כדלהלן;
 - א. פירוט הליך בירור ויישוב התביעה
 - ב. הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהתובע
 - ג. פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לצורך בירור תביעתו
 - ד. טופס הגשת תביעה
 - ה. הודעה על תקופת ההתיישנות
- 1.4 החברה רשאית לדרוש מהתובע לפי שיקול דעתה מסמכים נוספים לצורך בירור התביעה בתוך ארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר לה הצורך בהם.

2. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיו

- 2.1 החברה תמסור לתובע הודעת המשך בירור או הפסקת בירור, תוך שלושים ימים מהיום שקיבלה לידיה את טופס הגשת התביעה החתום על ידי העמית ואת כל המידע והמסמכים שנדרשו מהתובע לשם בירור התביעה.
- 2.2 החברה תהא פטורה ממשלוח הודעה כאמור אם נמסרה לתובע הודעת תשלום מלא או חלקי כאמור בסעיף 3 או אם נמסרה לתובע הודעה על דחיית התביעה, כאמור בסעיף 4 להלן.
- 2.3 ראתה החברה כי נדרש לה זמן נוסף לשם בירור התביעה – תמסור לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגין נדרש לה זמן נוסף לבירור (בסעיף זה – "הודעת המשך בירור").
- 2.4 בהודעת המשך הבירור החברה תציין כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מהתובע לשם המשך בירור תביעתו.
- 2.5 הודעת המשך בירור תימסר לתובע מידי תשעים יום ועד למשלוח הודעת תשלום (מלא או חלקי) או הודעת דחייה, לפי הענין.
- 2.6 החברה פטורה מחובתה לשלוח הודעות המשך בירור נוספות אם פנה התובע לערכאות משפטיות או אם התובע לא הגיב בכתב לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות, הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה. זאת, רק במידה והחברה ציינה בהודעה האחרונה לתובע כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.

3. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי

- 3.1 נתקבלה תביעתו של התובע, המזכה בתשלום פנסיה או בתשלום אחר, תמסור החברה לתובע במועד התשלום הודעה בכתב כאמור בחוזר.
- 3.2 החליטה החברה על קבלת חלק מהתביעה, תמסור החברה לתובע במועד התשלום הודעה בכתב כאמור בחוזר.

4. הודעת דחייה

החליטה החברה על דחיית התביעה, תמסור לתובע הודעה בכתב הכוללת את נימוקי הדחייה.

5. הודעה בדבר התיישנות התביעה לפנסיית נכות

הודעה, כאמור בסעיפים 2,3 ו-4 תכלול פסקה בדבר תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות החוזר.

6. הודעה בענין זכות השגה (ערעור) על החלטה

בהודעת התשלום החלקי, כאמור בסעיף 3, או בהודעת הדחייה, כאמור בסעיף 4, יצוינו האפשרויות העומדות בפני התובע לערער על החלטת החברה.

7. בדיקה מחודשת של זכאות

החברה רשאית לבדוק מחדש את זכאותו של התובע לקבלת תשלומי גמלה ולשנות את החלטותיה בהתאם, אם יש לה יסוד סביר להניח כי חל שינוי במצבו של העמית או אם הגיעו לידיה מסמכים נוספים, שלא הועמדו בפניה קודם לכן.

8. הפסקה או הקטנת תשלומים לעמית

8.1 הקטנה או הפסקת תשלומים עיתיים בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, כאמור בסעיף 7 לעיל, תעשה בהתאם להוראות הקבועות בתקנון ולאחר שנמסרה הודעה לתובע, כי בכוננת החברה להקטין או להפסיק או להקטין את התשלומים.

8.2 הודעה, כאמור בסעיף 8.1 לעיל, תשלח לפחות שלושים ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים, אך לא יותר משישים ימים לפני המועד האמור. אין בכך כדי לגרוע מזכות החברה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.

9. בירור תביעה בעזרת מומחה

9.1 החברה רשאית להסתייע בשירותיו של מומחה לצורך בירור תביעה וכן לדרוש בדיקתו של התובע על ידי המומחה. התובע רשאי להגיע לבדיקה בליווי מלווה שיכול שיהא עורך דינו של התובע.

9.2 בסעיף זה יחשב "מומחה" – בין שהוא מועסק על ידי קרנות הפנסיה או החברה ובין אם לאו, בין אם נפגש עם התובע בין אם לאו, אך למעט יועץ משפטי ולמעט הועדה הרפואית.

10. חוות דעת מומחה

10.1 נסמכה החברה על חוות דעתו של המומחה, כאמור סעיף 9 (בסעיף זה – "חוות הדעת"), תמסור העתק מחוות הדעת לעמית, בצירוף הודעה בדבר בירור מהלך התביעה או בצירוף הודעת המשך בירור.

