

## לקוח יקר,

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

על מנת לממש את זכויותיך בפוליסה בתוך זמן סביר ולשביעות רצונך, אנא מלא את טופס התביעה בהתאם להנחיות. לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה. במידה וידרשו מסמכים נוספים נודיעך על כך וכן תשלח הודעה בכתב.

**כמו כן, על מנת לייעל את הטיפול בעניינך, נבקשך למלא כתובת דואר אלקטרוני בטופס התביעה לצורך התקשרות.**

- את טופס התביעה ואת המסמכים הנדרשים יש באפשרותך להעביר אלינו באחת מהדרכים הבאות:
1. **לכתובת:** ביטוח חקלאי – אגודה שיתופית מרכזית בע"מ, החשמונאים 93, ת.ד. 20190, מיקוד 61201 תל-אביב – לידי תביעות ביטוח חיים.
  2. **לפקס:** 073-7151380
  3. **למייל:** Haim@bth.co.il

## שים לב!

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

באפשרותך לבחור את אופן משלוח וקבלת הודעות בדבר מהלך ברור התביעה ותוצאותיה. אנא ציין את אופן ההתקשרות המועדף לשם משלוח הודעות החברה אליך:

באמצעות דואר לכתובת: \_\_\_\_\_  
באמצעות פקס שמספרו: \_\_\_\_\_  
באמצעות דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

במידה ולא תציין את אופן ההתקשרות המועדף, יישלחו אליך הודעות כאמור בדואר, לכתובת הרשומה בראש מכתב זה.

באפשרותך להוריד טפסים ולשלוח מסמכים באמצעות אתר האינטרנט של חברתנו: [www.bth.co.il](http://www.bth.co.il), בחר בלשונית "תביעות", תת לשונית "תביעות ביטוח חיים". כמו כן תוכל לשלוח מסמכים בדואר, בפקס, בדוא"ל, לפי הפרטים הרשומים בחוברת המצ"ב, וכן באזור המידע ובמסרון לטלפון 0549486510.

לידיעתך, ניתן לצפות בפרטי תביעתך באזור המידע האישי של חברתנו בכתובת - <https://myinfo.bth.co.il>.

לידיעתך, באפשרותך לבחון הגשת תביעה בפוליסות נוספות הקיימות על שמך. ניתן לבדוק קיום פוליסות נוספות בהר הביטוחים – <https://harb.cma.gov.il>.

אם נמצאים ברשותך קבצי וידאו ו/או תמונות ו/או קבצי שמע הקשורים לאירוע, הואל נא להעבירם אלינו בדואר אלקטרוני לכתובת [claims@bthmail.co.il](mailto:claims@bthmail.co.il). יש להקפיד ולציין את מספר התביעה בשורת ה"נושא" (ללא ציון מספר התביעה לא ניתן יהיה לטפל בקובץ המועבר).

בכל שאלה או בירור הנך מוזמן ליצור קשר עמנו בטלפון שמספרו 03-5632815

בברכה,  
אגף ביטוח חיים - תביעות  
ביטוח חקלאי  
אגודה שיתופית מרכזית בע"מ



## פירוט המסמכים הנדרשים לצורך טיפול בתביעה:

- טופס "הודעה על מקרה פטירה" (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.
- כתב ויתור סודיות רפואית מצד המוטבים עבור הוצאת תיקו הרפואי של המבוטח מלא וחתום.
- תעודת הפטירה ממושרד הפנים – נאמן למקור.
- נסיבות הפטירה- יש לצרף את כל המסמכים והדוחות הרפואיים הקשורים לתביעה ומלמדים על נסיבות הפטירה, לרבות דו"ח מפורט מבית חולים המעיד על נסיבות הפטירה ואישורים רפואיים. במקרה שלא היה טיפול רפואי – תעודה על סיבת המוות ונסיבותיו, וכן דו"ח מד"א – אם קיים.
- במקרה והפטירה נובעת מתאונה / אירוע פלילי / התאבדות – יש להמציא בנוסף לאמור לעיל, אישור ממוסד ממשלתי (כגון: משטרת ישראל, המכון לרפואה משפטית, משרד הביטחון) המעיד על נסיבות התאונה שגרמה לפטירה.
- צילום תעודת זהות קריא וברור כולל הספח משני צידיו של כל מוטב.
- אסמכתא לפרטי בנק, צילום שיק / אישור מהבנק על התנהלות חשבון של כל מוטב.
- במקרה שהמוטב הינו קטין או פסול דין יש להמציא אישור הבנק על התנהלות חשבון אפטרופוס לטובת הקטין.
- במידה והמבוטח בחר כי המוטבים הם ה'יורשים החוקיים' יש להעביר צו ירושה.
- במידה והמוטב מיוצג על-ידי עורך דין יש להמציא: ייפוי כוח חתום על-ידי המוטב.

