



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	שם הסוכן
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

דף הנחיות לטופס 791 הגשת בקשה למשיכת כספי נפטר – מתחת ל-8,000 ₪

הננו משתתפים בצערכם על פטירת יקירכם, על מנת לסייע לנו לטפל בבקשתכם בצורה יעילה ומהירה ולצורך ביצוע תשלום הכספים אשר נצברו על שם המנוח/ה נודה לקבלת המסמכים המפורטים.
באם הנכם מעוניינים שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתכם, יש למלא או לחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס התביעה. באפשרותכם לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר התביעה, מהלכה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות:
- דואר אלקטרוני מאובטח. תנאי למשלוח הודעות באמצעי זה הינו מסירת מספר טלפון נייד עדכני ותקין אליו תשלח סיסמה לצורך פתיחת ההודעה.
- דואר ישראל לכתובת המפורטת בטופס זה.
- פקס.
נבקש לסמן את הבחירה על גבי טופס זה במקום המיועד לכך בטופס התביעה.

מסמכים שיש לצרף:

1. טופס "הגשת בקשה למשיכת כספי נפטר – מתחת ל 8,000 ₪"
2. תעודת פטירה
3. תצלום תעודת זהות כולל ספח
4. אישור על סיבת הפטירה וכל אישור רפואי אחר הקשור למקרה.
5. במקרה של תביעת קטין יש למלא כתב שיפוי (מצ"ב) ולצרף תצלום תעודת זהות + ספח של שני ההורים.
6. הצהרה וכתב התחייבות ושיפוי חתום על ידי גורם מזהה
7. טופס "ויתור על סודיות רפואית-יורשים", כולל סעיף עד לחתימה (עד לחתימה יכול להיות – עו"ד/ רופא/ אחות/ עובד סוציאלי/ פסיכולוג/ מורשה חתימה בבנק/ סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח או תצלום רישיון סוכן תקף) (מצ"ב).
- עד לחתימה נדרש על פי חוזר משרד הבריאות 15/2003 מתאריך 9.3.2003.

כללי הזכאות להגשת התביעה:

1. בחשבון המבוטח שנפטר לא מונו מוטבים.
2. יתרת הכספים בחשבון המבוטח שנפטר אינה עולה על 8,000 ₪ במועד בו הוגשה התביעה למשיכת הכספים מהחשבון. (סכום המגבלה צמוד למדד בגין מאי 2017).
3. עברו לפחות 3 שנים מפטירת המבוטח.
4. המבקשים למשוך את הכספים חתמו על כתב שיפוי למשיכת כספים.
5. המבקשים למשוך את הכספים הם בן זוגו, הורה או ילדו של המבוטח.
6. לא הוצא צו ירושה או צו קיום צוואה לגבי עזבון המבוטח שנפטר.

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים:
במייל – ptiratviot@migdal.co.il / פקס – 076-8869734
דואר ישראל- לכתובת המופיעה מטה: עבור תביעות חיים

מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן הזכאות לכיסוי הביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה, במידה וידרשו מסמכים נוספים נודיע על כך ובנוסף תישלח הודעה בכתב. לידיעתכם, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

אנו מודים על שיתוף הפעולה
בברכה,
תביעות חיים

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 626



011067910105210617

עמוד 1 מתוך 5 דפים



שם הסוכן	מספר פוליסה
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

הגשת בקשה למשיכת כספי נפטר – מתחת ל-8,000 ₪

טופס מספר 791

א. פרטי הנפטר						
שם פרטי		שם משפחה			מספר זהות	
שם איש קשר		מיקוד	יישוב	מס' דירה	מס' בית	כתובת מגורים (רחוב)
מספר טלפון נייד		מספר טלפון בבית				
מספר פקס	דואר אלקטרוני		עובד חברה			
			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>			
באפשרותכם לבחור את אופן משלוח ההודעות באחת מהדרכים הבאות: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> פקס <input type="checkbox"/> במידה ולא התקבל כל תשובה, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה. * יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח.						