10.2 הייתה חוות הדעת של המומחה חסויה על פי דין, תמסור החברה הודעה בכתב לתובע שבה יוסבר מדוע חוות הדעת חסויה.

11. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור

החברה תשיב בכתב לכל פניה בכתב של תובע שהועברה אליה. המענה ישלח בתוך שלושים ימים ממועד קבלת הפניה על ידי הגורם הרלוונטי.

12. מתן העתקים

12.1 החברה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מתקנוני הקרנות בתוך ארבעה עשר ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

12.2 החברה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מכל מסמך אשר התובע חתם עליו, מכל מסמך אשר מסר התובע לחברה, או מכל מסמך אשר התקבל בחברה מכוח הסכמת התובע, בתוך עשרים ואחד ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

13. שמירת מידע ומסמכים

13.1 החברה תשמור את כל המידע והמסמכים הנוגעים לעמית, כל עוד הוא עמית בקרן, ולמשך תקופה של לפחות שבע שנים לאחר שחדל להיות עמית, ובהתאם להוראות החוזר החברה תשמור את מועדי התשלומים וסכומיהם.

המועד או התקופה לתביעות מסוג נכות/שאיירים	המועד או התקופה הקבועים בחוזר	הפעולה	סעיף בחוזר
14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	דרישה מידע ומסמכים נוספים	9(א)(7)
30 ימים	30 ימים	מסירת הודעה בדבר מהלך בירור תביעה ותוצאותיו	9(ב)
כל 90 ימים	כל 90 ימים	מסירת הודעת המשך בירור תביעה	9(ה)(3)
30-60 ימים	30-60 ימים	מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם	9(ח)(6)
14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	העברת העתק מפסק דין או הסכם	9(יא)(2)
לא רלבנטי	14 ימי עסקים	מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה	9(יב)(1)
לא רלבנטי	ימי עסקים	הודעה למבוטח על דרישת תגמולי ביטוח של צד שלישי/ ימי עסקים	9(יב)(2)
30 ימים	30 ימים	מענה בכתב לפניית ציבור	9(יג)
14 ימי עסקים	14 ימי עסקים	מסירת העתקים מפוליסה או תקנון	9(יד)(1)
21 ימי עסקים	21 ימי עסקים	מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע	9(יד)(3)



1-00524

תאריך עדכון: 27.11.2012

טופס בקשת תשלום פנסיית שארים

נא סמן את הקרנות בגינן הנך מבקש לקבל פנסיית שארים:

- מבטחים החדשה (להלן: קרן מקיפה) מבטחים החדשה פלוס (להלן: קרן כללית)
ככל שלא תבחר, תחול הבקשה על שתי הקרנות.

1. פרטים אישיים:

פרטי המנוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות מלא	תאריך פטירה	תאריך לידה

2. נסיבות הפטירה:

- מחלה תאונת דרכים התאבדות תאונה אישית תאונת עבודה אחר
פירוט - _____

3. פרטי קופות החולים בה היה/תה חבר/ה המנוח/ה:

שם קופת החולים בה המנוח היה חבר **במועד פטירתו**: _____ סניף: _____ עיר: _____
תאריך הצטרפות לקופה: _____

שם קופת החולים בה המנוח היה חבר **בעבר**: _____ סניף: _____ עיר: _____ תאריך
הצטרפות לקופה: _____ תאריך עזיבה: _____ .

אשפוזים רפואיים:

תאריך אשפוז	תאריך שחרור	המוסד המאשפז	המחלה בגינה חל האשפוז

4. נתיחת גופה:

- לעמית/ה המנוח/ה בוצעה נתיחת גופה לאחר פטירתו/ה. מצ"ב דו"ח נתיחת הגופה.
 לעמית/ה המנוח/ה, לא בוצעה נתיחת גופה לאחר פטירתו/ה.

5. פרטי חשבון בנק שארים (אלמנה / אפוטרופוס ויתומים מעל גיל 18)

שם פרטי ומשפחה של השאר	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון

* יש לצרף אישור בנק הכולל את הפרטים הבאים: שם מלא, מספר ת.ז. מספר הסניף ומספר חשבון וחתימה וחותמת של הבנק, או לחילופין המחאה מבוטלת הכוללת פרטים אלו.

* יתום מעל גיל 18 המעוניין לוותר לטובת ההורה על תשלום הקצבה, נדרש לחתום על כתב הצהרה.

6. הצהרות:

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזה כלפיכם כדלהלן:

א. הנני אלמן/אלמנה/ידועה/בציבור של המנוח/ה וגרתי עמו/ה בעת פטירתו/ה.
(מצ"ב מסמכים על הוכחת מגורים משותפים).

