

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': 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. 20024647

הנתבעת 2 ע"י ב"כ עוה"ד א. ביתן מ.ר. 1062 זאור אסף פאר זאור

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:

הודעה על הגשת תצהיר גילוי מסמכים מטעם הנתבעת 2



הנתבעת 2 מתכבדת להודיע לבית הדין הנכבד על הגשת תצהיר גילוי מסמכים מטעמה בצירוף המסמכים.


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

תוכן הנספחים (עמוד 1 מתוך 1)

שם המסמך	עמוד
נספח 1: תצהיר גילוי מסמכים מטעם הנתבעת 2 והעתק המסמכים (עמודים 4 עד 35)	4



נספח 1 :

תצהיר גילוי מסמכים מטעם הנתבעת 2
והעתק המסמכים

(עמודים 4 עד 35)



תצהיר גילוי מסמכים

אני הח"מ, משה סומיך, נושא ת.ז. 032862450 לאחר שהוזהרתי כי עליי לומר את האמת וכי אהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק, אם לא אעשה כן, מצהיר כדלקמן:

1. הנני משמש כמנהל פרויקטים אגף מקצועי ומערכות מידע ביטוח חיים, חטיבת חסכון ארוך טווח אצל הנתבעת, כלל חברה לביטוח בע"מ, ומוסמך ליתן מטעמה תצהיר זה מטעמה.

2. בחזקת או בשליטת הנתבעת מצויים המסמכים הבאים, הנוגעים לעניינים השנויים במחלוקת במסגרת ק.ג. 9010-04-25 בביה"ד האזורי לעבודה בחיפה:

- א. כתבי בי-דין על נספחיהם.
- ב. החלטות בית-הדין.
- ג. תכתובת בין הצדדים ובאי כוחם.
- ד. תכתובות בין הנתבעת לבאי-כוחה (חסוי – הוכן לצורכי משפט).
- ה. מסמכי פוליסה מס' 332731314.
- ו. מסמכי תביעה למימוש זכויות בגין מקרה מוות שהוגשו על ידי התובעת.
- ז. רשימות מבוטחים שהועברו על ידי המוסד לביטוח לאומי (חסוי-מידע אישי על צדדים שלישיים)
3. זהו שמי, זו חתימתי ותוכן תצהירי אמת.


משה סומיך

אימות

אני מאשרת בזאת כי ביום 20.8.2025, הופיע בפני עו"ד סיון קטרי, ברח' ראול ולנברג 36 ת"א, מר משה סומיך, המוכר לי אישית, ואחרי שהזתרתי כי עליו להצהיר את האמת, וכי יהיה צפוי לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה כן, אישר את נכונות הצהרתו דלעיל וחתם עליה בפני

עו"ד סיון קטרי
מח' תביעות חיים
כלל ביטוח ופיננסים
פקס: 03-7912212, טל: 03-6383231

סיון קטרי, עו"ד

מ.י.
50298



כלל חברה לביטוח בע"מ

פוליסת ביטוח חיים קבוצתי

חברי ארגון נכי תאונות עבודה



הסכם/פוליסה

מצד אחד

בין : כלל חברה לביטוח בע"מ
ח.פ. מספר - 520024647
(להלן : "כלל" או "החברה")

מצד שני

ובין : ארגון נכי תאונות עבודה
ח.פ. מספר - 580008175
(להלן : "בעל הפוליסה")

הואיל : ובעל הפוליסה מעוניין לבטח את חבריו ("הקבוצה") בביטוח חיים קבוצתי למקרי הביטוח הכלולים בפוליסה זו ;

והואיל : והחברה הסכימה לקבל על עצמה ביטוח חיים קבוצתי זה בתנאים המפורטים להלן בפוליסה זו ;

לפיכך, הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמו :

1. פרשנות והגדרות

1.1. המבוא לפוליסה זו, הצהרות הצדדים בה וכל הנספחים המצורפים אליה מהווים חלק בלתי נפרד מהפוליסה.

1.2. כותרות הסעיפים הן לצורך נוחות בלבד, ולא תהא להם משמעות פרשנית כלשהי.

1.3. בפוליסה זו תהא לכל מונח המפורט להלן המשמעות המפורטת בצידו :

1.3.1. "בעל פוליסה" - מי שהתקשר עם החברה בפוליסה ושמו נקוב בפוליסה זו לעיל והוא :

תאגיד - לגבי חבריו ובני זוגם, ובלבד שקבלת ביטוח חיים קבוצתי לחבריו אינה המטרה העיקרית להתאגדותו ;

1.3.2. "גיל המבוטח" - תאריך לידתו המדויק של המבוטח, כפי שמופיע בתעודה רשמית של מדינת ישראל, כגון : תעודת זהות, דרכון או רישיון נהיגה.

1.3.3. "גיל מינימלי ומרבי להצטרפות" - הגיל המינימלי והמרבי בו יכול המבוטח להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו, כמפורט בדף פרטי הביטוח. מבוטח שגילו נמוך או גבוה מהגיל המינימלי או המרבי להצטרפות, לפי העניין, לא יצורף לביטוח עפ"י פוליסה זו. יובהר, כי אם על אף הקבוע בדף פרטי הביטוח צורף מבוטח שגילו נמוך או גבוה מהגיל המינימלי או המרבי להצטרפות, לפי העניין, ושולמה פרמיה בגינו, ייחשב כמבוטח בפוליסה זו.

1.3.4. "גיל מרבי לביטוח" - הגיל המרבי בו ניתן להיות מבוטח על פי פוליסה זו, כמפורט בדף פרטי הביטוח בהתייחס לכל נספח או הרחבה שנרכש בפוליסה זו כמפורט בדף פרטי הביטוח. מבוטח שגילו גבוה מהגיל המרבי לביטוח ושולמה פרמיה בגינו, ייחשב כמבוטח בפוליסה זו.

1.3.5. "דף פרטי הביטוח" - דף המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה, והכולל, בין השאר, את הפרטים האלה : תמצית עיקרי הפוליסה, פרטי הביטוח הספציפי, סכום הביטוח לכל כיסוי והפרמיה למבוטח.

1.3.6. "הסדר תחיקתי" - החוקים, התקנות, הצווים והוראות המפקח, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח, המוטב והחברה, כפי שיחולו מעת לעת.

1.3.7. "הצמדה" - כל הסכומים הנקובים בדף פרטי הביטוח יוצמדו כמפורט בסוג ההצמדה בדף פרטי הביטוח, ככל שנקבעה הצמדה.



1.3.8.	"הצעה" -	פנייה של בעל הפוליסה לחברה שעל בסיסה נאותה החברה להוציא פוליסה זו.
1.3.9.	"חודש" -	חודש קלנדרי על פי לוח השנה האזרחי.
1.3.10.	"חוק הפיקוח" -	חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א – 1981.
1.3.11.	"חוק חוזה הביטוח" -	חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.
1.3.12.	"מבוטח" -	מי שכלול ברשימת המבוטחים שהמציא בעל הפוליסה לחברה בהתאם לסעיף 6 להלן ולסעיף 2.3 לפוליסה, והוא נמנה על אחד מאלה: (2) חברים – אם בעל הפוליסה תאגיד;
1.3.13.	"מדד" -	מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות), שיקבע גורם ממשלתי המוסמך לכך, או כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה מבוסס על אותם נתונים ובין אם לאו. אם יוגדר מדד אחר במקום המדד הקיים, יקבע הגורם הממשלתי המוסמך לכך את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
1.3.14.	"מדד יסודי" -	המדד המפורט בדף פרטי הביטוח.
1.3.15.	"מדד קובע" -	המדד שפורסם לאחרונה לפני ביצוע כל תשלום או לפני ביצוע חישוב רלבנטי אשר נקבע על פי תנאי הפוליסה שהוא צמוד למדד.
1.3.16.	"מוטב" -	מי שנקבע ע"י המבוטח, כמוטב למקרה מות המבוטח בכתב מינוי המוטבים או בהעדר קביעה כאמור, יורשיו החוקיים של המבוטח.
1.3.17.	"מצב רפואי קודם" -	מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפות לביטוח.
1.3.18.	"מקרה הביטוח" -	מקרי הביטוח המפורטים בנספחים המצורפים לפוליסה זו.
1.3.19.	"סייג בשל מצב רפואי קודם" -	סייג כללי בחוזה ביטוח הפוטר את המבטח מחבותו, או המפחית את חבות המבטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
1.3.20.	"סכום הביטוח" -	הסכום שישולם ע"י החברה בקרות מקרה ביטוח כמפורט בדף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה זו.
1.3.21.	"פוליסה" -	חוזה הביטוח שבין בעל הפוליסה לבין החברה, לרבות ההצעה ו/או ההסכמות, ההודעות וההצהרות של בעל הפוליסה ו/או המבוטחים, ולרבות הנספחים המצורפים לו.
1.3.22.	"פרמיה" -	סך התשלומים שעל בעל הפוליסה לשלם לחברה בגין כלל המבוטחים כאמור בתנאי הפוליסה.
1.3.23.	"תקופת הביטוח" -	תקופת ההתקשרות בין בעל הפוליסה לחברה הנקובה בדף פרטי הביטוח.
1.4.	"תקנות ביטוח חיים קבוצתי" -	תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (ביטוח חיים קבוצתי), תשנ"ג – 1993.



