

הנחיות להגשת תביעה על פי פוליסה לביטוח חיים במקרה פטירה

אנו משתתפים בצערכם על פטירת יקירכם/יקירתכם ז"ל. לשם בירור התביעה יש להמציא את המסמכים הבאים:

- א. טופס תביעה מלא על כל פרטיו - מצ"ב.
- ב. תעודת פטירה בציון סיבת הפטירה (באם סיבת הפטירה אינה מצוינת בתעודת הפטירה, יש להמציא אישור רפואי לגבי סיבת הפטירה/הודעת פטירה ממד"א).
- ג. סיכום מחלה / סיכומי האשפוז מכל האשפוזים, כולל סיכום האשפוז הראשון והאחרון.
- ד. אם המבוטח נפטר בבית או בתאונה - דו"ח מד"א ותוצאות דו"ח משטרה, מסמך ממכון רפואה משפטית המעיד על נסיבות הפטירה.
- ה. אם מצוינים בפוליסה שמות מוטבים, הכספים ישולמו למוטבים. אם יש בין המוטבים קטינים - יש להמציא הצהרת אפוטרופסות חתומה בפני עורך - דין, או צו אפוטרופסות - בהתאם.
- ו. אם המוטבים הם היורשים החוקיים - יש להמציא צו ירושה מבית-המשפט, או צו קיום צוואה מאושר ע"י בית-המשפט.
- ז. על כל מוטב בפוליסה להמציא: צילום ת"ז כולל ספח וצילום המחאה אישית או אישור ניהול חשבון בנק על שמו.
- ח. טופס ויתור סודיות רפואית חתום ע"י היורשים החוקיים בפני עד מהימן לחתימה בצירוף צו ירושה/צו קיום צוואה מאושר ע"י בימ"ש.
- ט. טופס הצהרת מוטבים כנדרש בצו לאיסור הלכנת הון - מצ"ב.
- י. יפוי כח לצד ג' לטפל בתביעה, ככל שנדרש.

יא. במידה והפוליסה מסוג תכנית לביטוח מנהלים נדרש להמציא גם את המסמכים הבאים:

- 1) (1) טופס 161 ממולא וחתום ע"י המעביד ואישור פקיד שומה המופנה לחברה לגבי ניכוי מס במקור/פטור מכספי הפיצויים בפוליסה.
- 2) אם בפוליסה כספי פיצויים, ומועד העזיבה הוא מועד הפטירה, יש להמציא תצהיר שאירים בו יש לציין מי הם שאירי המנוח לפי סעיף 5 לחוק פיצויי - פיטורין, חתום ומאושר ע"י עורך-דין. (אם יש בין השאירים קטינים - יש להמציא הצהרת אפוטרופסות חתומה בפני עורך דין או צו אפוטרופסות - בהתאם) - מצ"ב.
- ב. במידה והפוליסה מסוג תכנית חיסכון פרט - נדרש בנוסף למלא טופס הכר את הלקוח והצהרת FATCA - CRS - לכל אחד מהמוטבים - מצ"ב.
- ג. במידה והפוליסה היא מסוג תכנית תגמולים לעצמאים - נדרש בנוסף למלא טופס הכר את הלקוח - מצ"ב.
- ד. משיכת כספים מחשבונות עם סכומים נמוכים:
לפי הוראות משרד האוצר, בחשבונות עם סכומים נמוכים ובמקרה שהמבוטח נפטר ולא השאיר אחריו הוראת מוטבים, רשאים בן זוג, הוריו או ילדיו לפנות בבקשת משיכה מבלי להמציא צו ירושה או צו קיום צוואה בתנאים המצטברים הבאים:
- יתרת הכספים בחשבון המבוטח שנפטר אינה עולה על 8,000 ₪ (נכון ל 5/17) במועד בו הוגשה הבקשה למשיכת הכספים.
- עברו לפחות 3 שנים מיום פטירת המבוטח.
- המבקש למשוך את הכספים חתם על כתב שיפוי (המצוי באתר האינטרנט של החברה).

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו נבחן את זכאותך לתגמולי הביטוח בכפוף לתנאי הפוליסה. אם הכל ברור ותקין נאשר זכאותך לתשלום סכום הביטוח למקרה מוות בכפוף לתנאי הפוליסה. במידת הצורך, ולפי העניין ייתכן וידרשו מסמכים נוספים. אם יתברר שאינך זכאי/ת לתגמולי הביטוח, תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי/ת.

הננו להביא לתשומת ליבך כי בחוזי ביטוח שנכרתו או חודשו עד ליום 24/11/20 - לפי הוראות סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, תקופת ההתיישנות להגשת תביעה לתגמולי ביטוח הינה תקופה בת שלוש שנים המתחילה במועד הפטירה ובחוזי ביטוח שנכרתו או חודשו החל מיום 25/11/20 - התקופה הינה חמש שנים ממועד הפטירה. יודגש כי ככלל הגשת תביעה לגוף מוסדי אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות. רק הגשת תביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות.

