

עזבון המנוחה ויקטוריה גליבין ז"ל ת.ז. 332731314

ע"י היורשת, אם המנוחה, הגב' אולגה אינדזיטי, ת.ז. 332731298

ע"י ב"כ עוה"ד אריאל פרייברג (מ.ר. 62254)

מרח' אבא הלל 7, רמת גן

טל': 03-7412358, פקס: 077-3180983

דוא"ל: Office@freiberg-law.com

- נ ג ד -

הנתבעות

1. המוסד לביטוח לאומי - סניף חדרה

ע"י ב"כ עוה"ד ר. חן ו/או אח'

פל-ים 8 חיפה 33095

טל': 04-8544599

2. כלל חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520024647

הנתבעת 2 ע"י ב"כ עוה"ד א. ביתן מ.ר. 21062 ו/או אסף פאר ואח'

אלון ביתן - עורכי דין

מרח' תובל 13 (בית אמריקה ישראל, קומה 9) רמת גן 5252228

טלפון: 074-7944200, פקס: 074-7944201

דוא"ל: office@bt-law.co.il

המנוחה ויקטוריה גליבין ז"ל ת.ז. 332731314

ובעניין:בקשה למתן צו להמצאת מסמכים רפואיים

בית הדין הנכבד מתבקש, ליתן צו המאפשר לנתבעת לקבל העתק מכל תיקיה הרפואיים של המנוחה ויקטוריה גליבין ז"ל ת.ז. 332731314 (להלן: "המנוחה"), בכל מוסד רפואי ו/או בית חולים ו/או קופת חולים ו/או רופא ו/או מעבדה רפואית ו/או משרד הבריאות ו/או לשכה מחוזית ו/או ועדה רפואית ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או צה"ל, לרבות תיקים רפואיים בתחום הפסיכיאטריה ו/או הפסיכולוגיה.

ואלה נימוקי הבקשה:

1. המדובר בתביעה לתגמולי ביטוח בגין פטירת המנוחה מכוח פוליסה לביטוח חיים.
2. על הנתבעת, בין היתר, לבחון את חבותה מכוח הפוליסה ולצורך כך, נדרשת היא לאיסוף תיקיה הרפואיים של המנוחה.
3. בשל פטירת המנוחה בהתאם לדין נדרשים יורשיה לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית.
4. לנתבעת לא נמסר טופס וס"ר חתום ותקין על ידי יורשיה של המנוחה (ועל פניו נראה כי יש קושי בעניין זה משאחד היורשים אינו מתגורר בארץ כעולה מצו הירושה והמסמכים המצויים בתיק ראה נספח 1 לכתב התביעה).
5. יצוין, כי בידי המנוחה אין כל פרטים באשר לנסיבות מותה לבד מהצהרת התובעת במסגרת טופס תביעה שהוגש לנתבעת לפיה נסיבות הפטירה הן: נפילה מקומה 5.
- העתק טופס התביעה מצ"ב מסומן [1].
6. יצוין כי מעבר לכך אין בידי הנתבעת כל מידע באשר לנסיבות המוות ולא ניתן היה לאסוף את תיקיה הרפואי של המנוחה.



7. יודגש, הפוליסה נשוא התביעה קובעת מפורשות במסגרת נספח הכיסוי למקרה מוות מכל סיבה שהיא, בין היתר:

3. ביטוח זה כפוף לתנאים שלהלן:

קרה מקרה הביטוח עקב התאבדות בשנה הראשונה שמיום הצטרפותו לראשונה של המבוטח לביטוח הקבוצתי, לא תהא החברה חייבת בתשלום סכום הביטוח למוטבים.

ובנוסף-נספח הכיסוי למוות מתאונה (ככל שמדובר בתאונה ואין כל ראייה לכך) כי:

החברה לא תחיה אחראית לכל תשלום לפי נספח זה אם מותו של המבוטח נגרם במישרין או בעקיפין על ידי אחת או יותר מהסיבות האלה:

4.1. חבלה עצמית במתכוון או סיכון במתכוון (פרט לניסיון להציל חיי אדם). השתתפות המבוטח בביצוע מעשה פלילי, למעט אם נמצא המבוטח במקום ביצוע המעשה הפלילי באופן מקרי.