1.5. פוליסה זו כוללת נספחים כדלהלן:

נספח 1:	הצהרת בעל הפוליסה
נספח 2:	כתב מינוי מוטבים
נספח 3:	דף פרטי הביטוח
נספח 4:	ביטוח למקרה מוות מכל סיבה שהיא
נספח 5:	ביטוח למקרה מוות מתאונה
נספח 6:	התאמת סכומי ביטוח במקרה של הפסד
נספח 7:	השתתפות ברווחים

2. הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו

2.1. מועד תחילת הביטוח לפי פוליסה זו יהא לגבי כל אחד מן המבוטחים **המאוחר מבין המועדים** דלהלן:

2.1.1. ה - 1 בחודש העוקב למועד בו התקבלה בחברה הודעת בעל הפוליסה על הצטרפות המבוטח לביטוח.

2.1.2. יום תחילת תקופת הביטוח, כנקוב בדף פרטי הביטוח.

2.2. תוקפו של הביטוח על פי פוליסה זו לגבי כל אחד מן המבוטחים יפקע **במועד המוקדם מבין המועדים** כדלהלן:

2.2.1. בתום החודש בו סיים המבוטח את קשריו עם בעל הפוליסה. מובהר, כי אם המבוטח סיים את קשריו עם בעל הפוליסה ביום האחרון לחודש מסוים, יפקע תוקפו של הביטוח לגביו בתום אותו חודש מסוים.

2.2.2. בתום החודש בו הגיע המבוטח לגיל המרבי לביטוח. מובהר, כי אם המבוטח הגיע לגיל המרבי לביטוח ביום האחרון לחודש מסוים, יפקע תוקפו של הביטוח לגביו בתום אותו חודש מסוים.

2.2.3. יום תום תקופת הביטוח לפי סעיף 9 להלן.

2.2.4. עם תשלום מלוא סכום הביטוח למקרה מוות מכל סיבה שהיא.

2.2.5. עם תשלום מלוא סכום הביטוח לפי נספח מנספחי הפוליסה אשר מבטל בהתאם לתנאי אותו נספח את תוקף הביטוח על פי הפוליסה.

2.3. כל המבוטחים יתקבלו לביטוח ללא הצהרה על מצב בריאותם. מובהר בזאת, כי אם הפרמיות עבור הביטוח על פי פוליסה זו משולמות במלואן או בחלקן ע"י המבוטחים, נדרשת הסכמתו בכתב של כל מבוטח להצטרפות לביטוח ולתשלום חלקו של המבוטח בפרמיה.

2.4. בעל הפוליסה יפנה את תשומת ליבם המיוחדת של המבוטחים לצורך קביעת מוטבים ועל כך שבהעדר קביעת מוטבים, ישולמו תגמולי הביטוח ליורשיו החוקיים של המבוטח.

3. סכום הביטוח

3.1. בקרות מקרה ביטוח על פי נספח לפוליסה זו, ובתנאי שהפוליסה הייתה בתוקף לגבי אותו מבוטח במועד קרות אותו מקרה ביטוח, מתחייבת החברה, בכפוף לתנאי הנספח הרלוונטי, לשלם את סכום הביטוח בגין אותו מקרה ביטוח.

3.2. למרות האמור בסעיף 3.1, בקרות מקרה ביטוח המכוסה על פי הנספחים לפוליסה זו למבוטח בזמן שהיה מבוטח לפי פוליסה זו, אולם שמו נשט מרשימת המבוטחים בשל טעות, ובעל הפוליסה הצהיר בכתב כי הטעות נעשתה בתום לב, תפעל החברה כאילו נכלל המבוטח ברשימת המבוטחים, בתנאי שבעל הפוליסה יעביר לחברה את כל הפרמיות שהיו צריכות להשתלם בגין אותו מבוטח בתוספת ריבית והפרשי הצמדה כמפורט בסעיף 5.4 להלן.

3.3. שולמו לחברה פרמיות בגין מבוטח עבור תקופה שבה אינו זכאי להיכלל ברשימת המבוטחים (להלן: "הפרמיות העודפות") תחזיר החברה את הפרמיות העודפות אם טרם קרה מקרה הביטוח, והביטוח יפקע לגבי אותו מבוטח.

3.4. יובהר, כי אם על אף הקבוע בדף פרטי הביטוח צורף מבוטח שגילו נמוך או גבוה מהגיל המינימלי או המרבי להצטרפות, לפי העניין, ושולמה פרמיה בגינו, וקרה מקרה הביטוח, ייחשב כמבוטח בפוליסה זו.

4. התביעה

- 4.1. בעל הפוליסה ו/או המוטב, לפי העניין, יודיעו לחברה על קרות מקרה הביטוח מיד לאחר שנודע להם על כך. לאחר קבלת ההודעה בחברה תעביר החברה לבעל הפוליסה או למוטב, לפי העניין, את המסמכים הדרושים לבירור התביעה על פי דין. על בעל הפוליסה ו/או המוטב, לפי העניין, למסור לחברה, בהקדם האפשרי, טופס תביעה אליו יצורפו כל המסמכים הדרושים לבירור חבות החברה.
- 4.2. על בעל הפוליסה ו/או המוטב, לפי העניין, למסור לחברה בתוך זמן סביר, לאחר שנדרש לכך, את המידע והמסמכים הדרושים לחברה לבירור חבותה באופן סביר, ואם אינם ברשותו עליו לעזור לחברה ככל שיוכל להשיגם.
- 4.3. ככל שידרש על המוטב/יורשיו החוקיים של המבוטח למסור לחברה כתב ויתור על סודיות רפואית, המתיר לכל רופאיו של המבוטח ו/או לכל גוף או מוסד אחר בארץ ו/או בחו"ל להעביר לחברה בגין המבוטח את המידע הרפואי הרלוונטי לבירור חבות החברה על פי הפוליסה ו/או נספחיה.
- 4.4. החברה תהיה רשאית לנהל כל חקירה ובכלל זה בכל המקרים שאינם מותו של המבוטח לבדוק את המבוטח על ידי רופאים מטעמה ועל חשבונה, ובלבד שהבדיקה תהיה סבירה בנסיבות העניין. המבוטח יוכל בכל עת לבקש למצות את הזכויות המוקנות לו מכח פרק כיסוי ביטוחי זה בבית משפט.
- 4.5. החברה תבדוק את פרטי התביעה, ותחליט אם זכאי המוטב או המבוטח, לפי העניין, לסכום הביטוח. אישרה החברה את התביעה, תשלם את סכום הביטוח לזכות המוטב(ים), תוך 30 ימים מיום קבלת כל המסמכים הדרושים באופן סביר לבירור חבותה. לא אישרה החברה את התביעה, תודיע על כך לבעל הפוליסה ולמוטב, תוך 30 ימים מיום שהיו בידי החברה כל המסמכים והמידע הדרושים.
- 4.6. סכום הביטוח שישולם, בתנאי שהפוליסה הייתה בתוקף לגבי אותו מבוטח במועד קרות אותו מקרה ביטוח, הינו סכום הביטוח שהיה בתוקף ביום קרות מקרה הביטוח, על פי הנספח הרלוונטי, כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 4.7. במקרה של איחור בתשלום סכום הביטוח, תשלם החברה למוטב את סכום הביטוח בצירוף הפרשי הצמדה וריבית על פי הוראות סעיף 28(א) לחוק חוזה הביטוח.
- 4.8. מכל תשלומיה תנכה החברה כל חוב, בגין פוליסה זו, המגיע לה מבעל הפוליסה בגין המבוטח או מהמבוטח או מהמוטב.
- 4.9. לנוחיות המבוטח או המוטב, לפי העניין, הטפסים הדרושים להגשת התביעה נמצאים גם באתר האינטרנט של החברה בכתובת <https://www.clalbit.co.il>.
- 4.10. עם תשלום מלוא סכום הביטוח, תשוחזר החברה מכל ההתחייבויות הנובעות מן הפוליסה או מאותו נספח של הפוליסה שבגינה שולמה התביעה.
- 4.11. מובהר, כי במקרה שמוטב שקבע המבוטח מת לפני המבוטח והמבוטח לא קבע מוטב אחר במקום המוטב שנפטר, יועבר חלקו של המוטב שנפטר ליורשיו החוקיים של המוטב שנפטר.