בברכה,

אגף ביטוח חיים, פיננסים ובריאות

מוקד ביטוח חיים ובריאות *3453

מוקד בסט אינווסט *3494

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

את המסמכים יש להחזיר אל: tviot-life@hcsra-ins.co.il



עמוד 1 מתוך 13

טופס תביעה למקרה פטירה - פוליסה לביטוח חיים

| | | | | | |
|--|---------|---|--------------|--|--|
| פרטי המבוטח: | | שם הנפטר: | | מספר ת.ז.: | |
| _____ | | ז"ל _____ | | _____ | |
| כתובת הנפטר (במועד הפטירה) | | | | | |
| רחוב | מס' בית | יישוב | מיקוד | מס' פקס | |
| מקצועו ועיסוקו של הנפטר (במועד הפטירה) | | | | | |
| _____ | | | | | |
| פרטי הפטירה | | | | | |
| תאריך הפטירה: | | | סיבת הפטירה: | | |
| _____ | | | _____ | | |
| מקום הפטירה: | | | _____ | | |
| _____ | | | | | |
| פרטי קופת חולים (של המנוח) ב-5 השנים שלפני הצטרפותו לביטוח | | | | | |
| שם קופת חולים | | סניף | | הכתובת | |
| _____ | | _____ | | _____ | |
| שם הרופא המטפל | | | | | |
| _____ | | | | | |
| שמות הרופאים הנוספים שטיפלו במנוח | | | | | |
| שם הרופא | | שם המוסד הרפואי/כתובת | | | |
| _____ | | _____ | | | |
| שם הרופא | | שם המוסד הרפואי/כתובת | | | |
| _____ | | _____ | | | |
| שם הרופא | | שם המוסד הרפואי/כתובת | | | |
| _____ | | _____ | | | |
| ביטוח חיים | | | | | |
| האם לנפטר היה ביטוח חיים בחברות ביטוח אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן פרט: _____ | | | | | |
| שם החברה | | מס' פוליסה | | | |
| _____ | | _____ | | | |
| שם החברה | | מס' פוליסה | | | |
| _____ | | _____ | | | |
| שם החברה | | מס' פוליסה | | | |
| _____ | | _____ | | | |
| הטפסים המצורפים - סמן ב-X | | | | | |
| <input type="checkbox"/> תעודת פטירה <input type="checkbox"/> אישור סיבת פטירה / הודעת פטירה <input type="checkbox"/> סיכומי מחלה / אשפוז מבית חולים <input type="checkbox"/> יתור סודיות רפואית מטעם הירשם החוקיים <input type="checkbox"/> צילום המחאה אישית של כל אחד מהמוטבים <input type="checkbox"/> או אישור ניהול חשבון בנק | | <input type="checkbox"/> צו ירושה / צוואה וצו קיום צוואה <input type="checkbox"/> צילום ת"ז של כל המוטבים / יורשים (ביומטרי נדרש צילום של שני הצדדים) <input type="checkbox"/> טופס הצהרה בעניין הלבנת הון של כל אחד מהמוטבים <input type="checkbox"/> טופס FATCA ו-CRC לכל מוטב / יורש | | <input type="checkbox"/> תצהיר שאירים <input type="checkbox"/> דו"ח מד"א <input type="checkbox"/> טופס 161/אישור פקיד שומה <input type="checkbox"/> אישור משטרה <input type="checkbox"/> יפוי כח לצד ג' לטפל בתביעה <input type="checkbox"/> הכר את הלקוח | |
| פרטי ממלא ההודעה | | | | | |
| שם: | | קירבה למנוח: | | מספר ת.ז.: | |
| _____ | | _____ | | _____ | |
| רחוב | מס' בית | יישוב | מיקוד | מס' פקס | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | |
| מס' טלפון (1): | | מס' טלפון (2): | | | |
| _____ | | _____ | | | |
| כתובת דוא"ל | | | | | |
| *הכתובת דרושה להעברת דיוורים / מידע ומסמכים (לרבות כאלו הכוללים מידע רגיש) ביחס לתביעה ולמצרי הביטוח שלך בקבוצת הכשרה. | | | | | |
| פידיון פיצויים - ככל שנדרש פדיון פיצויים, הריני מאשר לנכות מס מירבי כחוק. | | | | | |
| תאריך: _____ | | | חתימה: _____ | | |

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-----------|------------|------------|
| מוטב 1 | פרטי המוטבים (הנהנים) בפוליסה: | | | | |
| | שם המשפחה + שם פרטי | | מספר זהות | | |
| | רחוב | מספר בית | יישוב | מיקוד | מספר טלפון |
| | קרבה | | | | |
| כתובת דוא"ל | | | | | |
| <p>אופן משלוח ההודעות - עליך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך הבירור בתביעתך: <input type="checkbox"/> דואר <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני (דוא"ל) ככל שהינך מיוצג ע"י עו"ד, הודעות בדבר בירור התביעה ישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, נא הקפד על מילוי על כתובת המייל של עורך הדין.</p> | | | | | |
| כתובת דואר אלקטרוני של עורך הדין | | מספר טלפון נייד של עורך הדין (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעות דוא"ל) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיוור, ההודעות ישלחו באמצעות דואר ישראל. בחירתך לאופן משלוח הדיוור תקפה לתביעה זו בלבד. | | | | | |
| מוטב 2 | שם המשפחה + שם פרטי | | | | |
| | רחוב | | מספר זהות | | |
| | מספר בית | יישוב | מיקוד | מספר טלפון | קרבה |
| | כתובת דוא"ל | | | | |
| <p>אופן משלוח ההודעות - עליך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך הבירור בתביעתך: <input type="checkbox"/> דואר <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני (דוא"ל) ככל שהינך מיוצג ע"י עו"ד, הודעות בדבר בירור התביעה ישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, נא הקפד על מילוי על כתובת המייל של עורך הדין.</p> | | | | | |
| כתובת דואר אלקטרוני של עורך הדין | | מספר טלפון נייד של עורך הדין (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעות דוא"ל) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיוור, ההודעות ישלחו באמצעות דואר ישראל. בחירתך לאופן משלוח הדיוור תקפה לתביעה זו בלבד. | | | | | |
| מוטב 3 | שם המשפחה + שם פרטי | | | | |
| | רחוב | | מספר זהות | | |
| | מספר בית | יישוב | מיקוד | מספר טלפון | קרבה |
| | כתובת דוא"ל | | | | |
| <p>אופן משלוח ההודעות - עליך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך הבירור בתביעתך: <input type="checkbox"/> דואר <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני (דוא"ל) ככל שהינך מיוצג ע"י עו"ד, הודעות בדבר בירור התביעה ישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, נא הקפד על מילוי על כתובת המייל של עורך הדין.</p> | | | | | |
| כתובת דואר אלקטרוני של עורך הדין | | מספר טלפון נייד של עורך הדין (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעות דוא"ל) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיוור, ההודעות ישלחו באמצעות דואר ישראל. בחירתך לאופן משלוח הדיוור תקפה לתביעה זו בלבד. | | | | | |
| מוטב 4 | שם המשפחה + שם פרטי | | | | |
| | רחוב | | מספר זהות | | |
| | מספר בית | יישוב | מיקוד | מספר טלפון | קרבה |
| | כתובת דוא"ל | | | | |
| <p>אופן משלוח ההודעות - עליך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר מהלך הבירור בתביעתך: <input type="checkbox"/> דואר <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני (דוא"ל) ככל שהינך מיוצג ע"י עו"ד, הודעות בדבר בירור התביעה ישלחו אליו. במידה והינך מבקש לשלוח הודעות אלו באמצעות דוא"ל, נא הקפד על מילוי על כתובת המייל של עורך הדין.</p> | | | | | |
| כתובת דואר אלקטרוני של עורך הדין | | מספר טלפון נייד של עורך הדין (חובה לציין לצורך משלוח סיסמה לפתיחת הודעות דוא"ל) | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> לתשומת ליבך, במידה ולא בחרת את אופן משלוח הדיוור, ההודעות ישלחו באמצעות דואר ישראל. בחירתך לאופן משלוח הדיוור תקפה לתביעה זו בלבד. | | | | | |

