

הודעת מבטוח – תביעה לתשלום בגין ביטוח סיעודי

א. פרטים כלליים:

מספר פוליסה: _____
בעלת הפוליסה: _____

ב. פרטי המבוטח/ת:

שם ומשפחה: _____ מס' ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____
כתובת: _____ מיקוד: _____ טלפון: _____
באיזו קופת חולים את/ה מטופלת: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____
שם רופא הבית וכתובת: _____

ג. פרטי מקרה הביטוח:

1. האם המצב הסיעודי נגרם ע"י תאונה או מחלה? פרט: _____
2. מתי קרה האירוע או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____
3. פרטים על מהלך סיבות ותוצאות התאונה/המחלה: _____
4. מיהם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו במבוטח/ת בקשר לתאונה/מחלה הנוכחית? _____
5. האם המבוטח/ת מאושפז/ת בגין האירוע הביטוחי בבית חולים כללי? בבית החלמה? בבי"ח סיעודי? האם קיבלה/ה סיוע בבית ע"י אח/ות סיעודי/ית? אם כן, פרט: _____
6. פרטי נותן הסיוע: שם: _____ כתובת: _____ טלפון: _____
האם יש צפי לשיפור במצב התפקודי של המבוטח/ת? האם צפויה הידרדרות? _____
7. האם המצב צפוי להישאר סטטי? _____
פרוט השירותים הסיעודיים הניתנים כיום: _____
ע"י מי ניתנים: _____

אני (המבוטח/ת) _____ מצהירה בזאת כי כל האמור לעיל הוא נכון וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

אני מבקש לאור האמור לעיל, לשלם לי את הפיצוי לפי תנאי הפוליסה.

תאריך: _____ חתימה: X _____

לצורך הגשת התביעה יש לצרף לטופס ההודעה את המסמכים הבאים:

1. מסמך רפואי עדכני מהרופא המטפל.

2. סיכומי אישפוז במידה וקיימים.

3. צילום תעודת זהות של המבוטח.

4. טופס ויתור סודיות רפואית חתום (מצורף).

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

שאלון הערכה תפקודית

שאלון זה ימולא ע"י הרופא המטפל

הפעילות	הערכת מצב תפקודי ניידות ותפקוד בסיסי	לפני הארוע	אחרי הארוע	הערות
רחצה	מתרחץ ללא עזרה			
	זקוק לעזרה חלקית במקלחת			
	זקוק לעזרה מלאה במקלחת			
	זקוק לעזרה בגילוח (כן / לא)			
	יש לרצו במיטה			
אכילה	עצמאי			
	זקוק לעזרה			
	זקוק להאכלה מלאה			
הלבשה	עצמאי			
	זקוק לעזרה חלקית			
	זקוק לעזרה מלאה			
	הערכת ניידות ותפקוד בסיסי			
ניידות	מהלך בלי כל עזרה – הליכה יציבה			
	מתהלך בעצמו – הליכה בלתי יציבה/ בעיות בשיווי משקל			
	מתהלך בעצמו באמצעות הליכון / קביים / תותבת. כן / לא פרט:			
	מרותק לכיסא גלגלים ומסוגל לנוע בלי עזרה			
	מרותק לכיסא זקוק למישהו להסיעו			
	מרותק למיטה ואין אפשרות להורידו לכיסא.			
	יורד בלי עזרה מהמיטה לכיסא			
	זקוק לעזרה על מנת לקום ולשכב			
שליטה על סוגרים	הערכת ניידות ותפקוד בסיסי			
	שולט על מתן שתן ופעולות מעיים			
	אינו שולט על פעולות מעיים			
	אינו שולט על מתן שתן			
	זקוק לקטטר/טיטול			

שם הרופא המדווח: _____

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 _____