הריני מעוניינת לקבל פנסיית שארים על בסיס הבטחת תקופת תשלום מינימלית של 60 / 120 / 180 / 240 חודשים. [סמני/ בחירתך] [באפשרות זו יכול לבחור רק אלמן/ה שגילו/ה בתום תקופת התשלום המינימלית שנבחרה לא יעלה על 85, וזאת בכפוף לחתימה על הצהרת בריאות והצגת אישור רפואי עדכני מרופא מטפל]

הנני בנו/בתו של המנוח/ה.

הנני _____ של המנוח/ה שם _____ מס. ת.ז. _____
כתובת _____

ב. המנוח/ה השאיר/ה אחריו/ה את השאירים/היורשים המפורטים להלן:

אלמן/ה שהיה/ה נשוי/אה לעמית/ה וגר/ה עמה/ו בסמוך בעת פטירתו:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות מלא	תאריך לידה	כתובת וטלפון

ידועה/בציבור (מצ"ב פסק דין):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות מלא	תאריך לידה	כתובת וטלפון

ילידי המנוח/ה שטרם הגיעו לגיל 21 בשעת פטירתו/ה כולל ילדים מאומצים (מצ"ב הוכחת יליד מנוח):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות מלא	תאריך לידה	כתובת וטלפון

בן מוגבל (יש לצרף אישור מהמלל ואישור על הסדר הכנסות):

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות מלא	תאריך לידה	כתובת וטלפון

הורים סמוכים על שולחנו/ה של המנוח/ה:

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות מלא	תאריך לידה	כתובת וטלפון

- ג. הריני מצהיר/ה כי למיטב ידיעתי מלבד השאירים/יורשים המפורטים לעיל, המנוח/ה לא השאיר/ה שאירים/ יורשים זכאים נוספים עפ"י התקנות.
- ד. למיטב ידיעתי המנוח/ה נפטר/ה והשאיר/ה / לא השאיר/ה אחריו כל צוואה.
- ה. למיטב ידיעתי היורשים פנו/לא פנו לבית המשפט וניתן/לא ניתן צו ירושה בגין פטירת המנוח/ה.
- ו. הריני מצהיר/ה כי כל הפרטים שמסרתי בתצהירי זה הם נכונים ומדויקים וידוע לי כי זכאותי וזכאות יתר השאירים לקבל פנסיה תקבע בהתאם לתקנון הקרן והנתונים שמסרתי, לרבות הצהרה זו. הנני מתחייב להודיע לכם על כל שינוי שיחול באחד או יותר מהפרטים שמסרתי.
- ז. הריני מתחייב/ת כלפיכם כי אם תוגש נגדכם תביעה בקשר לפטירת המנוח/ה, אפצה אתכם פיצוי מלא בקשר לכל סכום שתחויבו לשלם, לרבות הוצאות ושכ"ט עו"ד, אם יתברר כי לא הייתי זכאי/ת לקבל את הכספים או הקצבה כולה או חלקה.
- ח. הריני מצהיר/ה, תוך ידיעה שהעלמת פרטים או מסירת פרטים כוזבים עלולים להביא לעונש או לאחריות אזרחית כי כל הפרטים שנמסרו בהצהרה זו ובצרופותיה הם נכונים.
- ט. הריני מתחייב להמציא לכם מסמכים ונתונים בהתאם לדרישותיכם לצורך קביעת זכאותי לקבלת קצבת שאירים מקרן הפנסיה.

תאריך	שם מלא של המצהיר/ה	חתימה
		⊗

אימות חתימה:

אני הח"מ מאשר/ת כי העמית/ה חתם/ה בנוכחותי על מסמך זה לאחר שקרא/ה/הקראתי את תוכנו.

תאריך	שם הסוכן	מספר רישום	חתימה
			⊗

7. לידיעתך:

- ככל שיתברר כי פנסיית השאירים לה הנך זכאי תהיה נמוכה מפנסיית המינימום כהגדרתה בתקנוני קרנות הפנסיה, ינוכו דמי ניהול נוספים בשיעור של עד 6% מההפרש שבין פנסיית המינימום לבין פנסיית הזקנה המשולמת, למעט פנסיית שאריו של מי שקיבל קצבת זקנה טרם פטירתו.
- תשלום פנסיית השאירים יהיה בעד התקופה שמהחודש שלאחר חודש הפטירה ולאחריו.