טופס ויתור על סודיות רפואית / כללית יורשים

| חלק א' - פרטי הנפטר | | | |
|---|-------|--------|---------|
| שם מלא: | ת.ז.: | כתובת: | שם האב: |
| <p>אני/אנו הח"מ יורשו/יורשיו של המנוח _____ ז"ל (להלן: "המנוח") נותן/ נותנים בזה רשות לכל עובד מוסד רפואי ו/או מוסד רפואי, בתי חולים לרבות קופות-חולים ו/או מכוני מור ו/או המכון הרפואי לבריאות בדרכים ו/או האגודה לבריאות הציבור ו/או לעובדיהם, ו/או מכונים רפואיים ו/או מעבדות רפואיות ו/או רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או צבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון- (על שלוחותיו השונות, ועדות רפואיות ו/או קרן מבטחים ו/או השתלשלות פרופיל ו/או משטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או לשירות התעסוקה ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע-כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד ו/או לשירות הפסיכולוגי-חינוכי ו/או למשרד הבריאות והחינוך ו/או למכון גנטי ו/או למכון פוריות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרכז לבריאות הנפש ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או בתי חולים לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי (להלן: "נותני השירותים") למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה (להלן: "המבקשת") את כל הפרטים והמסמכים המצויים בידי נותני השירותים שפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שתדרוש המבקשת לרבות על מצבו הבריאותי ו/או HIV הסוציאלי ו/או מצבו הסיעודי ו/או השיקומי ו/או מצבו הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי של המנוח/ה ו/או על כל מחלה שחלה בה בעבר לרבות ו/או כרטיס טיפת חלב ולרבות טיפולים, בדיקות ואבחנות ולרבות מידע ותיעוד על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח לרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח. כמו כן אני/אנו נותן/ נותנים רשות לכל אחת מחברות הביטוח על עובדיהם ו/או קרנות הפנסיה וכן ל"הפול"- המאגר לביטוחי רכב חובה בע"מ - ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או קרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל במנוח אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבו הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על-ידי צד ג' כלשהו למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או מי מטעמה כל מידע, חוות דעת, תיעוד רפואי וכן כל מידע ומסמכים המתייחסים לתאונות קודמות או מאוחרות שעבר המנוח ו/או לביטוחים ו/או לתביעות מכל סוג אודותיו, לרבות רשימת הרופאים אצלם ביקר, מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו. כתב ויתור זה מחייב אותי/אותנו, את עזבון המנוח ו/או את באי כוחנו החוקיים וכל מי שיבוא במקומו.</p> <p>אני/אנו מוותרים על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי/לנו כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם ולא תהיה לי/לנו כל תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי/בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א -1981 והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.</p> | | | |

| חלק ב' - קופ"ח | | | |
|--|-------|--------------|----------------|
| שם קופ"ח: | סניף: | קופ"ח קודמת: | מס' אישי בצה"ל |
| שמות רופאים, מכונים ומעבדות: | | | |
| 1. | | 2. | |
| 3. | | 4. | |
| 5. | | | |
| ולראייה באנו על החתום: | | | |
| שם: | ת.ז.: | תאריך: | חתימה: |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| שם: | ת.ז.: | תאריך: | חתימה: |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| שם: | ת.ז.: | תאריך: | חתימה: |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| שם: | ת.ז.: | תאריך: | חתימה: |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| חתימת עד מהימן (סוכן ביטוח, רופא, עו"ד כולל חותמת ומס' רשיון. לסוכן ביטוח יש לצרף צילום רשיון סוכן) | | | |
| עד לחתימה (שם מלא): | ת.ז.: | תאריך: | |
| _____ | _____ | _____ | |
| חתימה (+ חותמת עם מס' רשיון): | | | |

הצהרת מוטבים כנדרש בצו לאיסור הלבנת הון

על כל המוטבים לחתום ולצרף צילום תעודת זהות, כולל ספח כתובת עדכנית, כנדרש בצו לאיסור הלבנת הון.

הצהרת לפי צו איסור הלבנת הון ומימון טרור

אני _____ בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:

- אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.
- יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים, הסיבה לכך _____.
- אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היודע זהותו.

הנהנים בפוליסה הם:

| שם מלא | מס' זהות / ת.פ. | זיקה | תאריך לידה/התאגדות | מען |
|--------|-----------------|------|--------------------|-----|
| | | | | |
| | | | | |

האם הנהנה תושב חוץ: כן לא במידה והתשובה כן אנא מלא שאלון 1 איש ציבור זר.

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.