ב. פרטים על מקרה הפטירה		
תאריך הפטירה	שעת הפטירה	סיבת הפטירה
	:	
תיאור נסיבות הפטירה:		

ג. פרטי רופאים ומוסדות מטפלים			
קופת חולים של הנפטר		שם סניף	כתובת (רחוב, מספר בית, יישוב)
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת			
פרטי הרופאים שטיפלו בנפטר			
שם	כתובת		
	כתובת		
	כתובת		
האם הנפטר היה מבטח בביטוח חיים בחברות אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט: _____			

ד. פרטי מוסר ההודעה				
מספר זהות		שם משפחה	שם פרטי	קרבה לנפטר
כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב)		מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד

* במקרה וקיים יותר ממוטב אחד, על כל אחד מהמוטבים למלא סעיף זה ולצרף תצלום המחאה מבוטלת / מקורית לפי גובה תגמולי הביטוח.



011067910205210617

קוד מסמך: 626 עמוד 2 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

שם הסוכן	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון



ה. בקשה להפקדת תגמולי ביטוח לחשבון בנק*

אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולי הביטוח

מספר חשבון	שם בעל החשבון	שם בנק	קוד בנק	מספר סניף
כתובת בנק (רחוב)	מס' בית	יישוב	מיקוד	

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן/בת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

חתימה★

תאריך

ו. מינוי סוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר / גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו בכלל זאת להגיש למגדל ולקבל ממגדל את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

חתימת המבוטח★

תאריך

ז. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

חתימת המבוטח★

מספר זהות

שם פרטי ומשפחה

תאריך



011067910305210617

עמוד 3 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 626



לכבוד
מגדל חברה לביטוח בע"מ
(להלן: "החברה")

משיכת כספים מחשבון מבוטח שנפטר עם יתרה נמוכה – הצהרה וכתב התחייבות ושיפוי

טופס מספר **791**

הואיל והמבוטח _____ ת.ז. _____ (להלן: "הנפטר"),

נפטר ביום _____ לחודש _____ שנה _____.

והואיל והחברה מחזיקה בכספים על שמו של הנפטר (להלן: "כספי הנפטר");

והואיל והנני יורש הנפטר מכוח היותי הורה / בן זוג / ילד;

והואיל והנני זכאי לחלק של % _____ מכספי הנפטר מכוח היותי יורש;

לפיכך, אני הח"מ _____ ת.ז. מספר _____, בן / בת / הורה / בן זוג / בת זוג של הנפטר
(יש למחוק את המיותר), מצהיר ומתחייב בזאת כדלקמן:

- הנני מצהיר כי אני זכאי לחלק של % _____ מכספי הנפטר מכוח היותי הורה / בן זוג / ילד של הנפטר, כיוורש לפי דין.
- הנני מצהיר כי למיטב ידיעתי ואמונתי אין יורשים אחרים ו/או צוואה סותרת של הנפטר ו/או הליכים משפטיים קיימים ו/או צפויים בקשר עם עיזבון הנפטר, לרבות בקשות אחרות ו/או נוספות לצו ירושה, צו קיום צוואה, התנגדויות למיניהן והליכי ערעור למיניהם, אשר קיומם סותר, או עלול לסתור את האמור בסעיף 1 לעיל.
- הנני מצהיר כי היה ובעתיד יינתנו החלטות שיפוטיות כלשהן הסותרות את האמור בסעיף 1 לעיל, אמציא החלטות אלה לחברה באופן מדי.
- הנני מתחייב כי היה והחברה תחויב ו/או תתבקש להעביר לצד ג' כלשהו את כספי הנפטר שהעבירה אליי, בהתאם להצהרתי לעיל, כי אז אחזיר לחברה, בתוך 7 ימים מיום קבלת דרישתה הראשונה, כל נכס שתחויב ו/או תתבקש להעביר כאמור בצירוף הפרשי ריבית והצמדה או הפרשי תשואה, לפי הגבוה, וכן אצפה ו/או אשפה את החברה על כל נזק מכל מין וסוג שהוא שיגרם לה בעקבות פנייה ו/או חיוב כאמור.
- הנני מתחייב לשפות ו/או לפצות את החברה בגין כל נזק ו/או הוצאה מכל מין וסוג שהוא שיגרמו לה אם יתברר כי הצהרתי הנ"ל אינה נכונה בחלקה או במלואה ו/או אם יתברר כי אינני זכאי לכספי הנפטר שהעבירה אליי החברה כאמור לעיל, וזאת מכל סיבה שהיא.
- הנני מצהיר ומתחייב בפניכם כי הצהרה וכתב שיפוי זה נחתמו על ידי מרצוני החופשי וכי הנני מבין את משמעותם ונפקותם.