8. הנתבעת תוסיף כי היא כסומא בחשכה לעניין נסיבות המוות והעבר הרפואי של המנוחה אולם הצצה חלקית התאפשרה עם הגשת מסמכי המוסד לביטוח לאומי בתיק זה ומהם נלמד כבר כי המנוחה סבלה מבעיות נפשיות קשות ולפיכך נראה כי מותה הנו התאבדות. כך, עולה ממסמכי המוסד לביטוח לאומי שהוגשו בתיק זה, כדלקמן:

בת 19, מוכרת למסדנו משני אשפוזים. מאובחנת עם הפרעות אישיות גבריות וחפרעה פוסט טראומטית. כמו כן בעברה אפיזודה דיסאנתית. ידוע על פגיעות עצמיות וניסיונות אוברניים בבליעת כדורים. מא/ above knee amputation על רקע וטאוסט אומפלג ב-2019. אשפוז קודם בסוסדינו בכפייה בגין מצב פסיכיאטרי מלווה בחתונות אלימה וחוסרת שיפוט. ואשפוז נמשך כחודשיים. שוחררה ב-26/1/21 למסגרת אשפוז בית בבית אמה. כחודש לאחר שחרורה, בשיחח של חנוייסית מצביר עם ויקטוריה ערב טרם קבלתה ציינה כי נמאס לה ורצח למות.

ראה עמ' 48 לקובץ תצהיר גילוי המסמכים מטעם המוסד לביטוח לאומי.

9. לאור האמור, נדרשת הנתבעת לאיסוף מלוא תיקיה הרפואיים של המנוחה.

10. יודגש. כי התביעה נדחתה בטענת סף בהעדר כיסוי ביטוחי משלא שולמו פרמיות, אולם בשלב זה על הנתבעת לבצע בירור חבות ביחס לנסיבות הפטירה כאשר יש להדגיש, התובעת נמנעה מלצרף כל מסמך רלבנטי בעניין על אף שנדרשה לעשות כן במסגרת הבקשה למימוש זכויות ומשחובה עליה לעשות כן בהתאם לדין אך לא היה מקום לעכב מותן הכרעה ראשונית בטענת סף.

11. הנתבעת תציין, כי כשמדובר באיסוף תיקים בתחום הפסיכיאטרי קיימות דרישות מחמירות של הגורמים הרפואיים המטפלים ואיסוף החומר בעזרת וס"ר בלבד לא תמיד מסתייע והדבר מקבל משתנה תוקף בענייננו משעה שההתנהלות מול הנתבעת מבוצעת על ידי יורשת אחת בלבד – התובעת ולא ניתן להבנת הנתבעת לקבל טופס וס"ר חתום ומאומת על ידי הירש הנוסף.

12. בכל מקרה, על מנת שלא לעכב את בירור התביעה הרי שמתן צו מתאים יוודא את קבלת החומר הרפואי באופן שיקדם את בירור התביעה.

13. לאור האמור יתבקש בית הדין הנכבד לחתום על צו כאמור ברישת הבקשה.

14. אין באמור בבקשה זו כדי לגרוע מיתר טענות הנתבעת כלפי התביעה לרבות העדר כיסוי ביטוחי וכן לגרוע מטענת הנתבעת להעדר סמכות עניינית ובקשה זו מוגשת משלא ניתנה הכרעה בטענות הנתבעת בעניין סמכות עניינית מחד ומאידך ניתנו הוראות בעניין גילוי מסמכים וקידום התובענה, לגופה.

15. מן הדין ומן הצדק להיעתר לבקשה.