תאריך _____ חתימת המוטב: X _____

*עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין.
יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין FATCA ו-CRS

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר האינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו, באמצעות אחת מהדרכים הבאות:
א. טלפון *3453
ב. באתר האינטרנט: www.hcsra.co.il
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. ככל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו להסרה מהממשק לאיתור מוצרי ביטוח, ראה הודעה זאת כמבוטלת.

הצהרות מוטבים לעניין FATCA ו-CRS

| שם משפחה | שם פרטי | תעודת זהות | תאריך הנפקה ת"ז | | תאריך לידה | מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה | מצב משפחתי <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה |
|------------|-------------|------------|-----------------|------|------------|--|---|
| | | | מס' בית | דירה | | | |
| ארץ לידה | כתובת: רחוב | מס' בית | כניסה | דירה | ישוב | ת.ד. | מיקוד |
| טלפון נייד | טלפון | דוא"ל | עיסוק | | | | |

אני מעוניין לקבל את את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות אמצעים דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון נייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח.
ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן:
לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט www.hcsra.co.il.
בחירתך לשליחת המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (ככל שקיימים).

| | | |
|---|--|---|
| האם אתה אזרח ארצות הברית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | האם אתה תושב ארצות הברית לצרכי מס? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | האם אתה יליד ארה"ב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא |
|---|--|---|

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו.
תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת המוטב: X _____

אם סימנת "כן" באחד מהסעיפים או ביותר, נא צרף טופס W9 מלא על כל פרטיו, הכולל רישום של מספר הזיהוי הפדרלי שלך לצורכי מס בארה"ב (U.S. TIN).
במידה ואינך אזרח ארה"ב או תושב לצרכי מס, אך נולדת בארה"ב, יש למלא טופס W8 ולצרף תעודה המעידה על יתור אזרחות אמריקאית. טופס W9 וכן טפסים רלוונטיים אחרים ניתנים להורדה מאתר האינטרנט של רשות המיסים האמריקאית (IRS) או לחלופין מאתר האינטרנט של החברה.

האם הנך בעל תושבות לצרכי מס במדינה זרה (למעט ארה"ב וישראל)? כן לא

אם ענית "כן", נא מלא את הפרטים להלן עבור כל מדינה בה הנך תושב לצרכי מס, בצירוף מספר הזיהוי שלך לצרכי מס באותה המדינה.

| שם פרטי (אנגלית) | | שם משפחה (אנגלית) | | TIN | מדינה תושבות המס |
|------------------|-----------|-------------------|----------|-----|------------------|
| First Name | Last Name | Street and number | ZIP Code | | |
| | | | | | |

אני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה, מלא ומהימן. אני מתחייב להודיע לחברה באופן מיידי על כל שינוי בפרטים שניתנו בהצהרה זו. אני מצהיר כי אינני תושב לצרכי מס במדינה כלשהי למעט במדינות המצויות לעיל. אם אחת מהמדינות המצויות לעיל מדינה בת דיווח, יעבר אליה מידע על החשבון, בכפוף להוראות הדיון.
תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימת המוטב: X _____

עמוד 5 מתוך 13

לכבוד: הכשרה חברה לביטוח בע"מ

תצהיר שאירים*

ע"ש המנוח/ה _____ ת.ז. _____ ת. פטירה _____
 אני הח"מ _____ מס. זיהוי _____ כתובת _____
 לאחר שהזדהרתי כי עלי להצהיר את האמת, שאם לא כן אהיה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק, מצהיר/ה בזאת בכתב כדלקמן:
 קירבתי עם המנוח/ה הינה מתוקף היותי _____ (קירבה למנוח/ה)
 הנני מצהיר/ה כי בשעת פטירתו/ה, השאירים על פי הגדרת מונח זה בסעיף 5 לחוק פיצויי פיטורין הם:

| שם | מספר ת.ז. | תאריך לידה | הקרבה |
|----|-----------|------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ומלבדם אין שאירים אחרים עפ"י הוראות סעיף 5 לחוק פיצויי פיטורין.
 בהעדר הנחיות מס הכנסה לניכוי מס מהפיצויים /טו' 161, הריני מאשר לנכות מס מירבי כחוק

תאריך: _____ חתימה: _____

תצהיר אפוטרופוס במקרה ויש שאירים קטינים:

אני _____ ת.ז. _____ החתום/ה מטה מצהיר/ה, כי הנני משמש/ת כאפוטרופוס/ית טבעית/ת של:

בני/בתי _____ ת.ז. _____

בני/בתי _____ ת.ז. _____

בני/בתי _____ ת.ז. _____

הנני מצהיר/ה, כי לא מונה מלבדי כל אפוטרופוס אחר.

תאריך: _____ חתימה: _____

אישור עו"ד

הנני מאשר בזה כי ביום _____ הופיע בפני עו"ד במשרדי שברח' _____ מר/ גב' _____ שזהה/תה את עצמו/ה ע"י ת.ז. מספר _____, ולאחר שהזדהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת בלבד וכי יהיה/תה צפוי/ה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כן, אישר/ה את נכונות הצהרתו/ה דלעיל וחתם/ה עליה.

תאריך: _____ חתימת עו"ד: _____ חתימת עו"ד: _____

*הגדרת שאירים עפ"י סעיף 5 בחוק פיצויי פיטורין בן זוג של עובד בשעת פטירתו, לרבות הידוע בציבור כבן זוג והוא גר - עמו, וילד של העובד שהוא בגדר תלוי במבוטח לעניין גמלאות לפי פרק ג' לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשכ"ח 1891 ובאין בן זוג או ילדים כאמור ילדים והורים שעיקר פרנסתם הייתה תלויה על הנפטר וכן אחים ואחיות שגרו בביתו - של הנפטר לפחות 11 חודש לפני פטירתו וכל פרנסתם הייתה על הנפטר.

מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור ביטוח חיים ובריאות - בהכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן "הכשרה")

(בהתאם לחוזר גופים מוסדיים 9-9-2016)

להלן מערכת הכללים לבירור וליישוב תביעות ביטוח חיים ובריאות. הכשרה תפעל בהתאם למערכת כללים זו ביישוב תביעות ביטוח חיים ובריאות. מדיניות ישוב תביעות - מיישב התביעות יברר ויישב תביעות ויטפל בפניות ציבור בתום לב, בענייניות, ביסודיות, ביעילות, במקצועיות, בשקיפות ובהוגנות.

מערכת הכללים לא תחול על תביעה המתנהלת בבית משפט.

תחילתה של מערכת כללים זו ביום 10/5/2021.

1. הגדרות:

- "תביעה" - דרישה מגוף מוסדי למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח או לפי תקנון קרן פנסיה או לפי הוראות הדין הרלוונטיות למימוש זכויות כאמור.
- "תובע" - מי שהציג תביעה לגוף מוסדי, למעט גוף מוסדי ולמעט מי שהיטיב במסגרת עיסוקו נזק שנגרם לאחר ובא בתביעה כלפי הגוף המוסדי להיפרע את הטבת הנזק כאמור.
- "יום/ימים" - ימי עסקים שאינם כוללים ימי שישי, ימי שבת, ערבי חג, חגי ומועדי ישראל.

2. כללים לבירור וליישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור:

א. מסמכים ומידע בבירור תביעה:

1. פנה אדם בקשר להגשת תביעה לגוף מוסדי או למי מטעמו, ימסור לו הגוף המוסדי בהקדם האפשרי ממועד הפנייה לגוף המוסדי או למי מטעמו, את המסמכים המפורטים להלן הרלבנטיים לסוג התביעה:
 - 1.1 מערכת הכללים של הגוף המוסדי.
 - 1.2 מסמך שבו יפורט הליך בירור ויישוב התביעה.
 - 1.3 הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מתובע.
 - 1.4 פירוט המידע והמסמכים הנדרשים מהתובע לשם בירור ויישוב תביעה.
 - 1.5 טופס הגשת תביעה, ככל שישנו, והנחיות לגבי מילוי.
 - 1.6 הודעה על תקופת ההתיישנות.
2. המסמכים המפורטים יפורסמו באתר האינטרנט.
3. הכשרה תמסור לתובע, בהקדם האפשרי, מהמועד שבו נתקבל מידע או מסמך בקשר לתביעה אצל הכשרה או מי מטעמה, הודעה בכתב. בהודעה יצוין המסמך שנתקבל, מועד קבלתו, ויפורטו בה המידע והמסמכים אשר נדרשו וטרם הומצאו על ידי התובע. מצאה הכשרה כי דרוש לה מהתובע מידע ומסמכים נוספים לצורך בירור תביעה, תדרוש מסמכים אלו לא יאוחר מארבעה עשר ימי עסקים מהיום שהתברר לה הצורך בהם.

■ הוראות סעיף 2' לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית המשפט.

ב. הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה:

1. על הכשרה למסור לתובע, בתוך שלושים ימים מהיום שהיו בידיה כל המידע והמסמכים שהיא דרשה מהתובע לשם בירור התביעה או עם תשלום התביעה, הודעה לגבי מצב התביעה לפי העניין (הודעת תשלום תביעה, הודעת המשך טיפול ובירור התביעה, הודעת פשרה או הודעת דחייה מנומקת). דרשה הכשרה כי תביעה תוגש בכתב, באמצעות טופס הגשת תביעה, תחל להימנות התקופה לא לפני שנתקבל הטופס בידי הכשרה. הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.
2. בכל מקרה בו הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה תהיה הכשרה פטורה ממתן הודעה לפי סעיף 3' מאותו מועד.

ג. הודעת תשלום והודעת תשלום חלקי:

1. החליטה הכשרה על תשלום תביעה - תמסור לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן: "הודעת תשלום") שתכלול, בין השאר, התייחסות לגבי העניינים הבאים, ככל שהם רלבנטיים או שתכלול הפנייה למסמכים בעניינים כאמור, שיצורפו להודעה (חוות דעת מומחה):

1.1 לגבי תשלום חד פעמי - עילת התשלום; פירוט סביר ובהיר בדבר אופן החישוב; סכום המס שנוכה במקור, אופן חישובו וציון הוראות הדין שלפיהן חושב ונוכה, הפניה לתלוש שכר או הפניה לאישור מאת שלטונות המס שיצורף להודעה; פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים לתובע שלא מהכשרה בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה, או הדין קוזזו מהתשלום; סכום ההשתתפות העצמית; פירוט בדבר קיזוז סכומים שאינם שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה; סוג ההצמדה; פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שנויים במחלוקת אם שולמו כאלה; סוג ההצמדה ושיטת ההצמדה; הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה; הסכום שהתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית; סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור; המועד שבו היו בידי הכשרה כל המידע והמסמכים הדרושים לביורר התביעה.

1.2 לגבי תשלום עיתי (לרבות קצבה) יפורט במועד התשלום הראשון, בנוסף לאמור בס"ק א' סכום התשלום הראשון; מנגנון עדכון התשלומים; המועד הראשון שבשלו זכאי התובע לתשלום; משך התקופה המרבית שבשלה זכאי התובע לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה, או הדין; משך התקופה עד לבדיקה מחודשת של זכאות; הכללים לבדיקה מחודשת של זכאות במהלך תקופת הזכאות לתשלומים; מנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים.

2. החליטה הכשרה על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תמסור לתובע במועד התשלום הודעה בכתב (להלן: "הודעת תשלום חלקי") שבה שני חלקים כמפורט להלן:

החלק הראשון - בחלק זה יפורטו מרכיביו של התשלום שבו הכירה הכשרה, ויחולו לגביו ההוראות הקבועות בהתאם למפורט לעיל.

החלק השני - בחלק זה יפורטו הנימוקים העומדים בבסיס החלטת של הכשרה לדחות חלק מהתביעה, כולל אסמכתאות בהתאם לתנאי הביטוח, או החוק ככל שהדחייה נסמכת עליהם.