5. פרמיות

- 5.1. עם כניסת הפוליסה לתוקף ובמועדים המפורטים בדף פרטי הביטוח (להלן: "**מועדי חישוב הפרמיה**") תחשב החברה את הפרמיה התקופתית למבוטח בהתאם להרכב המבוטחים באותה עת ולניסיון התביעות.
- 5.2. הפרמיות ישולמו על ידי המבוטח ו/או על ידי בעל הפוליסה בהתאם למפורט בדף פרטי הביטוח ויועברו לחברה באמצעות בעל הפוליסה, בכל אחד ממועדי התשלום הנקובים בדף פרטי הביטוח. הפרמיה התקופתית תועבר עבור כל המבוטחים במועד התשלום, עפ"י רשימת המבוטחים.
- 5.3. הפרמיה אינה צמודה כמפורט בדף פרטי הביטוח.
- 5.4. פרמיה שלא שולמה במועדה תישא ריבית בשיעור ובמועדים הקבועים בהסדר התחיקתי. (להלן ולעיל: "**הפרמיה בפיגור**").
- 5.5. תשלום הפרמיה בגין מבוטחים שנוספו ו/או נגרעו יחושב על בסיס חודשי, גם אם תדירות תשלום הפרמיה אינה חודשית.
- 5.6. היה והפרמיה התקופתית או חלקה לא תשולם עבור כל קבוצת המבוטחים כמוסכם, תהא החברה רשאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות ההסדר התחיקתי.

6. הצהרת בעל הפוליסה, רשימות ומסמכי הפוליסה

- 6.1. בעל הפוליסה ימסור לחברה, לפני כניסת הביטוח לתוקפו, הצהרה כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.
- 6.2. בתחילת הביטוח יעביר בעל הפוליסה לחברה רשימה, במדיה מגנטית, הכוללת את פרטי המבוטחים כאמור בדף פרטי הביטוח.
- 6.3. מדי חודש או כל תקופה אחרת כמפורט בדף פרטי הביטוח, ימסור בעל הפוליסה לחברה רשימת מבוטחים כמפורט בדף פרטי הביטוח, לרבות ציון מצטרפים חדשים לביטוח והצהרה בנוסח נספח 1 לפוליסה זו המתייחסת לאותם מצטרפים חדשים. כמו כן ימסור בעל הפוליסה לחברה את שמות אלה שהפסיקו להיות מבוטחים ומועד הפסקת הביטוח לגביהם.
- 6.4. החברה תמציא למבוטחים עם תחילת הביטוח את דף פרטי הביטוח ועותק מפוליסת הביטוח.

7. מיסים והיטלים

בעל הפוליסה או המבוטח, לפי העניין, יהא חייב לשלם לחברה מיד עם קבלת דרישתה את המסים וההיטלים, ממשלתיים ואחרים, החלים על הפוליסה או המוטלים על סכומי הביטוח, על הפרמיות ועל כל התשלומים האחרים שהחברה מחויבת לשלם לפי פוליסה זו, בין אם המסים הללו קיימים במועד תחילת הביטוח על פי פוליסה זו ובין אם יוטלו במועד מאוחר יותר, והכל בכפוף להסדר התחיקתי.

החברה תנכה מכל סכום שהיא חייבת בתשלומה, על פי תנאי פוליסה זו, כל סכום שהיא חייבת בניכוי, על פי ההסדר התחיקתי.

8. התיישנות התביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה לתגמולי ביטוח לפי פוליסה זו :

לעניין ביטוח חיים – הינה חמש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח והכל בכפוף להסדר התחיקתי ולהוראות הממונה.

9. תקופת הביטוח

- 9.1. פוליסה זו תיכנס לתוקף מיום תחילת הביטוח.
- 9.2. תוקפה של פוליסה זו הינו לתקופת הביטוח.
- 9.3. הפוליסה תסתיים בתום תקופת הביטוח. על אף האמור, הצדדים יהיו רשאים לחדש את הפוליסה לתקופות נוספות (להלן: **"תקופת החידוש"**) בהסכמה בכתב שתעשה לפחות 30 ימים לפני תום תקופת הביטוח או תום תקופת החידוש, לפי העניין.
- למרות האמור לעיל, הפוליסה לא תחודש אם מספר המבוטחים, במועד החידוש יפחת ממספר המבוטחים הקבוע בהסדר התחיקתי.

10. כללי

- 10.1. כל ההודעות וההצהרות הנמסרות לחברה על-ידי בעל הפוליסה, המבוטח או כל אדם אחר יימסרו בכתב למשרדה הראשי של החברה ברחוב ראוול ולנברג 36, תל אביב, או בדואר אלקטרוני או באמצעות האזור האישי באתר האינטרנט או בכל דרך התקשורת אחרת שהוסכמה בין המבוטח לחברה ובכפוף להסדר התחיקתי.
- 10.2. כל התביעות הנובעות מתוך פוליסה זו או מהביטוח לפיו, תתבררנה בבתי המשפט המוסמכים בישראל.
- 10.3. כתובות הצדדים לצרכי פוליסה זו מפורטות בדף פרטי ביטוח.
- 10.4. בכל מקרה של שינוי כתובת, חייב כל צד להודיע על כך למשנהו בכתב.
- 10.5. בכפוף להסדר התחיקתי, כל הודעה בכתב שתשלח מצד אחד למשנהו לפי הכתובות או לפי הכתובת המעודכנת, בהתאם לנסיבות המקרה, תיחשב כאילו הגיעה לתעודתה בתוך 72 שעות מעת המסירה.
- 10.6. במקרה של סתירה בין התנאים הכלליים של הפוליסה ובין התנאים של נספח מנספחיה, יגברו תנאי הנספח הרלוונטי על ההטבות הנובעות ממנו.

10.7. על אף כל דבר אחר האמור בפוליסה זו, תנאי פוליסה זו על כל נספחיה, יהיו כפופים להסדר התחיקתי. בכל סתירה בין הוראות הפוליסה לתנאים הקוגנטיים של הוראות ההסדר התחיקתי, תגברנה ההוראות הקוגנטיות שבהסדר התחיקתי.

10.8. פוליסה זו כפופה לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (ביטוח חיים קבוצתי), התשנ"ג – 1993 ולהוראות ההסדר התחיקתי.



נספח מס' 2 – כתב מינוי מוטבים

בהתאם להוראות הפוליסה שבנדון הנני קובע בזה כמוטבים/ים למקרה מותי את האנשים הרשומים להלן:

חלק ב- * %	(כתובת)	(תאריך לידה)	(מס' ת. זהות)	(שם פרטי ומשפחה)
חלק ב- * %	(כתובת)	(תאריך לידה)	(מס' ת. זהות)	(שם פרטי ומשפחה)
חלק ב- * %	(כתובת)	(תאריך לידה)	(מס' ת. זהות)	(שם פרטי ומשפחה)
חלק ב- * %	(כתובת)	(תאריך לידה)	(מס' ת. זהות)	(שם פרטי ומשפחה)
חלק ב- * %	(כתובת)	(תאריך לידה)	(מס' ת. זהות)	(שם פרטי ומשפחה)

במקרה מותי יש לשלם למוטבים הנ"ל את סכום הביטוח המגיע לי במסגרת הביטוח הנ"ל.