אסף פאר, עו"ד
אלון ביתן, עורכי דין
ב"כ הנתבעת

ת.א. 9010-04-25
בפני כב' השופט ד"ר טל גולן

**בבית הדין האזורי לעבודה
 בחיפה**

התובע: עזבון המנוחה ויקטוריה גליבין ז"ל ת.ז. 332731314
 ע"י היורשת, אם המנוחה, הגב' אולגה אינדויטי, ת.ז. 332731298
 ע"י ב"כ עוה"ד אריאל פרייברג (מ.ר. 62254)
 מרח' אבא הלל 7, רמת גן
 טל': 077-3180983, פקס: 03-7412358
 דוא"ל: Office@freiberg-law.com
- נ ג ד -

הנתבעות: 1. המוסד לביטוח לאומי - סניף חדרה
 מרח' הרצל 68, נתניה
 טל': 04-8812345, פקס: 09-8602737

2. כלל חברה לביטוח בע"מ ח.פ. 520024647
 הנתבעת 2 ע"י ב"כ עוה"ד א. ביתן מ.ר. 21062 ו/או אסף פאר ואח'
 אלון ביתן - עורכי דין
 מרח' תובל 13 (בית אמריקה ישראל, קומה 9) רמת גן 5252228
 טלפון: 074-7944200, פקס: 074-7944201
 דוא"ל: office@bt-law.co.il

ובעניין: המנוחה ויקטוריה גליבין ז"ל ת.ז. 332731314

צו



הנני מורה בזאת לכל מוסד רפואי ו/או בית חולים ו/או קופת חולים ו/או רופא ו/או מעבדה רפואית ו/או משרד הבריאות ו/או לשכה מחוזית ו/או ועדה רפואית ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או צה"ל להמציא לב"כ הנתבעת, עו"ד אלון ביתן מ.ר. 21062 ו/או לכל אדם שיוסמך לכך על ידו, את מלוא תיקיה הרפואיים של המנוחה ויקטוריה גליבין ז"ל ת.ז. 332731314 (לחלף: "המנוחה"), לרבות תיקים בתחום הפסיכיאטרי ו/או פסיכולוגי.

 שופט ,

 תאריך

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

עמוד

שם המסמך

6

העתק הבקשה למימוש זכויות בגין מקרה פטירה שהוגש לנתבעת (עמודים 6 עד 9)

נספח 1:



נספח 1 :

העתק הבקשה למימוש זכויות בגין מקרה פטירה שהוגש לנתבעת

(עמודים 6 עד 9)



קוד מסמך 122

נספח ב' - בקשה למימוש זכויות - מקרה פטירה

הודעת המוטבים

א. פרטי המנוח ז"ל

מספר תעודת זהות										מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה		מצב משפחתי	
4	1	3	1	3	7	2	3	3	ז	גליבין	ויקטוריה	2001	ספטמבר	21	1. רווקה	2. נשוי/אה. 3 גרושה 4. אלמנה
כתובת מגורים/ישוב										רחוב/ת.ד.			מספר	מיקוד		
נתניה										שד. בנימין			39	4231202		

ב. פרטי איש קשר שאינו המבוטח לניהול התביעה

מספר תעודת זהות										שם משפחה	שם פרטי	קשר של מגיש הבקשה למנוח
8	9	2	1	3	7	2	3	3	3	אינדימו	אולנה	אמא
כתובת מגורים/ישוב										רחוב/ת.ד.	מספר	מיקוד
נתניה										שד. בנימין	39	4231202

טלפון	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
0547933409	0547933409	olya.suher@gmail.com

אופן קבלת הודעות ומסמכים – יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עמך:

☒ מספר טלפון נייד 0547933409 אני מסכים כי המסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו במסרון לנייד שלי, במקום באמצעות הדואר.

☒ דוא"ל (לצורך קבלת מסמכים בדוא"ל יש לציין גם מספר טלפון נייד) אני מסכים כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו לדואר אלקטרוני שלי* ו/או באמצעות אתר האינטרנט של החברה, במקום באמצעות הדואר.

* במידה ולא מילאתי את כתובת הדואר האלקטרוני יישלחו המסמכים לכתובת דואר אלקטרוני קודמת שמסרתי לחברה, ככל שמסרתי.

☐ אני מבקש כי מסמכים והודעות על פי דין בקשר לתביעה יישלחו אליי בדואר ישראל בלבד.