## יובהר בזאת כי אין צורך להעביר טפסים מקוריים, ניתן להעביר טפסים חתומים נאמן למקור.



## ביטוח חיים

### טופס הודעה על מקרה פטירה

מספר סוכן:
תאריך:

מספר הפוליסה
מספר תביעה

#### לתשומת לב ממלא הטופס:

אנא הקפד על מילוי מדויק של הפרטים המבוקשים בכל השאלות שבטופס בהתאם לעניין. אי-דיוק בפרטים עשוי להיחשב כאי-עמידה בחובת הגילוי על-פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 (להלן "החוק") ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

#### א. פרטי הנפטר

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מקצועו ועיסוקו של הנפטר (במועד הפטירה)
כתובת הנפטר (במועד הפטירה)	בית	דירה	יישוב
שם איש קשר	מספר טלפון	דואר אלקטרוני של איש קשר	

#### ב. פרטי הפטירה

תאריך הפטירה	שעת הפטירה	מקום הפטירה	סיבת הפטירה
תאור נסיבות הפטירה			

#### ג. פרטי קופת חולים של המנוח

שם קופת החולים	שם הסניף	כתובת הסניף
----------------	----------	-------------

#### ד. פרטי המטפלים במנוח

שם הרופא/המוסד	כתובת
שם הרופא/המוסד	כתובת
שם הרופא/המוסד	כתובת

#### ה. ביטוח חיים נוסף

האם לנפטר היה ביטוח חיים בחברות אחרות?  לא  כן, נא פרט: \_\_\_\_\_

#### ו. פרטי ממלא ההודעה

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה לנפטר
כתובת	בית	דירה	מיקוד
תאריך	חתימה		

#### ז. מינוי סוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר / גב' \_\_\_\_\_ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו בכלל זה להגיש ל'ביטוח חקלאי' ולקבל מ'ביטוח חקלאי' את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך	חתימה
-------	-------

#### ח. הסכמה לשימוש בדואר אלקטרוני

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בביטוח חקלאי - אגודה שיתופית מרכזית בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שגורשה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

תאריך	חתימה
-------	-------

מספר סוכן:
------------

תאריך: \_\_\_\_\_

## ביטוח חיים

### טופס בקשת מידע וויתור על סודיות

מספר הפוליסה									
מספר התביעה									

#### א. פרטי הנפטר

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	שם האב
שם קופת חולים	סניף	מספר חבר	שם הרופא המטפל
מספר אישי בצה"ל	סניף מוסד לביטוח לאומי בו טופלה התביעה		

#### ב. פרטי המצהיר - במידה ומדובר בקטין, חלק זה ימולא ע"י אפוטרופוס הקטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה לנפטר
רחוב	בית	דירה	יישוב
דואר אלקטרוני	תאריך	חתימה	טלפון

#### ג. הצהרת ויתור סודיות

אנו הח"מ, יורשיו של הנפטר (שם) \_\_\_\_\_ (ת.ז.) \_\_\_\_\_ (להלן: 'הנפטר') 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 לצה"ל ולמשרד הביטחון ו/או לרשויות המקומיות ולמשרדי הממשלה על כל עובדיהם ו/או למשטרת ישראל ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות הפנסיה ו/או כל המרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל במנוח אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצב בריאותו למסור ל'ביטוח חקלאי - אגודה שיתופית מרכזית 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 ממוסדותיכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותו ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי 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 כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה.

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

ת.ז.	שם	קרבה למנוח	חתימה
ת.ז.	שם	קרבה למנוח	חתימה
ת.ז.	שם	קרבה למנוח	חתימה

#### ד. סוכן

הנני מיפה את כוחו של נציג 'ביטוח חקלאי - אגודה שיתופית מרכזית בע"מ' לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

ה. עד לחתימה - עד לחתימה יכול להיות: עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק

תאריך	ת.ז.	שם העד לחתימה	חתימת העד
-------	------	---------------	-----------

ו. חתימת המצהיר

תאריך	ת.ז.	שם	חתימה
-------	------	----	-------