מובהר, כי במקרה שמוטב שקבע המבוטח מת לפני המבוטח והמבוטח לא קבע מוטב אחר במקום המוטב שנפטר, יועבר חלקו של המוטב שנפטר ליורשיו החוקיים של המוטב שנפטר.

הודעה זו מבטלת כל כתב מינוי מוטבים קודם שמסרתי לכם, מכל סוג שהוא, בגין פוליסה זו.

*בהעדר ציון החלק, ישולמו תגמולי הביטוח בחלקים שווים.



שם המבוטח	תאריך לידה	תעודת זהות
תאריך	חתימת המבוטח	

נספח מס' 3 - דף פרטי הביטוח

להלן פרטי הביטוח לעניין הפוליסה לביטוח חיים קבוצתי שנערכה ע"י כלל חברה לביטוח בע"מ עבור המבוטחים של בעל הפוליסה, בהתאם לתנאי הביטוח המלאים המפורטים בפוליסה ונספחיה המצורפים בזאת.

1. מספר הפוליסה: 3947465

2. שם בעל הפוליסה: ארגון נכי תאונות עבודה ואלמנות נפגעי עבודה בישראל

3. המבוטחים: חברים אצל בעל הפוליסה אשר ביטוח לאומי ניכה מגמלת נכות מעבודה תשלום בגין ביטוח חיים קבוצתי והעבירו לחברה בצירוף רשימת מבוטחים

4. תקופת הביטוח: מועד תחילת הביטוח - 01/01/2022 מועד תום תקופת הביטוח - 31/12/2026
הפוליסה תסתיים בתום תקופת הביטוח על אף האמור, הצדדים יהיו רשאים לחדש את הפוליסה לתקופות נוספות (להלן: "תקופת החידוש") בהסכמה בכתב שתעשה לפחות 30 ימים לפני תום תקופת הביטוח או תום תקופת החידוש, לפי העניין.

5. הכיסויים הביטוחיים בפוליסה:

שם הכיסוי	גיל מינימלי ומרבי לביטוח	סכום ביטוח	פרמיה חודשית למבוטח בש"ח	מספר נספח
מקרה פטירה	18-64	₪ 100,000	45	4
מקרה פטירה	65-74	₪ 50,000	45	4
מוות מתאונה	18-64	₪ 40,000	0	5

6. גיל מינימלי ומרבי להצטרפות לפוליסה: 18-69.

7. תדירות תשלום הפרמיה ומועדה: תשלום חודשי ועד ל-15 לכל חודש.

8. פרטי רשימת המבוטחים במדיה מגנטית: ת.ז, שם פרטי, שם משפחה, מין, תאריך לידה, עיר, רחוב, מספר, כתובת דוא"ל, נייד, תאריך הצטרפות, תאריך סיום.

9. משלם הפרמיה: 100% ע"ח המבוטח.

10. מועדי חישוב הפרמיה: כמפורט בנספח 6.

11. סוג הצמדה: הסכומים הנקובים בנספח זה אינם צמודים למדד.

12. תנאי חיתום: הצטרפות לביטוח ללא חיתום רפואי.

13. הצטרפות לביטוח, התחלתו והפסקתו:

13.1. מועד תחילת הביטוח לפי פוליסה זו יהא לגבי כל אחד מן המבוטחים המאוחר מבין המועדים דלהלן:

13.1.1. ה - 1 בחודש העוקב למועד בו התקבלה בחברה הודעת בעל הפוליסה על הצטרפות המבוטח לביטוח.

13.1.2. יום תחילת תקופת הביטוח.

13.2. תוקפו של הביטוח על פי פוליסה לגבי כל אחד מן המבוטחים זו יפקע במועד המוקדם מבין המועדים דלהלן:

13.2.1. בתום החודש בו סיים המבוטח את יחסיו כמבוטח עם בעל הפוליסה. מובהר, כי אם המבוטח סיים את יחסיו כמבוטח עם בעל הפוליסה ביום האחרון לחודש מסוים, יפקע תוקפו של הביטוח לגבי בתום אותו חודש מסוים.

13.2.2. בתום החודש בו הגיע המבוטח לגיל המרבי לביטוח. מובהר, כי אם המבוטח הגיע לגיל המרבי לביטוח ביום האחרון לחודש מסוים, יפקע תוקפו של הביטוח לגבי בתום אותו חודש מסוים.

13.2.3. יום תום תקופת הביטוח לפי סעיף 9 לפוליסה.

13.2.4. עם תשלום מלוא סכום הביטוח למקרה מוות מכל סיבה שהיא.

13.2.5. עם תשלום מלוא סכום הביטוח לפי נספח מנספחי הפוליסה אשר מבטל בהתאם לתנאי אותו נספח את תוקף הביטוח על פי הפוליסה.

14. **השתתפות ברווחים - השיעורים לחישובם:** כמפורט בנספח מספר 7 לפוליסה.

14.1. תקופת החשבון – מדי 24 חודשי ביטוח ובמועד סיום הפוליסה.

14.2. שיעור ההכנסות - 80 %.

14.3. שיעור הרווח - 85 %.

15. **נספחים נוספים:**

כתב מינוי מוטבים - כמפורט בנספח מספר 2 לפוליסה.

16. **כתובת הצדדים:**

חברה: ראול ולנברג 36 קרית עתידים תל אביב

בעל הפוליסה: ההגנה 23 באר שבע

17. **סוכן הביטוח:** סוכנות טרבלסי



1. הגדרות

- 1.1. מקרה הביטוח – מות המבוטח מכל סיבה שהיא.
1.2. סכום הביטוח – כמפורט בדף פרטי הביטוח.

2. חבות החברה

2.1. מוצהר ומוסכם בזה שעם קבלת הוכחה באופן סביר לבירור חבות החברה, מאת בעל הפוליסה או המוטב על קרות מקרה הביטוח של המבוטח, בהיות הפוליסה ונספח זה בתוקפם לגבי אותו מבוטח במועד קרות מקרה הביטוח, תשלם החברה למוטב(ים) את סכום הביטוח על פי נספח זה.

2.2. תוקף נספח זה יהיה בתקופת הביטוח בלבד, בכפוף לכך שהמבוטח חי במועד התחלת הנספח.

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.

4. בנוסף לחריגים המפורטים להלן בנספח זה מובהר, כי החברה לא תהא חייבת במתן תגמולי ביטוח על פי הפוליסה ו/או נספח זה, אם מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לפני מועד הצטרפות המבוטח לפוליסה כמפורט בסעיף 2 לפוליסה או לאחר תום תוקפה של הפוליסה כאמור בסעיף 2 לפוליסה או לאחר תום תוקפו של נספח זה.

5. תוקף הביטוח לפי פוליסה זו על כל נספחיה לגבי המבוטח יפקע באחד המקרים או באחד המועדים להלן, הקודם מבניהם:

- 5.1. עם תשלום מלוא סכום הביטוח על פי נספח זה.
5.2. במועד תום תקופת הביטוח או כאשר הפוליסה או נספח זה יבוטלו או יפקעו.
5.3. בתום החודש בו הגיע המבוטח לגיל המרבי לנספח זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח. מובהר, כי אם המבוטח הגיע לגיל המרבי לביטוח ביום האחרון לחודש מסוים, יפקע תוקפו של הביטוח לגביו בתום אותו חודש מסוים.
5.4. בתום החודש בו סיים המבוטח את קשריו עם בעל הפוליסה. מובהר, כי אם המבוטח סיים את קשריו עם בעל הפוליסה ביום האחרון לחודש מסוים, יפקע תוקפו של הביטוח לגביו בתום אותו חודש מסוים.

נספח זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.