■ בכל מקרה בו מדובר על תביעה שנדונה בבית משפט, יחולו הוראות סעיף זה בשינויים המחויבים לפי נסיבות העניין.

■ בכל מקרה בו נתקבלה החלטה על תשלום התביעה, לא יהיה צורך במשלוח המסמכים המפורטים בסעיף 1א2 לעיל, למעט העתק מערכת כללים זו.

■ בכל מקרה בו הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה תהיה הכשרה פטורה ממתן הודעה לפי סעיף זה מאותו מועד.

ד. הודעת פשרה:

1. הכשרה תציע לתובע הצעת פשרה סבירה למועד ההצעה.

2. הסכימו הצדדים על תשלום במסגרת הסדר פשרה - תמסור הכשרה לתובע הצעת פשרה בכתב (להלן: "הודעת פשרה") ותיתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.

3. בהודעת הפשרה יפורטו מקרה הביטוח, הנימוקים שביסוד הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שנויים במחלוקת ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כאמור.

4. כל עוד לא אישר התובע את הודעת הפשרה היא לא תחייב את הצדדים.

■ הוראות סעיף ד' לא יחולו במקרה שבו התובע מיוצג על ידי עורך דין וכן במקרה שבו נדונה תביעה בבית המשפט.

ה. הודעת דחייה:

החליטה הכשרה על דחיית תביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב (להלן: "הודעת דחייה"). נימוקי הדחייה יכללו גם את תנאי הפוליסה, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחת התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.

ו. הודעת המשך בירור או הפסקת בירור:

1. סברה הכשרה כי דרוש לה זמן נוסף לשם בירור התביעה - תמסור לתובע הודעה בכתב שבה יפורטו הסיבות בגינן נדרש לה זמן נוסף לבירור התביעה (להלן: "הודעת המשך בירור").
 2. על הכשרה לציין בהודעת המשך בירור כל מידע או מסמך נוסף הנדרש מהתובע לשם בירור התביעה.
 3. הודעת המשך בירור תימסר לתובע לפחות כל תשעים ימים ועד למשלוח הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה או הודעת פשרה לפי העניין.
 4. הכשרה פטורה מחובת משלוח הודעות המשך בירור נוספות במקרים הבאים:
 - 4.1 אם פנה התובע לערכאות משפטיות.
 - 4.2 אם לא הגיב התובע לאחר שנמסרו לו שתי הודעות המשך בירור עוקבות הכוללות דרישה למידע או למסמך לשם בירור התביעה ובלבד שבהודעה האחרונה לתובע ציינה הכשרה כי לא ימסרו לו הודעות נוספות אם לא יתקבלו ממנו המסמכים הנדרשים או עד לקבלת תגובה אחרת.
 - 4.3 אם בהודעת המשך הבירור הקודמת נקבע על פי תנאי הפוליסה או התקנון מועד עתידי להערכת הנזק, ובלבד שהכשרה תשלח הודעת המשך בירור לפחות אחת לשנה.
- הוראות סעיף זה לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

ז. הודעה בדבר התיישנות תביעה:

הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי, הודעת דחייה והודעת המשך בירור ראשונה (להלן: "הודעה") - תכלול פיסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה להכשרה, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (להלן: "פסקת התיישנות").

1. הודעה בדבר התיישנות תביעה - לגבי חוזי ביטוח שנכרתו או חודשו עד ליום 24/11/2020:

- 1.1 כל הודעה הנשלחת לתובע בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול פסקת התיישנות, את מועד קרות מקרה הביטוח וכן יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות (3 שנים) חל ממועד קרות מקרה הביטוח או בתביעת נכות צמיתה מיום שקמה למבוטח העילה לתבוע.
- 1.2 לא כללה הכשרה פסקת התיישנות בהודעה שנשלחה לתובע שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות יראוה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת הכשרה בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה של הכשרה.
- 1.3 לא כללה הכשרה פסקת התיישנות בהודעה שנשלחה לתובע במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות - יראוה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין המועד שבו שלחה הודעה שבה כללה פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת הכשרה בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה של הכשרה במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות.

2. הודעה בדבר התיישנות - לגבי חוזי ביטוח שנכרתו או חודשו החל מיום 25/11/2020:

מתייחס לביטוח חיים (כשמקרה הביטוח הוא מותו של המבוטח או זולתו), ביטוח מפני מחלות, אשפוז וביטוח סיעודי.

- 2.1 בכל מענה למבוטח/למוטב שנוגע לדרישה לתגמולים בגין מקרה ביטוח תצוין מהי תקופת ההתיישנות וכי מניין תקופת ההתיישנות (5 שנים) אינו נעצר בעקבות מסירת התביעה לחברה.
- 2.2 12 חודשים לפני סיום תקופת ההתיישנות ופעם נוספת 3 חודשים לפני סיום תקופת ההתיישנות, תתריע הכשרה בכתב על כך וזאת אף אם מתנהל משא ומתן בין הצדדים.

■ הוראות סעיף ז' לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

ח. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה:

1. הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות התובע הבאות:
 - 1.1 להשיג על ההחלטה והדרך להגשת השגה, ככל שנקבעו בפוליסה, לרבות זכותו להגיש חוות דעת של מומחה מטעמו.
 - 1.2 להביא את השגתו בפני הממונה על פניות הציבור של הכשרה, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו.
 - 1.3 להשיג על החלטת הגוף המוסדי בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון במשרד האוצר.
- הוראות סעיף ח' לא יחולו על תביעה המתנהלת בבית משפט.