8. להלן רשימת המידע והמסמכים אותם תידרש להביא עמך בעת הגשת התביעה:

- צילום תעודת זהות בהיר וקריא כולל הספח שבו מצוין מצב משפחתי ופרטי הילדים
- צו קיום צוואה או צו ירושה - לצורך איתור מידע רפואי
- אישורים כי הילדים הינם ילדי המנוח (למשל צילומי תעודת זהות או תעודות לידה).
- הוכחת מגורים משותפים, לדוגמה: חשבונות, הסכם שכירות או כל מסמך אחר שיעיד שהאלמנה גרה עם העמית תכופ לפטירתו.
- צו הצהרה מערכאה שיפוטית על הכרה בידועה בציבור
- צילום המחאה או אישור על ניהול חשבון בנק
- תעודת פטירה ואישור על סיבת הפטירה (סיכום פטירה מבית חולים ודו"ח משטרה, ככל שקיים)
- אישורים מביטוח לאומי על בן מוגבל
- אישור מערכאה שיפוטית במקרה של ילד מאומץ
- אישורים עבור הורה נתמך - לרבות קבלת גמלת הבטחת הכנסה לפי חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א-1980 ואישורים נוספים כנדרש בהגדרת הורה נתמך על פי תקנוני קרנות הפנסיה

9. בנוסף לאמור לעיל במעמד הגשת התביעה יידרש השאר למלא את הטפסים הבאים:

- טופס 101 (חתום ע"י אלמנה וכל יתום מעל גיל 18)
- במידה ובוצעה נתיחה, יש לצרף דוח נתיחה.
- במידה ותבקש האלמנה לבחור בתקופת הבטחה, יהיה עליה לחתום על הצהרת בריאות ולהמציא אישור על מצבה הרפואי מרופא מטפל.

כל האמור לעיל בלשון זכר משמע גם בלשון נקבה.



1-00032

תאריך עדכון: 27.11.2012

לכבוד

א.ג.ב.

הנדון: הסכמה למסירת מידע על פי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981

אני הח"מ נותן בזה למנורה מבטחים פנסיה בע"מ וכן למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, ככל שקיימת על שמי פוליסת ביטוח משלים במנורה מבטחים ביטוח בע"מ, ו/או למי מטעמן, (להלן: "מבטחים"), הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף, לרבות חברות ביטוח ולרבות גוף ציבורי כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות או מוסד רפואי בארץ עובדיו, רופאיו, וכל מי שפועל בשמו בישראל או בחו"ל, לרבות קופות חולים, רופאיהן ועובדיהן, בתי חולים כלליים או פסיכיאטרים או שיקומיים על כל מחלקותיהם, וכן למוסד לביטוח לאומי או רשויות המס או משרד הביטחון או כל עובד בתחום הסוציאלי או הסייעודי, כדי לקבל את כל הפרטים והמידע המצויים בידם ללא יוצא מן הכלל, בנוגע למצבי הבריאותי או הסוציאלי או בתחום הסייעודי או הכלכלי או בתחום השיקומי וכן כל מידע אחר הנדרש למבטחים לצורך בחינת זכאותי לקבלת גמלת נכות מלאה או חלקית ממבטחים.

הריני משחרר בזה כל גוף הנזכר לעיל ומתיר להם בזאת ליתן לכם את כל הפרטים והמסמכים המצויים בידם הקשורים אליי, למצבי הכלכלי, למצב בריאותי ו/או מחלותי, שהנני חולה בהן כיום או שחליתי בהן בעבר, לרבות רשימת רופאים אשר טיפלו בי במסגרתן, כל חומר המצוי במאגרי המידע של המוסדות כאמור בנוגע אליי, ולרבות החלטות שניתנו ע"י הגופים כאמור, הקובעים את זכאותי לגמלת נכות וכן את שיעור הנכות שאושר לי ו/או כל החלטה אחרת.

כמו כן הריני מוותר בזאת על חובת שמירת הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי ובכל עניין הקשור לעבודתי.

כמו כן אני נותן בזה רשות למבטחים למסור, לכל מבטח חיצוני לרבות חברות ביטוח, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר את כל עובדי מבטחים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבטח החיצוני. כתב ויתור זה כוחו יפה גם לצורך הדיונים של ועדות הערעורים על החלטות מבטחים וכל ערכאה שיפוטית, ככל שיתקיימו כאלה.

עם חתימתי על כתב ויתור זה, הריני מצהיר/ה כי לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי המוסדות או עובדיהם או נותני השירות שלהם או מטעמם, בקשר עם מסירת מידע כאמור וכן לא תהיינה לי כל טענות ו/או תביעות מסוג כלשהו כלפי מבטחים בקשר עם מסירת מידע על ידם למבטח חיצוני ולא יהיו לי כל טענות ו/או תביעות כלפי המבטח החיצוני בקשר עם קבלתו מידע כאמור.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

פרטי החותם:

שם	מספר זהות מלא	תאריך	חתימה
			⊗

עד לחתימה:

שם	מספר זהות מלא	תאריך	חתימה
			⊗