1. הגדרות

1.1. מקרה הביטוח -

מותו של המבוטח, בין בתקופת הביטוח ובין לאחריה, כתוצאה מתאונה כהגדרתה להלן ובלבד שמות המבוטח ארע בתוך 37 חודשים ממועד קרות התאונה.

1.2. סכום הביטוח למקרה מות המבוטח מתאונה -

כמפורט בדף פרטי הביטוח.

1.3. תאונה -

אירוע פתאומי שלא תוכנן על ידי המבוטח וגרם לו נזק אשר מכוסה בנספח זה, למעט נזק שנגרם כתוצאה ישירה ממחלה. להסרת ספק מובהר בזה, כי לעניין הגדרה זו, מחלה כוללת גם מקרים של מוות כתוצאה מהתקף לב ומשבץ מוחי.

מונחים שלא הוגדרו בנספח זה, תקבע הגדרתם בהתאם לסעיף 1 להסכם (סעיף ההגדרות).

2. חבות החברה

2.1. מוצהר ומוסכם בזה שעם קבלת הוכחה באופן סביר לצורך בירור חבות החברה, מאת בעל הפוליסה או המוטב על קרות מקרה הביטוח של המבוטח, בהיות הפוליסה ונספח זה בתוקפם במועד קרות התאונה שגרמה למות מבוטח, תשלם החברה למוטב(ים) את סכום הביטוח למקרה מות המבוטח מתאונה, כמפורט לעיל, בנוסף לכל סכום ביטוח אחר שיגיע על פי הפוליסה.

2.2. תוקף נספח זה יהיה בתקופת הביטוח בלבד, בכפוף לכך שהמבוטח חי במועד התחלת הנספח.

3. בנוסף לחריגים המפורטים להלן בנספח זה מובהר, כי החברה לא תהא חייבת במתן תגמולי ביטוח על פי הפוליסה ו/או נספח זה, אם מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח או לפני מועד הצטרפות המבוטח לפוליסה כמפורט בסעיף 2 לפוליסה או לאחר תום תוקפה של הפוליסה כאמור בסעיף 2 לפוליסה או לאחר תום תוקפו של נספח זה.

4. הגבלת אחריות החברה:

החברה לא תהיה 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.

4.2. אלכוהוליזם או שימוש בסמים פרט למקרה של שימוש על פי הוראות רופא.

4.3. טיסת המבוטח בכלי טיס אזרחי כלשהו, פרט לטיסת המבוטח בכלי טיס אזרחי בעל רישיון טיס מתאים שהוצא על ידי שלטונות מוסמכים.

4.4. מלחמה, או סכסוך מזוין, פעולה מלחמתית או פעולת איבה של כוחות עוינים סדירים או בלתי סדירים או פעולה על רקע לאומני או התקוממות אזרחית.

4.5. השתתפות בפעולות מלחמתיות או בפעולות צבאיות, או פגיעה מנשק או תחמושת תוך כדי שירות צבאי או שירות המבוטח בצבא, אם המבוטח זכאי לפיצוי מגורם ממשלתי. מובהר, כי מקרה ביטוח שאירע למבוטח במהלך שירות צבאי או במילואים, יוחרג רק אם נבע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.

4.6. ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, קרינה מייננת, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי, כולל אטומי, כימי וביולוגי, או מטילים בליסטיים קונבנציונאליים.

4.7. ענפי ספורט שיש בהם סיכון מוגבר לעומת פעילות ספורט רגילה, וכוללים בדרך כלל אחד או יותר מהמרכיבים הבאים: מהירות, גובה וסכנה (להלן: "ספורט אתגרי"), כמפורט ברשימה באתר האינטרנט של החברה שכתובתו: www.clal.co.il, כפי שתהיה במועד שאירע מקרה הביטוח. מובהר, כי החריג האמור בסעיף קטן זה לא יחול על ספורט אתגרי שאינו מבוצע על ידי המבוטח כתחביב. לעניין סעיף זה "תחביב" - פעילות פנאי בה עוסק המבוטח על בסיס קבוע.

4.8. שבר הרניה.

4.9. פגיעה כתוצאה מצטברת של פגיעות זעירות (מיקרוראומה).

4.10. נהיגה ו/או רכיבה באופנוע ו/או בטרקטורון ו/או אופניים חשמליות ו/או כל כלי תחבורה דו גלגלי ממונע ו/או בעל מנוע חשמלי.

5. תוקף הביטוח לפי נספח זה יפקע באחד המקרים או באחד המועדים להלן, הקודם מבניהם:

5.1. תום נספח זה, למעט אם קרה מקרה הביטוח אחרי תום תקופת נספח זה, ובלבד שהתאונה ארעה לפני תום תקופת נספח זה.

5.2. עם תשלום מלוא סכום הביטוח על פי נספח זה.

5.3. במועד תום תקופת הביטוח או כאשר הפוליסה או נספח זה יבוטלו או יפקעו.

5.4. בתום החודש בו הגיע המבוטח לגיל המרבי לנספח זה, כמפורט בדף פרטי הביטוח. מובהר, כי אם המבוטח הגיע לגיל המרבי לביטוח ביום האחרון לחודש מסוים, יפקע תוקפו של הביטוח לגביו בתום אותו חודש מסוים.

5.5. בתום החודש בו סיים המבוטח את קשריו עם בעל הפוליסה. מובהר, כי אם המבוטח סיים את קשריו עם בעל הפוליסה ביום האחרון לחודש מסוים, יפקע תוקפו של הביטוח לגביו בתום אותו חודש מסוים.

נספח זה מהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה.



נספח מס' 6 - התאמת סכומי ביטוח במקרה הפסד

1. בתום כל 25 חודשי ביטוח יבוצע חישוב רווח והפסד לתקופת החשבון שהסתיימה סמוך לאותו מועד, וככל שקיים הפסד תבוצע התאמה של סכומי הביטוח זאת בהתאם לאמור להלן:
 - 1.1 "תקופת החשבון" – כהגדרתה בנספח 3.
 - 1.2 "תביעות" – סכומי הביטוח ששולמו, סכומי הביטוח שעומדים לתשלום (תביעות תלויות) ו IBNR במהלך תקופת החשבון.
 - 1.3 "הוצאות" – שיעור הוצאות 20%.
 - 1.4 "צפי גידול דמוגרפי" – שיעור של 3%.
 - 1.5 "הכנסות נטו" – סה"כ פרמיה שהתקבלה בגין תקופת החשבון בניכוי שיעור ההוצאות וצפי הגידול הדמוגרפי.
 - 1.6 "רווח" או "הפסד" – ההפרש (החיובי או השלילי) בין סך "ההכנסות נטו" ובין סך "התביעות" כאמור לעיל.
 - 1.7 "התאמת סכומי ביטוח" – במקרה בו תכנית הביטוח גרמה לחברה הפסד כאמור לעיל, יקטנו סכומי הביטוח בהתאם לשיעור ההפסד.
 - 1.8 "שיעור ההפסד" – ההפסד בתקופת החשבון מתוך הפרמיה באותה תקופת החשבון, באחוזים.
 - 1.9 "סף התאמה מקסימאלי" – יובהר כי סכומי הביטוח לא יותאמו בכל מועד התאמה מעבר לשיעור של 25%.
 - 1.10 "מגבלת התאמה" – במקרה בו תוצאת חישוב ההפסד תהיה עד 5% לא יותאמו סכומי הביטוח בתקופת הביטוח הבאה. במקרה בו תוצאת חישוב שיעור ההפסד תהיה מעל 5%, יותאמו סכומי הביטוח בהפרש שבין שיעור ההפסד לבין 5%.
 - 1.11 "מועד ההתאמה בפועל" – סכומי הביטוח יותאמו בהתאם לנספח זה החל מהחודש ה-26 ממועד תחילת הביטוח וכן בחודש ה-50 ממועד תחילת הביטוח בהתאמה וככל שתידרש התאמת סכומי ביטוח.
 - 1.12 מוצהר ומוסכם בזה כי כל הסכומים והחישובים האמורים לעיל יבוצעו תוך הצמדה למדד מן המדד הידוע ביום התשלום ועד המדד הידוע ביום עריכת החשבון. סכום הרווח לתשלום או סכום ההפסד יהיו צמודים למדד ממועד עריכת החשבון ועד למדד הקובע.