ט. בדיקה מחודשת של זכאות:

1. הכשרה רשאית לבחון מחדש זכאותו של תובע לקבלת תשלומים עיתיים, ובלבד שהיא תפעל על פי כללים סבירים שקבעה בעניין זה.
2. הכללים לבדיקה מחודשת בדבר זכאות התובע לקבלת תשלומים עיתיים ימסרו לתובע עם הודעת התשלום או הודעת התשלום החלקי וכן יפורטו באתר האינטרנט של הכשרה.
3. התובע לא יישא בעלויות בדיקה כאמור לעיל אם תידרשנה.
4. הכשרה לא תקטין ולא תפסיק תשלומים עיתיים בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לכך בפוליסה ולאחר שהודיעה לתובע כי בכוונתה להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן: "הודעת שינוי"). לא נקבעו כללים כאמור, תמסור הכשרה לתובע הודעת שינוי לפחות שלושים ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים אך לא יותר משישים ימים לפני המועד האמור, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של הכשרה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.
5. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת הכשרה להקטין או להפסיק את תשלום התשלומים העיתיים, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת דחייה וחוות דעת מומחה, בשינויים המחויבים, למען הסר ספק, יצוין כי אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותה של הכשרה לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם מועד ביצוע השינוי האמור.

י. בירור תביעה בעזרת מומחה:

- לעניין סעיף זה "מומחה" - בין שהוא עובד של הכשרה ובין אם לאו ובין אם הוא נפגש עם התובע ובין אם לאו כגון מומחה רפואי אך למעט יועץ משפטי ולמעט ועדה רפואית בקרן פנסיה הפועלת מתוקף התקנון.
1. במקרה והכשרה תיעזר לשם בירור החבות בתביעה במומחה הפוגש בתובע, תודיע על כך לתובע מראש, תסביר לתובע את תפקידו של המומחה בקשר לבירור התביעה, ותודיע לו כי זכותו להיות מיוצג או להיוועץ במומחה מטעמו במהלך בירור התביעה בעזרת המומחה.
 2. המומחה כאמור בסעיף קטן (1), למעט עובד של הכשרה שעיקר עיסוקו יישוב תביעות, לא ידחה תביעה במלואה או בחלקה ולא יציע פשרה אלא ייתן חוות דעתו בהתאם לממצאי הבדיקה והמסמכים שיעמדו בפניו.
- הוראות פסקה (1) לא תחול על הכשרה כאשר תיעזר בחוקר במסגרת חקירה סמויה.
- הודעה לפי פסקה (1) יכול שתימסר במסגרת המסמך האמור בסעיף 1א2(ב).

י"א. חוות דעת מומחה:

1. חוות דעת של מומחה שעליה מסתמך הכשרה לצורך יישוב התביעה, תיערך באופן מקצועי תהיה מנומקת, ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של המומחה, ואת רשימת כל המסמכים אשר המומחה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.
2. חוות הדעת של מומחה לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.
3. נסמכה הכשרה על חוות דעת של מומחה במסגרת יישוב תביעה, תמסור הכשרה את חוות הדעת לתובע במועד מסירת הודעה לגבי החלטה לתביעה. לחוות הדעת תצורף רשימה של כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע להכשרה או למומחה מטעמו לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. ההודעות והמסמכים כאמור, יימסרו לתובע לפי בקשתו.
4. הייתה חוות הדעת של המומחה חסויה על פי דין, תמסור הכשרה הודעה בכתב לתובע שבה תסביר מדוע היא סבורה כי חוות הדעת חסויה.
5. היוועצות פנימית שלא עולה כדי חוות דעת, תתועד בתיק התביעה. לעניין סעיף קטן זה "מומחה" כהגדרתו בסעיף קטן י'.

י"ב. מתן תשובות וטיפול בפניות ציבור:

הכשרה תשיב בכתב לכל פניה בכתב של מבוטח או תובע, בין אם נשלחה לממונה על פניות הציבור ובין אם לגורם אחר בהכשרה, תוך זמן סביר בנסיבות העניין, ובכל מקרה לא יאוחר משלושים ימים ממועד קבלת הפניה.

י"ג. מתן העתקים:

1. הכשרה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה, בתוך 14 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.
2. הכשרה תמסור לתובע, לפי בקשתו, העתקים מכל מסמך אשר התובע חתם עליו, מכל מסמך אשר מסר התובע להכשרה, או מכל מסמך אשר התקבל אצל הכשרה מכוח הסכמת התובע, בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

3. תחולה:

- א. הוראות אלו מתייחסות לביטוח חיים ובריאות - לגבי סיכוני אבדן כושר עבודה וריסק מוות בלבד; ביטוח מפני תאונות אישיות; ביטוח מפני מחלות ואשפוז.
- ב. תביעה תתברר לפי מערכת הכללים אשר תהיה תקפה במועד שבו הוגשה התביעה.
- ג. מערכת הכללים לא תחול על שירותים שמעניק ספק שירות במישרין למבוטח בהתאם לכתב שירות, אם הכשרה אינה מעורבת ביישוב תביעה.

טבלת המועדים והתקופות ליישוב תביעות וטיפול בפניות הציבור בהכשרה חברה לביטוח בע"מ

| המועד או התקופה הקבועים בחוזר | הפעולה |
|---|---|
| בתוך 14 ימי עסקים מהמועד שהתברר הצורך בהם | דרישה למידע ומסמכים נוספים לבירור חבות התביעה |
| תוך 30 ימים ממועד כל המסמכים הנדרשים מהתובע. | מסירת הודעה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה |
| כל 90 ימים ממסירת הודעה לפי סעיף 3 ו-1 | מסירת הודעת המשך בירור תביעה |
| בין 60-30 ימים לפני מועד הפסקת או הקטנת תשלום | מסירת הודעת שינוי לגבי הקטנת תשלומים עיתיים או הפסקתם |
| תוך 14 ימי עסקים מקבלת פס"ד/הסכם | העברת העתק מפסק דין או הסכם |
| תוך 14 ימי עסקים ממועד הבקשה | מסירת מידע בדבר קיומה של פוליסה |
| תוך 30 ימים ממועד הפניה | מענה בכתב לפניית ציבור |
| תוך 14 ימי עסקים ממועד הבקשה | מסירת העתקים מפוליסה |
| תוך 21 ימי עסקים ממועד הבקשה | מסירת העתקים מכל מסמך שעליו חתם התובע |

