

א. פרטים כלליים:

פוליסה לביטוח חיים/ גמלה מס': _____ מס' ת.ז.: _____
 בעלת הפוליסה: _____ המבוטח/ת: _____
 כתובת המבוטח/ת: _____ מיקוד: _____ טלפון: _____
 אם התובע/ת איננו/ה המבוטח, נא לתת פרטים על התובע/ת: _____

ב. פרטים נוספים על המבוטח/ת:

תאריך לידה: _____ מקצוע/משלח יד: _____
 באיזו קופת חולים את/ה מטופל/ת: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____
 שם רופא הבית וכתובתו: _____
 אם שינית את המקצוע / משלח יד/ עיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל, נא למסור פרטים על כך: _____
 העיסוק לפני קרות האירוע: _____

ג. פרטים על האירוע:

1. האם אי הכושר הנטען נגרם ע"י תאונה או מחלה? _____
2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____
3. פרטים על מהלך סיבות ותוצאות התאונה / המחלה: _____
4. מיהם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בקשר לאירוע זה? _____
5. האם את/ה עדיין מאושפז/ת בבית חולים / בית החלמה? אם כן, פרט: _____
6. מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעביד: _____
7. מה הייתה ההכנסה החודשית ברוטו טרם קרות התאונה / מחלה: _____
8. נא למסור תיאור מפורט על עבודתך ערב האירוע: _____
9. האם הינך: עצמאי/ת / שכירה (הקף בעיגול). _____
10. האם את/ה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות רופא? _____
11. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז התחילה המחלה. אם כן מתי זה היה? _____
12. האם את/ה מסוגלת לעבודה כלשהי? כן לא אם כן איזה סוג של עבודה? _____
13. האם את/ה עוסק/ת עכשיו באיזו עבודה למען שכר או תגמול? כן לא אם כן מה? ומה ההכנסה החודשית ברוטו? _____
14. האם תוכלי לפי דעתך לשוב לעבודתך שעבדת בה או לעיסוקך שעסקת בו טרם קרות האירוע? כן לא אם לא, מדוע? _____
15. האם תוכלי לדעתך לעבוד בעבודה אחרת או בעיסוק שונה? כן לא אם כן, איזה? _____

16. אם יש לך ביטוחים אחרים המכסים נכות מתאונה ו/או אי כושר עבודה ו/או מחלה, נא למסור פרטים:

(שם החברה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד):

17. האם הגשת תביעה בגין האירוע למוסד לביטוח לאומי? כן לא ו/או לכל גורם אחר: כן לא

אם כן, פרט:

18. האם את/ה מקבל או קיבלת תשלומים חודשיים בגין אי הכושר לעבודה או בגין הפנסיה שמקורם ממעבידך, חברת ביטוח, קרן פנסיה, ביטוח לאומי, צה"ל וכיוצא בזה? כן לא

אם כן: מקור התשלום: _____ הסכום החודשי: _____ תקופת התשלום: _____

19. האם הגשת תביעה בגין האירוע לגורם נוסף בחברת מגדל?

אם כן מספר התביעה: _____ באיזה מחלקה: _____

אני (המבטוח/ת) _____ מצהיר/ה בזאת כי כל האמור לעיל הוא נכון וכי לא העלמתי דבר הקשור

עם התביעה הנוכחית.

אני המבטוח/ת / התובע/ת, מבקש לאור כל האמור לעיל:

- לשלם לי / לתובע/ת, את סכום הביטוח לפי ההרחבה הנ"ל (*),

- לשחרר את בעל הפוליסות מתשלום פרמיות בעד הפוליסה (*) וזאת על פי ההרחבה הנ"ל.

(* מחק את המיותר.)

תאריך: _____ חתימה: X _____

לצורך הגשת התביעה יש לצרף לטופס ההודעה את המסמכים הבאים:

1. מסמכים רפואיים מרופא מומחה מטפל, סיכומי אשפוז במידה ויש, החלטת המוסד לביטוח לאומי כולל פרוטוקול מלא במידה והוגשה תביעה למלל.
2. במקרה תביעה לפיצוי בגין אי כושר עבודה יש לצרף 12 תלושי שכר אשר קדמו לאירוע.
3. באם הינך עצמאי/ת יש לצרף אישור הכנסות מרו"ח לשנה שקדמה לאירוע ו/או דוח שומה מרשויות המס.
4. באם הינך שכיר/ה יש לצרף אישור מהמעביד על תאריך הפסקת העבודה והיקף המשרה.

אנא העבירו כל המסמכים הרשומים מעלה למען נוכל לטפל בתביעתכם במהירות וביעילות.

ייתכן כי בעת בדיקת התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים.

שמגד מוקד תביעות
טל - 03-929-5099

מגדל חברה לביטוח בע"מ
רח' היצירה 3, קרית אריה
פתח תקוה 49512

WWW.MIGDAL.CO.IL

ויתור על סודיות רפואית וכללית

חלק א' אני הח"מ מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו):

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
רחוב	מספר	ישוב	מיקוד
טלפון			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העלייה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל: _____ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או הישגיי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון 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, מחובת שמירה על סודיות לרבות 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, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, 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 קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן. נותני השירותים שיפורטו להלן.

חלק ב' שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____

שמות נותני השירותים:

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	עד לחתימה מס' ת"ז	חתימה
(במקרה של קטין – חתימת האפוטרופוס)		

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

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
-------	-------------------	-------