

**טרם מילוי נספח זה, יש לבדוק נחיצותו מול הקרן בטלפון \*2000  
נספח נסיבות הפטירה  
(נדרש במקרה של אי צבירת תקופת אכשרה מספקת)**

**פרטי קופת חולים במועד הפטירה**

שם קופת חולים	סניף	עיר	שנת הצטרפות לקופה

**פרטי קופת חולים קודמת**

• יש למלא את הפרטים רק במידה ומדובר בקופת חולים אחרת מהקופה לעיל

שם קופת חולים	סניף	עיר	שנת הצטרפות לקופה	שנת עזיבה

**אשפוזים רפואיים**

תאריך אשפוז	תאריך שחרור	המוסד המאשפז	המחלה בגינה החל האשפוז
תאריך אשפוז	תאריך שחרור	המוסד המאשפז	המחלה בגינה החל האשפוז

**נתיחת גופה**

למנוח בוצעה נתיחת גופה לאחר פטירתו  כן  לא

• אם כן, יש לצרף מצ"ב דוח נתיחת הגופה

**צו ירושה/ צו קיום צוואה**

בוצעה פנייה לבית המשפט לצורך קבלת צו ירושה בגין המנוח:  כן  לא

- אם כן, יש לצרף את צו הירושה/קיום צוואה
- אם עדיין לא, עליך להמציא לחברה תצהיר (מאומת על ידי עו"ד) שבו את מצהירה כי את יורשת של הנפטר (ע"פ דין/צוואה), ושאינך יורשים, או שכל היורשים מסכימים למסירת המידע ושאינך מתנגדת למסירת המידע ליורשים האחרים.

לכבוד

א.ג.ב.

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

אני הח"מ, שאיריו של המנוח/ה \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ נותן בזה למנורה מבטחים פנסיה וגמל בע"מ וכן למנורה מבטחים ביטוח בע"מ, ככל שקיימת על שם המנוח/ה פוליסת ביטוח משלים במנורה מבטחים ביטוח בע"מ, ו/או למי מטעמן, (להלן: "מבטחים"), הרשאה בלתי חוזרת לפנות לכל גוף, לרבות חברות ביטוח, קרנות פנסיה ולרבות גוף ציבורי כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות או מוסד רפואי, 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 למצבו הבריאותי או הסוציאלי או בתחום הסייעודי או הכלכלי או בתחום השיקומי וכן כל מידע אחר הנדרש למבטחים לצורך בחינת זכאותי לקבלת קצבת שאירים ממבטחים.

הריני משחרר בזה כל גוף המזכר לעיל ומתיר להם בזאת ליתן לכם את כל הפרטים והמסמכים המצויים בידם הקשורים למנוח \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_, למצבו הכלכלי, למצב בריאותו או מחלתו, שחלה בהן בעבר, לרבות רשימת רופאים אשר טיפלו בו, וכל חומר המצוי במאגרי המידע של המוסדות כאמור לגבי, ולרבות החלטות שניתנו ע"י הגופים כאמור, הקובעים את זכאותי לקצבת שאירים וכן את שיעור הנכות שאושר למנוח או כל החלטה אחרת. כמו כן הריני מוותר בזאת על חובת שמירת הסודיות הרפואית בכל הנוגע למצב בריאותו ו/או מחלתו ובכל עניין הקשור לעבודתו.

כמו כן אני נותן בזה רשות למבטחים למסור, לכל נותן שירותים חיצוני של מבטחים ולכל מבטח חיצוני לרבות חברות ביטוח, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל על מצב בריאותו ו/או כל מחלה שחלה בה בעבר והנני משחרר את כל עובדי מבטחים מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותו ו/או מחלתו כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי נותן שירותים חיצוני של מבטחים ו/או המבטח החיצוני.

כתב ויתור זה כוחו יפה גם לצורך הדיונים של ועדות הערעורים על החלטות מבטחים לרבות ועדות חיצוניות 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 לכל נותן שירותים חיצוני של מבטחים ו/או מבטח 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 משפחה ופרטי	מספר ת.ז.	תאריך	חתימה	כתובת
----------------	-----------	-------	-------	-------

עד לחתימה: חובה לחתום על כתב הסכמה זה בפני עו"ד, רופא, סוכן ביטוח בעל רישיון פנסיוני ולצרף תעודת סוכן

שם משפחה ופרטי	מס' ת.ז.	תאריך	חתימה וחותמת
----------------	----------	-------	--------------

\* יש להקפיד על כך שהחותמת תכלול את מספר הרישיון הברור של מאמת החתימה