נספח מס' 7 - השתתפות ברווחים

1. לפחות שלושה חודשים מתום תקופת החשבון, לעיל ולהלן בנספח זה - כהגדרתה בסעיף 14.1 לדף פרטי הביטוח, תערוך החברה חשבון רווח והפסד.
2. אם ימצא כי בתקופת החשבון לגביה נערך החישוב קיים רווח, תזכה החברה את משלם הפרמיה באמצעות בעל הפוליסה בסכום הרווח לתשלום.
3. אם ימצא כי בתקופת החשבון לגביה נערך החישוב קיים הפסד, יצורף סכום ההפסד לסכום ההוצאות בחשבון הרווח וההפסד הבא, בין אם מכח פוליסה זו ובין אם מכח פוליסה קודמת, שפוליסה זו מהווה המשכה.
4. בעל הפוליסה מתחייב בזאת כי, במקרה שהמבוטחים משלמים את דמי הביטוח במלואם או חלקם, יוחזר הרווח למבוטחים ששלמו את דמי הביטוח, לרבות מבוטחים שאינם מבוטחים פעילים בעת חלוקת הרווחים בפוליסה, אך שילמו את דמי הביטוח.
5. חישוב הרווחים יעשה כמפורט להלן:

לעניין סעיף זה תהא למונחים הבאים המשמעות המופיעה לצידם:

"הכנסות" - סך הפרמיות אשר שולמו במסגרת הפוליסה עבור תקופת החשבון לגביה נערך החישוב כשהוא מוכפל בשיעור של 80%.

"הוצאות" - כל סכומי הביטוח אשר שולמו או עומדים לתשלום בגין תביעות ידועות ו-IBNR אשר מקורן בתקופת החשבון לגביה מתבצע החישוב בתוספת ההפסד מחשבון הרווח וההפסד הקודם, בין אם מכח פוליסה זו ובין אם מכח פוליסה קודמת שפוליסה זו מהווה המשכה, במידה וקיים הפסד כזה.

"רווח" - ההפרש בין ההכנסות להוצאות בתקופת החשבון אשר בה עולות ההכנסות על ההוצאות.

"הפסד" - ההפרש בין ההוצאות להכנסות בתקופת החשבון אשר בה עולות ההוצאות על ההכנסות. "סכום הרווח לתשלום" - הרווח כשהוא מוכפל בשיעור של 85%.

6. "עדכון חלוקת רווחים" – בתום כל 12 חודשים ממועד תום תקופת הביטוח ולמשך 5 שנים ממועד זה תעשה בדיקה בגין תביעות שנכללו בחשבונו הרווח והפסד שנערכו עד למועד הבדיקה. אם נכללה בחשבון הרווח והפסד תביעה שחלפה לגביה תקופת ההתיישנות ואשר טרם שולמה ולא התקבלה ביחס אליה תביעה או טענה אחרת, יחשב סכום התביעה האמור כרווח נוסף ויצטרף לרווח ו/או הפסד שהיה עד מועד עדכון חלוקת הרווחים, ובהתאם יבוצע מחדש חישוב סכום הרווח לתשלום בגין התקופה המצטברת עד מועד עדכון חלוקת הרווחים. ככל שתוצאת החישוב כאמור תהיה חיובית, תעביר חברת הביטוח לבעל הפוליסה את הרווחים בתוך 30 יום מתום כל שנה. בעל הפוליסה יהיה אחראי לתביעה ו/או דרישה בגינה בוצעה לחלוקת רווחים ואשר נכללה כרווח נוסף כאמור.

7. מוצהר ומוסכם בזה כי כל הסכומים והחישובים האמורים לעיל יבוצעו תוך הצמדה למדד מן המדד הידוע ביום התשלום ועד המדד הידוע ביום עריכת החשבון. סכום הרווח לתשלום או סכום ההפסד יהיו צמודים למדד ממועד עריכת החשבון ועד למדד הקובע.



נספח מס' 1 – הצהרת בעל הפוליסה
עפ"י תקנות הפיקוח על עסקי הביטוח [ביטוח
חיים קבוצתי] התשנ"ג 1993 – (להלן: "התקנות")

הואיל: וביקשנו מכם להתקשר בפוליסה לביטוח חיים קבוצתי, בהתאם לתקנות ביטוח חיים קבוצתי (להלן: "הפוליסה").

והואיל: ועל פי תקנה 5 לתקנות ביטוח חיים קבוצתי מצהיר בעל הפוליסה כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

לפיכך אנו מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

1. הריני מצהיר בזאת כי הנני פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים ואין לי כל טובת הנאה מהיותי בעל הפוליסה.

2. המבוטחים על פי הפוליסה הינם:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| עובדים של בעל הפוליסה. | ☐ |
| חברי תאגיד בעל הפוליסה, ובלבד שקבלת ביטוח חיים קבוצתי אינה המטרה העיקרית של התאגדותו. | ☒ |
| בני/בנות זוגם של הנ"ל. | ☐ |
| מקבלי שירות מבעל הפוליסה והשירות שהם מקבלים ממנו אינו בעסקי ביטוח ואין עיקרו של השירות בביטוח חיים קבוצתי. | ☐ |
- (נא לסמן X במשבצות המתאימות)

3. הפרמיות לפי הפוליסה:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| אינן משולמות על ידי המבוטחים. | ☐ |
| משולמות במלואן או בחלקן ע"י המבוטחים. | ☒ |

4. ידוע לנו כי אתם אחראים למסירת דף פרטי הביטוח והפוליסה לכל אחד מהמבוטחים ואנו נשתף פעולה עמכם ונמסור לכל אחד מן המבוטחים את דף פרטי הביטוח והפוליסה שימסרו לנו על ידיכם.

5. **ידוע לנו כי הפוליסה לא תחודש אם מספר המבוטחים, במועד החידוש יפחת ממספר המבוטחים הקבוע בהסדר התחיקתי.**

6. במקרים בהם הפרמיות עבור הביטוח על פי פוליסה זו משולמות במלואן או בחלקן ע"י המבוטחים, יכללו ברשימת המבוטחים שתימסר לכם על ידנו רק מי שנתנו הסכמתם בכתב לצירופם לביטוח ולתשלום חלקם של המבוטחים בפרמיה כאמור בסעיף 2.4 לפוליסה.

7. אנו מצהירים בזאת, הפנינו את תשומת ליבם המיוחדת של המבוטחים לצורך קביעת מוטבים ועל שבהעדר קביעת מוטבים ישולמו תגמולי הביטוח ליורשיו החוקיים של המבוטח.



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
891237323	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
891237323	ז	אינדימו	אולנה	1980 מאי 24	אמא	שד. בנימין 39/20, נתניה
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
	ז/נ					
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
	ז/נ					
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
	ז/נ					
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
	ז/נ					
מספר תעודת זהות	מין	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	קרבה למנוח	כתובת
	ז/נ					



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 אינדוסו	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
-----	------	------	-----	-----	----

פרטי תביעה

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 שרכין, 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

מספר תעודת זהות	שם פרטי	שם משפחה	סוג הקרבה למנוח	תאריך לידה



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 אליו, 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 _____



ויתור סודיות - יורשי מבוטח

האנשים ששמותיהם וחותמתם נמצאים בתחתית הטופס מצוינים להלן בסעיף זה הם היורשים של המנוח/ה המבוטח:

332731314

ת.ז.