אני מסכים/מה כי החברה וחברות נוספות בקבוצת כלל, תשלחנה לפרטי ההתקשרות שמסרתי לעיל (מספר טלפון נייד וכתובת דואר אלקטרוני) מסמכים והודעות (לרבות מסמכי הפוליסה, דוחות שנתיים, ומסמכים הנדרשים על פי דין) בקשר עם כל מוצרי הביטוח הפנסיה והגמל הקיימים לי בקבוצת כלל באמצעות:

☒ אמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון נייד) ☐ דואר רגיל

לידיעתך, אם לא תבחר/י באחת האפשרויות המפורטות יישלחו אליך מסמכים והודעות כאמור באמצעי דיגיטלי (דואר אלקטרוני או מסרון לטלפון הנייד), ככל שקיים בידי הקבוצה. ככל שברצונך לעדכן את ההסכמות האמורות ו/או את פרטיך האישיים רק עבור מוצר ביטוח או חיסכון מסויים ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות בטלפון 5454*

ג. פרטי המוטבים

במקרה והתביעה מוגשת ע"י יורש, אנא תשומת ליבך לעמודים 7-8

מספר תעודת זהות										מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			קרבה למנוח	כתובת
8	9	2	1	3	7	2	3	3	ז	אינדויטו	אולנה	1980	מאי	24	אמא	שד. בנימין 39/20, נתניה	
מספר תעודת זהות										מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			קרבה למנוח	כתובת
									ז / ז								
מספר תעודת זהות										מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			קרבה למנוח	כתובת
									ז / ז								
מספר תעודת זהות										מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			קרבה למנוח	כתובת
									ז / ז								
מספר תעודת זהות										מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			קרבה למנוח	כתובת
									ז / ז								
מספר תעודת זהות										מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			קרבה למנוח	כתובת
									ז / ז								
מספר תעודת זהות										מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה			קרבה למנוח	כתובת
									ז / ז								



ד. פרטי הבנק של המוטבים:

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית. נא למלא את הפרטים ולצרף צילום שיק או אישור הבנק על פרטי החשבון.

שם המוטב	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר חשבון
אולנה אינדיטו	הפועלים	הרצל 32	612	386509

* ידוע לי שאין במסירת פרטי חשבון הבנק כמפורט לעיל משום התחייבות של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוח. לידיעתך, חברתנו משלמת תגמולי ביטוח באמצעות העברה בנקאית לחשבון המבוטח. ככל שתבחר לא להעביר אלינו את הפרטים הנדרשים לצורך תשלום בהעברה בנקאית, אנו נשלם את תגמולי הביטוח באמצעות משלוח המחאה לפקודתך לכתובת המצוינת בערכת תביעה זו.

שים לב! חשוב למלא את כל השדות בסעיף זה גם לצורך זיהוי בעת פנייתך למוקדי התביעות

שנה	2024	חודש	מרץ	יום	25
1.	תאריך פטירת המנוח/ה				
2.	מקום הפטירה:				

נתניה

3. מהי סיבת המוות ונסיבותיה? יש לפרט (כגון מחלה, תאונה, התאבדות, אחר):

נפילה מקומה 5

4. מועד גילוי מחלה / תאונה ככל ורלוונטי:

5. שם קופת החולים וכתובת הסניף בו היה מטופל המנוח וכן, פרט מיהם הרופאים ו/או המוסדות הרפואיים שטיפלו במנוח בשנה שקדמה למועד הפטירה? **לאומית שטמפפר 17, נתניה**

אלכס שדכין, רופא אישי/משפחה

6. האם המנוח היה מבוטח בביטוח חיים בחברות אחרות? כן ☐ לא ☒ אם כן - פרט את שמות החברות ומספרי הפוליסות?