טופס הכר את הלקוח

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים.

| חלק א' - פרטי זיהוי | |
|--|------------------------|
| שם פרטי ושם משפחה | טלפון |
| סוג מספר מזהה מספר מזהה: | מדינת ההנפקה של הדרכון |
| <input type="checkbox"/> ת.ז. <input type="checkbox"/> דרכון | |

| חלק ב' - בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור | |
|--|--|
| האם אתה תושב חוץ*? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | |
| אם סומן כן - אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" (שאלון 1 - "איש ציבור זר"). | |
| אם סומן לא - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 שנים האחרונות? | |
| <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | |
| אם סומן כן - אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" (שאלון 2 - "איש ציבור מקומי"). | |

* תושב חוץ - מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראל או שלא שוהה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שוהה בה על פי רישיון לישיבת קבע.

| חלק ג' - זיקת הלקוח לגורם אחר | |
|--|--|
| האם קיים מיופה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא | |
| אם סומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכוח: | |
| <input type="checkbox"/> בן משפחה מדרגה ראשונה, פרט: | <input type="checkbox"/> סבא / סבתא <input type="checkbox"/> קרוב משפחה אחר פרט: |
| <input type="checkbox"/> שותף עסקי <input type="checkbox"/> מעסיק <input type="checkbox"/> חברה בבעלות | <input type="checkbox"/> אחר, פרט: |
| * יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין ייפוי כח לצורך קבלת מידע ו/או ביצוע פעולות | |
| שם מלא: | ת.ז: |

| חלק ד' - פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> שכיר / שכיר בעל שליטה | עיסוק: _____ |
| <input type="checkbox"/> שם המעסיק: | שם המעסיק: _____ |
| <input type="checkbox"/> עצמאי: | שם העסק: _____ |
| <input type="checkbox"/> מען העסק: _____ | מחזור הכנסות שנתי: _____ |
| מהו תחום העיסוק של העסק? | |
| <input type="checkbox"/> יהלומים ואבני חן <input type="checkbox"/> נדל"ן <input type="checkbox"/> סחר במתכות יקרות <input type="checkbox"/> בלדרות <input type="checkbox"/> סחר בנשק <input type="checkbox"/> סחר במטבעות וירטואליים | |
| <input type="checkbox"/> עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/ גמ"ח/ מלכ"ר <input type="checkbox"/> מתן שירות אשראי או מתן שירות בנקסי פיננסי | |
| <input type="checkbox"/> ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך <input type="checkbox"/> עסק בו עיקר הפעילות במזומן <input type="checkbox"/> הימורים חוקים | |
| אחר: _____ | |
| רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן: | |
| <input type="checkbox"/> חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי <input type="checkbox"/> סטודנט <input type="checkbox"/> קטין <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אברך/ תלמיד ישיבה | |
| <input type="checkbox"/> גמלאי, נא לציין עיסוק טרם הפרישה: _____ | אחר: _____ |



חלק ה' - מטרת ההתקשרות, מקור הכספים, והפעילות המתוכננת

1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:
 חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים)
 חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) חיסכון לגיל פרישה

2. מקור הכספים המופקדים:
 האם המבוטח או העמית מבצע את ההפקדה? כן לא
 אם סומן כן - אנא מלא סעיף זה.
 משכורת/קצבה תקבולים/הכנסות מעסק חסכונות שנצברו תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון
 מכירת עסק הלוואה ירושה פיצויי פטורין/פרישה זכייה מכירת נכס השכרת נכס
 העברת כספים מקופת גמל אחרת מתנה, שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____
 כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: _____ שם המדינה: _____
 תרומה אחר: _____
 אם סומן לא - אנא מלא את טופס "גורם משלם בפוליסה" (שאלון 3)

3. המדינה ממנה התקבלו הכספים ישראל מדינה אחרת: _____
 * על פי המדיניות הקיימת בהכשרה חברה לביטוח אין אפשרות לקבל כספים ממדינה זרה.

4. סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח): _____ אין הפקדות צפויות

5. תדירות הפקדות צפויה:
 אין הפקדות צפויות חד פעמי חודשי רבעוני חצי שנתי שנתי
 אחר פרט: _____

6. אופן הפקדות הכספים בחשבון: המחאה הוראת קבע העברה בנקאית כרטיס אשראי

7. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? כן לא
 אם סומן כן - ציין את שם המדינה הזרה: _____
 * על פי המדיניות הקיימת בהכשרה חברה לביטוח אין אפשרות לקבל כספים ממדינה זרה.

8. האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? כן לא

חלק ו' - הצהרות

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? כן לא
 תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

חלק ז' - הצהרות המבוטח

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.
 תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

חלק ח' - שאלונים שנדרש למלא בהתאם לצורך - ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: www.hcsra.co.il

שאלון 1 - איש ציבור זר
 שאלון 2 - איש ציבור מקומי
 שאלון 3 - גורם משלם בפוליסה

חלק ט' - הגדרות:

"איש ציבור" - איש ציבור זר או איש ציבור מקומי;
 "איש ציבור מקומי" - תושב בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;
 "איש ציבור זר" - תושב חוץ בעל תפקיד ציבורי בכיר בחוץ לארץ, לרבות בן משפחה של תושב חוץ כאמור, או שותף עסקי של תושב חוץ כאמור;
 "בן משפחה" - כהגדרתו בחוק ניירות ערך, התשכ"ח-8691;
 "חשבון" - חשבון או חוזה ביטוח חיים, כהגדרתם בצו איסור הלבנת הון;
 "לקוח" - מקבל השירות, כהגדרתו בצו איסור הלבנת הון;
 "נושא משרה" - כהגדרתו בחוק החברות, תשנ"ט-9991, ולמעט דירקטור;
 "תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד בכיר בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;