ויקטוריה

שם פרטי

גליבין

שם משפחה

אנו הח"מ מוותרים בזה על הסודיות הרפואית בקשר למצב בריאותו של המנוח בחייו והתיעוד הקשור במותו ומתירים לכל מאן דבעי כולל לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או בתי החולים ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון - השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או למשטרת ישראל לרבות תיק החקירה המלא ממשטרת ישראל הנוגע לנסיבות הפטירה / לת"ן ו/או שירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין לרבות תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשטרת הגבולות ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור - מ.א.ר. ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או עיריות לרבות שירותי ומחלקות הרווחה השונים ו/או מד"א ו/או לשכת הבריאות ו/או מרכז השתלשלות ו/או למוסד לביטוח לאומי לרבות כל הנוגע לתשלומים ו/או לכל עובד ו/או מוסד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או השיקומי ו/או גמילה ו/או בתי אבות וכמו כן בהדגשה גם ל- _____ למסור **לכלל חברה לביטוח בע"מ** (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבו הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הכלכלי ו/או מצבו בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או הגנטי ו/או הנפשי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או מצבו הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחלה בה בעבר. כמו כן אנו נותנים רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או קרן מבטחים ו/או קרן מקפת ו/או עמיתים ו/או כל קרן פנסיה אחרת ו/או קופות גמל למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים, פוליסות, מידע רפואי לרבות ביחס למחלת האיידס, תשלומים ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות ו/או מחלות שעבר כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

בנוסף, ובלי לגרוע מהאמור בכתב ויתור סודיות זה, אנו נותנים בזאת רשות לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי (על כל מחלקותיו לרבות מחלקת גבייה מלא-שכירים ומחלקת רציפות בעבודה) או לכל עובד בתחום הסיעודי העובד במוסד לביטוח לאומי וכן לכל רופאיו והועדות הרפואיות למסור **לכלל חברה לביטוח בע"מ** או מי מטעמם או הבא מכוחם או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמם לאיסוף מידע (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי המוסד לביטוח לאומי ונותני השירותים שפורטו לעיל ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקשים לרבות בקשר ועל מצבו הבריאותי של המנוח או מצבו בתחום הסיעודי או השיקומי או מצבו הפסיכיאטרי של המנוח – לרבות כתוצאה ממנו. ובכלל זה מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם/וישלם למנוח ו/או ליורשיו ומשלם למנוח ו/או ליורשיו וכן על כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים או תאונת עבודה או כל מחלה שחלה בה המנוח.

אנו משחררים בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכן מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או חברות הביטוח ו/או קרנות הפנסיה מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או גנטי ומתירים להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים המפורטים. ידוע לנו שהמידע, כולו או חלקו, ישמר במאגרי המידע של חברת הביטוח ו/או מי מטעמה וזאת בכפוף להוראות כל דין.



הננו מותרים על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהיה לנו אל כל המוסדות המפורטים או מי מעובדיהם או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה או דרישה בקשר למסירת המידע כאמור לידי המבקשת. בקשתנו זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 והיא חלה לגבי כל מידע המפורט וכל מידע המצוי במאגרי המידע הממוחשבים. השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד. לראיה באנו על החתום: (היורשים המופיעים בצו הירושה). קטינים לא יחתמו אלא ימולאו הפרטים של הקטין (שם+ת.ז.) ובחתימה ימולאו פרטיו המלאים של האפוטרופוס + חתימת האפוטרופוס בשם הקטין.

שם	אולגה אינדויו	ת.ז.	332731298	חתימה	
שם	_____	ת.ז.	_____	חתימה	_____
שם	_____	ת.ז.	_____	חתימה	_____
שם	_____	ת.ז.	_____	חתימה	_____
שם	_____	ת.ז.	_____	חתימה	_____
שם	_____	ת.ז.	_____	חתימה	_____

עד לחתימה:

על עד מהימן לחתום חתימה וחותמת לרבות פרטיו המלאים: שם מלא + מ.ר או תעודת זהות
חתימת עד מהימן הינו: סוכן ביטוח בצירוף מס' רישיון, רופא, אחות, עו"ד, עובד סוציאלי, פסיכולוג, מורשה חתימה בבנק.



תאריך _____ ת"ז/מ.ר עד לחתימה _____ חתימה וחותמת העד: _____

חובה לצרף צו ירושה / צו קיום צוואה או לחלופין בקשה לצו ירושה / בקשה לצו קיום צוואה.



טופס הצהרת מוטב למקרה מוות

(תוספת שלישית לצו איסור הלבנת הון)

מס' פוליסה 4394119

אני אולגה אינדויטו (שם המוטב ובתאגיד מוטב - שם התאגיד)

בעל מספר זהות 332731298 מצהיר בזאת:

☒ אני פועל בשביל עצמי ולא בשביל אחר ואין נהנה זולתי מפעולת קבלת תגמולי הביטוח.
☒ הנהנים מקבלת תגמולי הביטוח הם:

שם	מספר ת.ז.*	תאריך לידה/התאגדות**	מען**
אולגה אינדויטו	332731298	24/05/1980	שד. בנימין 39/20, נתניה

☐ בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד):

שם	מספר ת.ז.*	תאריך לידה/התאגדות**	מען**



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.


חתימה

17/09/2024
תאריך

* לרבות שם המדינה שבה הוצא מסמך הזיהוי
** ימולא אם חסר שם או מספר זהות





תעודת פטירה

שם המשפחה	גליבין	השם הפרטי	ויקטוריה
שם הפרטי של האב	דמיטרי	השם הפרטי של האם	אולגה
תאריך הלידה העברי	ד' בתשרי התשס"ב	מספר הזהות	3 3273131 4
המין	נקבה	תאריך הלידה הגריגוריאני	21 בספטמבר 2001
הלאום	(---)	המצב האישי	רווקה
תאריך הפטירה העברי	ט"ו באדר ב' התשפ"ד	הדת	(---)
מקום הפטירה	נתניה	תאריך הפטירה הגריגוריאני	25 במרץ 2024
סיבות הפטירה			



הנני מאשר כי הפטירה נרשמה במנקס הפטירות לשנת 2024 והתעודה ניתנה בהתאם לסעיף 30 לחוק מרשם האוכלוסין תשכ"ה - 1965.

הוצאה בלשכת רשות האוכלוסין וההגירה בחולון

בתאריך י"ז באדר ב' התשפ"ד 27 במרץ 2024



תעודה זו הונפקה מהמערכת הממוחשבת של מרשם האוכלוסין

ד"ר יעקב

משרד הפנים - נתניה

לכבוד
משפחת גליבין

שד בנימין 39 דירח 20
נתניה 4231202



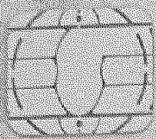
משרד הפנים
وزارة الداخلية



מדינת ישראל
دولة اسرائيل

תעודת זהות
بطاقة هوية

שם המשפחה
אנדויטו



השם הפרטי
אולגה

תאריך הלידה

ט' בסיון התש"ס

24.05.1980

תאריך הנפקה

כ"ג בחשוון התש"פ

21.11.2019

בחוקף עד סגור המעוף

י"ב בכסלו התש"ף

19.11.2029



מספר הזהות

3 3273129 8

משרד הפנים
وزارة الداخلية

מדינת ישראל
دولة اسرائيل

תעודת זהות
بطاقة هوية

שם המשפחה
אנדויטו

השם הפרטי
אולגה

תאריך הלידה

ט' בסיון התש"ס

24.05.1980

תאריך הנפקה

כ"ג בחשוון התש"פ

21.11.2019

בחוקף עד סגור המעוף

י"ב בכסלו התש"ף

19.11.2029

מספר הזהות

3 3273129 8

השם הפרטי

אולגה

תאריך הלידה

ט' בסיון התש"ס

24.05.1980

תאריך הנפקה

כ"ג בחשוון התש"פ

21.11.2019

בחוקף עד סגור המעוף

י"ב בכסלו התש"ף

19.11.2029



מדינת ישראל

תיק מס' 382422

בפני הרשם לענייני ירושה
בתל אביב

צו ירושה

בעניין עיזבון המנוחה ויקטוריה גליבין ז"ל, מס' ת"ז 332731314, שנפטרה ביום 25/03/2024 ומענה היה נתניה.

אני מצהירה כי :

שמות יורשיה על פי דין של המנוחה וחלקו היחסי של כל אחד מהם בעיזבון הם :

<u>שם היורש</u>	<u>מס' ת"ז</u>	<u>הקרבה</u>	<u>החלק</u>
אולגה אינדויטו	332731298	אם	1\2
דמיטרי גליבין	ת"ז מולדובית 0973005037998	אב	1\2



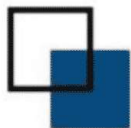
צו זה ניתן היום : כ"ח אב תשפ"ד
(01/09/2024).

