

מס' תביעה (במידה שכבר נפתחה תביעה בחברתנו): _____

טופס הודעה על מקרה מוות/דרישה לשחרור מפרמיה עקב מוות

1. פרטים מזהים של המבוטח (הנפטר)

שם משפחה ופרטי	רחוב	ישוב
מספר זהות	תאריך לידה	שם קופת חולים
מקצוע/עיסוק במועד הפטירה	שכיר/עצמאי/גימלאי	שם רופא משפחה

2. פרטים בקשר לפטירה

תאריך הפטירה	מקום הפטירה	סיבת הפטירה
במקרה של תאונה:		
תאריך התאונה	שעת התאונה	כתובת מקום התרחשות התאונה
<u>תאור נסיבות המוות.</u> נא ציין גם האם הוזמן מ.ד.א /נט"ן מיהו הגורם הרפואי שטיפל במנוח.		

3. האם הנפטר היה מבוטח בביטוח חיים בחברות ביטוח אחרות? לא / כן. אם כן, פרט:

שם החברה	מספר הפוליסה	סוג וסכום הביטוח
1		
2		
3		

4. פרטי ממלא הטופס

שם משפחה ופרטי	מספר ת. זהות	הקרבה למבוטח
רחוב מספר בית/דירה	ישוב	מיקוד
		טלפון ניח
		טלפון סלולרי
חתימה:	תאריך:	



לטופס נא לצרף את המסמכים הבאים:

1. תעודת פטירה
2. צו ירושה/צו קיום צוואה
- (**) במקרה של פוליסה קולקטיבית, יש להעביר טופס מוטבים).
3. ויתור סודיות רפואית חתום ע"י היורשים החוקיים **ומאומת ע"י עו"ד, מצ"ב**

4. מסמכים רפואיים:

- 4.1. סיכום פטירה מבי"ח במקרה של פטירה בבי"ח.
- 4.2. תעודות חדר מיון/סיכומי אשפוז במקרה של פטירה עקב מחלה
- 4.3. הודעת פטירה חתומה בידי רופא.
- 4.4. דו"ח מד"א/דו"ח פראמדיק
- 4.5. דו"ח נתיחה שלאחר המוות.

5. מסמכים נוספים:

- 5.1. אישור היורשים החוקיים לויתור סודיות (אם עדיין אין צו ירושה), מצ"ב
- 5.2. ייפוי כוח להעתקת תיק משטרה כאשר יש חקירת משטרה, מצ"ב
- 5.3. אישור משטרה (במקרה של תאונת דרכים)
- 5.4. אישור מוסד ממשלתי המעיד על נסיבות התאונה (למשל משרד הביטחון, משטרת ישראל וכו')
- 5.5. בפוליסה קולקטיבית – אישור הבנק לגבי קיומה של הלוואה למנוח.

אין ברשימה המצ"ב כדי למנוע מהחברה להרחיב בירור חבותה ולדרוש לקבל לידיה אסמכתאות נוספות.



כתב ויתור על סודיות רפואית מטעם היורשים

תביעה מס' _____

אנו הח"מ יורשי המנוח _____ ת.ז. _____ (להלן: "המנוח"),
אשר פרטינו הינם כמפורט לעיל:

- | | | | |
|----|-------|------|-------|
| 1. | _____ | ת.ז. | _____ |
| 2. | _____ | ת.ז. | _____ |
| 3. | _____ | ת.ז. | _____ |

נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ואו לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור למבקשים את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הנפשי של המנוח ו/או על כל מחלה שחלה בה בעבר.

כמו כן אנו הח"מ מאשרים בזה במפורש כי כתב ויתור זה והרשות לגילוי חומר רפואי מתייחסים גם לצה"ל / מערכת הביטחון.

אנו משחררים בזה אתכם ו/או כל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדכם, כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדכם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי של המנוח ומתירים לכם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמו במוסד לביטוח לאומי, **כולל מידע על התשלומים** שהמוסד לביטוח לאומי שילם לו.
הננו מוותרים על סודיות רפואית זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם, ולא תהיה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____
שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____
שם: _____ תאריך: _____ חתימה: _____
שם הקופה: _____ שם הסניף וכתובתו: _____
שם רופאים מטפלים: _____
מס אישי בצה"ל: _____

אישור

אני הח"מ _____ עו"ד מאשר כי החתימה דלעיל נעשתה בפני ולאחר שזיהיתי את החותם/מים עפ"י ת.ז. ולאחר שהסברתי לו/להם והוא/הם הבין/נו את תוכנו ומשמעותו של מסמך זה וחתם/ו מרצונו/ם החופשי והטוב.

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____

ויתור סודיות רפואית ע"י יורשים חוקיים כשעדיין אין צו ירושה

לכבוד
כל מאן דבעי
א.ג.ג.,

הרינו מצהירים בזאת כי אנו החתומים מטה, היורשים החוקיים הבלעדיים של _____ ז"ל שנפטר/ה ביום _____ ת.ז. _____ ואולם טרם ניתן צו ירושה. אנו מאשרים בזאת לאיי.די.איי חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה לקבל את העתק התיק הרפואי של המנוח מ..... מצ"ב טופס ויתור סודיות רפואית חתום על ידינו.

שם: _____ ת.ז. _____ תאריך: _____ חתימה: _____
שם: _____ ת.ז. _____ תאריך: _____ חתימה: _____
שם: _____ ת.ז. _____ תאריך: _____ חתימה: _____
שם: _____ ת.ז. _____ תאריך: _____ חתימה: _____

אישור

אני הח"מ _____ עו"ד מאשר כי החתימה דלעיל נעשתה בפני ולאחר שזיהיתי את החותם/מים עפ"י ת.ז. ולאחר שהסברתי לו/להם והוא/הם הבין/נו את תוכנו ומשמעותו של מסמך זה וחתם/ו מרצונו/ם החופשי והטוב.

תאריך: _____ חתימה וחותמת: _____

מס' תביעה: _____

תאריך: _____

לכבוד
משטרת ישראל
א.ג.ב.,

הנדון: חקירת מקרה מוות ע"ש _____ ז"ל
בעל ת.ז מס': _____
מקרה מיום _____

אנו הח"מ, אנו יורשיו החוקיים של המנוח/ה ז"ל אשר נפטר ביום _____ מאשרים בזאת מתן גישה לתיק המשטרה ו/או העברת מידע ו/או העתקת תיק המשטרה בעניין חקירת מותו של הנדון ל אי.די.איי חברה לביטוח בע"מ ו/או למי מטעמה.

על החתום:

שם: _____ ת.ז. _____ תאריך: _____ חתימה: _____
שם: _____ ת.ז. _____ תאריך: _____ חתימה: _____
שם: _____ ת.ז. _____ תאריך: _____ חתימה: _____
שם: _____ ת.ז. _____ תאריך: _____ חתימה: _____

תביעה מס': _____