ה. פרטי שאירים * (חלק זה ימולא רק במקרים בהם קיימים כספי פיצויים בפוליסות ע"ש המנוח)

אנא מלא הפרטים בטבלה:

מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה
מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח		האם היה תלוי במנוח לפרנסתו		

מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה
מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח		האם היה תלוי במנוח לפרנסתו		



מספר תעודת זהות				שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה
מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח						האם היה תלוי במנוח לפרנסתו	

מספר תעודת זהות				שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה
מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח						האם היה תלוי במנוח לפרנסתו	

מספר תעודת זהות				שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה		
מקום מגורים בשנה שקדמה למות המנוח						האם היה תלוי במנוח לפרנסתו			

7. האם השאיר/ה המנוח/ה צוואה? כן ☐ לא ☐ במידה וכן - נא לצרף צוואה וצו קיום צוואה.

8. האם קיים צו ירושה / החלטה שיפוטית או פסק דין שיש בהם התייחסות למוטבים לפי פוליסות הביטוח או

לזכאים לקבלת תגמולי הביטוח על פי הפוליסה?

קיים צו ירושה



לתשומת ליבך!

- יש להשיב באופן מדויק ומלא על כל השאלות בטופס וכן לצרף את כל המסמכים הנדרשים (הדבר ימנע עיכוב בטיפול בתביעה ויזרז את זמן המענה של החברה).
 - אין בטופס זה כדי להוות הודאה ו/או הכרה בחבות מצד החברה בזכויותיך.
- טופס זה עיניינו תביעה לתגמולי ביטוח בגין כיסוי פטירה, אם בכוונתך להגיש תביעה בגין עילה אחרת (למשל: אובדן כושר עבודה וכיוצ"ב) אנא צרף טופס תביעה רלוונטי נוסף.
- באפשרותך לבדוק זכאות לקבלת קצבה, ככל שקיימת יתרת חסכון מצטבר בפוליסה, זאת בתנאי שהמבוטח ז"ל טרם התחיל לקבל קצבה וכן שהינך מעל גיל 60 אך לא מעל גיל 80. הזכאות לקבלת קצבה מותנית בסוג הפוליסה, בתנאי הפוליסה והכל בכפוף להסדר התחיקתי. למידע נוסף בנושא קצבאות ניתן לפנות למוקד השירות בטלפון 03-9420440 או ב-5454*. אין האמור לעיל מהווה זכאות לקבלת קצבה והזכאות, ככל שקיימת, תיבחן בהתאם לתנאי הפוליסה ובכפוף להסדר התחיקתי.



הצהרת מגיש התביעה

שימוש במידע ושמירתו

אני מאשר בזאת כי המידע שנמסר על ידי נמסר מרצוני ובהסכמתי, וכי מידע זה וכל עדכון שלו או מידע נוסף שיימסר על ידי או שיגיע לידי הקבוצה בקשר אליי, יישמרו במאגרי המידע של חברות מקבוצת כלל או מי מטעמה (או של מי שיספק לה מפרט לפעם שירותי מחשב ועיבוד נתונים) וישמשו בין היתר לניהול, תפעול ומתן שירותים (לרבות בקווי תקשורת) בקשר למוצרים ולשירותים, לעיבוד מידע, לפילוח שיווקי, ולקיום חובות על פי דין. כן אני מאשר כי קבוצת כלל תהיה רשאית להעביר את המידע גם לסוכן הביטוח ולגורמים הפועלים עבור הקבוצה או מטעמה.

הנני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים ומדויקים וכי לא העלמתי כל עובדה ופרט בקשר לאירוע.

תאריך 17/09/2024 שם פרטי ושם משפחה _____ אולנה אינדיסו _____ חתימה _____

במידה וממונה אפטרופוס (חתימתו):

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה _____



במידה והמבוטח הינו קטין, יש להעביר מכתב חתום על-ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים בצירוף צילום תעודות זהות של המוטבים.

אני מאשר כי חברות מקבוצת כלל יהיו רשאיות לפנות אלינו להצעת מוצרים ושירותים, לרבות בדרך של משלוח חומר שיווקי ו/או פרסומי, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר. אני אהיה רשאי להודיע לחברת כלל בכל עת כי אין ברצוני לקבל דיוור ישיר ו/או הודעות שיווקיות.

חתימת המבוטח _____