ולראיה באתי על החתום:

★ חתימה

תאריך

אישור

הנני מאשר כי ביום _____ חתם/ה בפני _____, עו"ד / נציג החברה / נציג הבנק
מר/גב' _____ שזיהה/תה עצמו/ה על ידי ת.ז. שמספרה _____, על הצהרה
והתחייבות זו מרצונו/ה החופשי, לאחר שקרא/ה אותה לפני והבין/ה את תוכנה משמעותה ותוצאותיה.

חתימה וחותמת
עו"ד/נציג החברה/
נציג הבנק ★

תאריך



011067910405210617

קוד מסמך: 626 עמוד 4 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 626



שם הסוכן	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

ייתור על סודיות רפואית - יורשים

א. פרטי המצהיר - במידה ומדובר בקטין, חלק זה ימלא ע"י אפוטרופוס הקטין						
מספר זהות	שם משפחה		שם פרטי		שם האב	
רחוב	מס' בית	מס' דירה	יישוב		מיקוד	קרבה למבוטח
מספר טלפון	מספר טלפון נייד		דואר אלקטרוני			

ב. פרטי המבוטח ז"ל						
מספר זהות	שם משפחה		שם פרטי		שם האב	
שם קופת חולים	סניף		מספר חבר		שם הרופא המטפל	
מספר אישי בצה"ל	סניף מוסד לביטוח לאומי בו טופלה התביעה					

ג. הצהרת ייתור סודיות

אנו החתומים מטה, יורשיו הבלעדיים של המנוח _____ (להלן: "המנוח") נותנים בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ולקופת חולים ו/או בית חולים, כל רופא ו/או המוסד לביטוח לאומי על כל מחלקותיו ובכלל זה מחלקת השיקום, וכן משרד הביטחון על כל רופאיו והועדות הרפואיות ו/או הלשכה לתלונות ופניות הציבור במשרד הביטחון, לרבות השתלשלות פרופיל ו/או שלטונות צה"ל ו/או לכל חברות הביטוח ו/או קרנות הפנסיה למשרד הפנים ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למכון מור ו/או לבי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או אדם אחר כלשהו למסור ל ו/או מי מטעמם את כל המידע ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש הנ"ל על מצב בריאותו ו/או מצבו הסוציאלי ו/או מצבו בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או הפסיכיאטרי של המנוח ובכלל זה כל פגיעה כתוצאה מתאונת דרכים ו/או תאונת עבודה ו/או כל מחלה שחלה בה ואנו משחררים אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או כל עובד מעובדיכם ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבו הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פגיעתו ו/או מחלתו של המנוח הנ"ל המוותרים על סודיות זו כלפי הנ"ל ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לאמור בכתב ויתור זה. הננו מייפים את כוחם של הנ"ל ו/או של כל רופא מטעמכם להגיש בשמינו בקשת עיון ולעיין במידע אודות המנוח, המצוי במאגר המידע שבבעלותכם ו/או בחזקתכם.

מבלי לפגוע באמור לעיל הרינו מתירים בזאת לתת מידע מכל תיק שנפתח על שם המנוח במוסד לביטוח לאומי כולל מידע על תשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם למנוח ומשלם לנו ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע מסוג כלשהו כמפורט לעיל.

כתב ויתור זה מחייב אותנו, את עיזבון המנוח ובאי כוחותינו החוקיים וכן מי שייבא במקומו.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	חתימה
				★
				★
				★

ד. ייפוי כוח

הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך: _____ שם פרטי ושם משפחה: _____ חתימה: ★ _____

ה. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח.

תאריך: _____ שם העד לחתימה: _____ מספר זהות: _____ חתימת העד וחותמת כולל מספר רישיון: ★ _____

ו. חתימת המצהיר

תאריך: _____ מספר זהות: _____ חתימת התובע: ★ _____



011060000505241217

עמוד 5 מתוך 5 דפים

קוד מסמך: 106