גלי נווה
רשם/ת לענייני ירושה

הצו נחתם ע"י גלי נווה רשם/ת לענייני ירושה



צו זה אושר ונחתם אלקטרונית
לצפייה בפרטי החתימה האלקטרונית
לחץ על לוח החתימה



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדואל
מבלי לפגוע בזכויות

נובמבר 2024
Office@freiberg-law.com

נשלח בשנית-

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד

לכבוד
עו"ד עדן שפרין
מחלקת תביעות חיים
כלל חברה לביטוח בע"מ

א.ג.נ שלום רב,

הנדון: ויקטוריה גליבין ז"ל, ת.ז. 332731314
פוליסה שמספרה 3947465

1. הח"מ ייצג את הנפגעת שבנדון, המנוחה אשר נפטרה בתאריך 25/3/2024.
2. אם המנוחה, הגב אולגה אינדויטו, הינה יורשת חוקית בהתאם לצו הירושה שניתן ביום 1/9/2024.
3. מצ"ב צו ירושה יפוי כח וטופס וס"ר חתומים ע"י אם המנוחה, היורשת כאמור.
4. הובא לעיוני מכתבכם למשפחת המנוחה מתאריך 13.10.2024 לפיו החלטת לדחות את התביעה מן הטעם של היעדר כיסוי.
5. דא עקא, המנוחה מבוטחת בחברתכם במסגרת פוליסה קבוצתית- ארגון נכי תאונות עבודה.
6. טענתכם לפיה "לא נמצא שמה של המנוחה כמי שמבוטחת וששולמה בגינו פרמיה" אינה יכולה לעמוד שהרי המנוחה בוטחה על ידכם במסגרת הפוליסה האמורה נוכח היותה נפגעת עבודה ונכותה נקבעה בשיעור של 100% בגין קטיעת רגל מלאה ומצב נפשי, הפרמיה, ככלל הפרמיות בפוליסה שבנדון משולמות ע"י המוסד לביטוח לאומי.
7. המנוחה אשר מבוטחת מכח החוק והוראות הביטוח הלאומי מבוטחת על ידי חברתכם ושולמו פרמיות ביטוח ע"י המל"ל בהתאם לדין.
8. אשר על כן, על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות, לרבות גורמים נוספים, הנכם נדרשים בזאת להורות על תשלום תגמולי ביטוח והעברתם לפקודת חשבון פקדונות הח"מ, לפקודת אריאל פרייברג, עו"ד.



בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין

טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית

חלק א'

אני החתום מטה: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות 332731298	שם האב
'	39	מס'	טלפון
רחוב	עיר	מיקוד	טלפון

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופת-החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל- _____ (להלן: "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת.

אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדיהם, כולל בתי-חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי, כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופת-החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהלן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופת-החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.



למרות האמור לעיל לא יחול כתב ויתור על סודיות זה על המוסדות הבאים: _____
או על המידע המפורט להלן: _____

חלק ב'

שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____
רופאים: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
מכונים, מעבדות: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

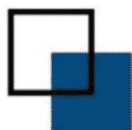
מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין: שם האם _____ ת.ז. _____ שם האב _____ ת.ז. _____

תאריך: 23/9/24 עד לחתימה ומס' ת.ז. _____

אריאל פרידלנד, עו"ד חתימה: _____

מ.ר. 62254



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדואל
מבלי לפגוע בזכויות

דצמבר 09 2024
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין

משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד

יגאל רסקין, עו"ד



לכבוד
עו"ד עדן שפרין
מחלקת תביעות חיים
כלל חברה לביטוח בע"מ

א.ג.נ שלום רב,

הנדון: ויקטוריה גליבין ז"ל, ת.ז. 332731314
פוליסה שמשפרה 3947465

1. בהמשך לשיחתנו ובהמשך למכתביי הריני מתכבד לפנות כדלקמן:
2. כאמור, המנוחה הוכרה כנכה בשיעור 100% ובמסגרת הכרתה ונכותה בוטחה ע"י המל"ל בחברתכם.
3. מצ"ב פירוט תשלומים מטעמו של המל"ל.
4. מפירוט המל"ל עולה כי שולמו תגמולי ביטוח ע"י במסגרת הביטוח הקולקטיבי בחברתכם.
5. אודה לקבלת מכתב המפרט את מלוא התגמולים ששולמו ע"י המל"ל לחברתכם בעניינה של המנוחה.
6. כן, על מנת לייתר את הצורך בפניה לערכאות וניהול הליך כנגד חברתכם וכנגד המל"ל אודה לעיונכם וטיפולכם המסור בתשלום תגמולי הביטוח להם זכאי עזבון המנוחה.
7. לעיונכם וטיפולכם המסור והמהיר אודה.



בכבוד רב ובב"ח,
אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



המוסד לביטוח לאומי

סניף: נתניה
טלפון: *6050 04-8812345

ז' בכסלו, תשפ"ה
08 בדצמבר 2024

מספר תיק: 33/273131-00-11

לכבוד
עוזי אריאל פרייברג משרד ע
דרך אבא הלל 7
רמת גן 5252204

הנדון: אישור על תשלומים בגמלת נכות מעבודה מתחילת הזכאות

אנו מאשרים כי עבור גב' גליבין ויקטוריה, מספר זהות 33273131/4 שולמה גמלת נכות מעבודה עקב פגיעה בעבודה מיום 23/09/2019 דרגת הנכות האחרונה שנקבעה לגב' גליבין ויקטוריה על ידי ועדה רפואית היא בשיעור 100.00% יציבה מתאריך 01/01/2021 ש"ח.

הגמלאות חושבו לפי שער רבע שנתי (בסיס) על סך 10,963 ש"ח.
להלן פירוט התשלומים:

תאריך תשלום	הרכב תשלום	סה"כ תשלום ברוטו	פירוט ניכויים/חיובות					סה"כ ניכויים	סה"כ לתשלום נטו
			ביטוח בריאות	ארגון נכים	גמלת יתר	ביטוח הדי	קיצוזים תאור	סכום	
2023	5,647	84,828	672	11		45		728	84,100
2024	5,833	8,732		11		45		1,950	6,782
סה"כ	11,480	93,560	672	22		90		2,678	90,882
								1,894	
								1,894	



בכבוד רב,
בעדש סולי
נציג שירות
המוסד לביטוח לאומי

אישור זה תקף רק עם חותמת המוסד.
בכל מקרה של סתירה בין הדשים באישור זה לבין תרשומים בקובץ המידע של המוסד ראו בהינתן של המבטות, תרשומים שבדי המוסד קובעים.





המוסד לביטוח לאומי

רמות גן 5252204
דרך אבא הלל 7
עו"ד אריאל פרייברג משרד ע
לכבוד

טלפון : 04-8812345
סניף : נתניה

ז' בכסלו, תשפ"ד
2024 בדצמבר 08

מספר תיק: 33/273131-00-11

הנדון: אישור על תשלומים בגמלת נכות מעבודה בשנת 2023

אנו מאשרים כי עבור גבי גליצין ויקטוריה, מספר זהות 3273131/4 על-פי הוראות פרק ה' לחוק הביטוח הלאומי תנודין: איש

להלן פירוט התשלומים:

נסו לתשלום	סה"כ ניכויים	פירוט ניכויים/חובות					סה"כ תשלום ברוטו	הרכב תשלום			תאריך תשלום	
		קינזויים		ביטוח חברי	גמלת יתר	אדגון נכים		ביטוח בריאות	תשלום ברוטו	סכום		תאריך תשלום
		תאור	סכום									
78,509	672					672	79,181	1,541	הצמדה לזכות 09/2022-11/2023	5,647	07/12/2023	
5,591	56		45			11	5,647			5,647	21/12/2023	
84,100	728		45			11	84,828	79,181		5,647		

אישור זה תקף רק עם חתימת המוסד.
בכל מקרה של סתירה בין הרישום באישור זה לבין הרישומים בקובץ המידע של המוסד תאו בתוקף של המבוסס, הרישומים שבדף המוסד סובלים.



המוסד לביטוח לאומי
נציג שירות
בעד שסלי
בכבוד רב,