

שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	
מספר תביעה	

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

דף הנחיות לטופס הגשת תביעה - סיעוד

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן.
באפשרותך 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 סימנה לצורך פתיחת ההודעה
- דואר ישראל לכתובת המפורטת בטופס זה
- פקס

נבקשך לסמן את בחירתך על גבי טופס זה במקום המיועד לכך בטופס התביעה.

מסמכים שיש לצרף:

1. טופס "הגשת תביעה - סיעוד"

חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח כולל:

- פרטים אישיים פרטים אודות האירוע, עבר סיעודי, פרטים רפואיים, ויתור סודיות רפואית.

חלק ב' - נועד למילוי בידי הרופא המטפל או בצירוף מסמך מהרופא. כולל: שאלון הערכה תפקודית (מצ"ב).

2. תצלום מסמכים רפואיים:

- במידה והמבוטח השתחרר מאשפוז או משיקום, נא לצרף העתק מטופס השחרור.

- מבוטח המאובחן כחולה דמנציה / תשוש נפש - נא לצרף העתק מחוות דעת של רופא כגון: גריאטר / פסיכוגריאטר / נויורוגריאטר
בדבר מועד אבחון המחלה ואישור הצורך בהשגחה.
- תוצאות בדיקות וכל מסמך רפואי רלוונטי.

3. תצלום מלא של תעודת הזהות כולל הספח.

4. תצלום המחאה מבוטלת / אסמכתא מהבנק בנוגע לפרטי חשבון בנק המבוטח.

**בגין תביעת המשך לתגמולי ביטוח נא העבר טופס "הגשת בקשה - בדיקת זכאות לחידוש תשלומים בתביעת סיעוד" (מצ"ב).
לטופס זה צרף:**

- אישורים רפואיים מרופא מומחה ו/או מקופת חולים/בתי חולים המעידים על מצב סיעודי עדכני.
- שאלון הערכה תפקודית עדכני במידה וקיים.

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים:

למייל: Tviotbriteva@migdal.co.il / פקס 076-8869918

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קריית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

עבור: תביעות בריאות - קולקטיב.

לבירורים אודות תביעתך ניתן לפנות למספר טלפון 1-700-50-66-62.

לבירור אודות סטטוס הטיפול בתביעה ניתן להיכנס לאיזור האישי באתר החברה.

באפשרותך להשלים מסמכים חסרים באמצעות שליחת SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו 055-7000113.

מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה.
במידה וידרשו מסמכים נוספים תישלח לך הודעה בכתב.

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

בברכה,

תביעות בריאות-קולקטיב

כל הדרכים לצור איתנו קשר

www.migdal.co.il | בחנויות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | Whatsapp 054-9201028 | מוקד טלפוני 03-9201010

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ. ת"ד 3063 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106



016220000105201217

עמוד 1 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ



פוליסת עובדי טבע ובני ביתם

טופס הגשת תביעה - סיעוד

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	
מספר תביעה	

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

א. פרטים אישיים

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
					א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>
שם הרופא המטפל		שם קופת חולים			סניף
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון
כתובת מוסד סיעודי / גריאטרי (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד
כתובת בית אבות (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון
מספר פקס		דואר אלקטרוני			

באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך באחת מהדרכים הבאות: דואר אלקטרוני דואר ישראל פקס
במידה ולא תתקבל כל תשובה ממך, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.
* יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח.

הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר

ככל שברצונך כי פרטי ההתקשרות המפורטים בסעיף א' לעיל יעודכנו במערכות ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ)
הינך נדרש/ת לאשר בחתימתך סעיף זה. הפרטים שיעודכנו יישמשו את ה"חברה" לצורך יצירת קשר עמך ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה.
אני ח"מ מבקש/ת לעדכן את הפרטים המפורטים לעיל כפרטי ההתקשרות עמי ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותי בחברה.

חתימת המבוטח

ב. פרטי האירוע

השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אישפוז:

ג. ביטוחי בריאות נוספים

האם התחלת טיפול בתביעה זו בחברת ביטוח נוספת? לא כן, פרט והעבר מסמכים רלבנטיים:

סוגי ביטוח נוספים שברשותך	לא	כן	שם הקופה / חברה	שם התכנית	מועד התחלת הביטוח
ביטוח משלים בקופת חולים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ביטוח רפואי במקום נוסף	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ד. אופן תשלום התביעה

לצורך תשלום לחשבון בנק שעל שמך נא מלא את הפרטים הבאים:

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרת לי 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.

הערה:

- במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.
- במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ₪ יש לצרף תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

חתימת המבוטח *



016220000205201217

עמוד 2 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 622



שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	
מספר תביעה	

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

ה. פרטי איש קשר

שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
דואר אלקטרוני	מספר פקס	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	יישוב
מיקוד				
תאריך	חתימת המבוטח המאשר מינוי איש קשר *			

הבהרה!

איש הקשר אינו משום מיופה כח או אפטרופוס מבחינה משפטית ומשמש ככתובת נוספת ליצירת קשר עם המבוטח. מבוטח המעוניין שאיש הקשר יקבל מידע ו/או מסמכים, יעביר יפוי כוח או צו מינוי אפטרופוס על ידי בית המשפט.

ו. הצהרת המבוטח

אני הח"מ, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נתן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקש"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כמו כן, הנני נותן בזה רשות לחברה המבטחת למסור ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת ומאשר לשלוח להם את החומר הרפואי שלי.

ניתנת בזו זכות לחברה לתבוע החזרים ולשבב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה. אני/נו החתום/ים מטה מצהיר/ים בזאת שתשובתי/ינו על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח *
-------	----------------	-----------	----------------

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים על הטופס:

תאריך	שם האם	מספר זהות	חתימת האם *
תאריך	שם האב	מספר זהות	חתימת האב *

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 שגרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מס' זהות	חתימת המבוטח *
-------	----------------	----------	----------------

200022828 (מחזורת 12.2017)





הגשת תביעה - סיעוד

חלק ב - למילוי בידי רופא בלבד או בצירוף מסמך מהרופא

שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	
מספר תביעה	

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

א. פרטי המוערך					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	

ב. מקום ביצוע ההערכה התפקודית		
בית המבוטח	מוסד סיעודי / גריאטרי - שם המוסד	שם בית אבות בו שוהה המבוטח
<input type="checkbox"/>		החל מ

ג. אבחנות רפואיות ותאריכים	
תאריך	אבחנה רפואית

ד. טיפול תרופתי שמקבל המבוטח

ה. מצב תפקודי				
ניידות	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> מרותק לכסא גלגלים	<input type="checkbox"/> רתוק מיטה	<input type="checkbox"/>
שיתוק	<input type="checkbox"/> אין שיתוק	<input type="checkbox"/> שיתוק גף ימין/שמאל, עליון/תחתון	<input type="checkbox"/> שיתוק שתי גפיים תחתונות	<input type="checkbox"/> שיתוק ארבע גפיים
לקום ולשכב	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה מלאה	<input type="checkbox"/>
לאכול ולשתות	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> מאכילים אותו	<input type="checkbox"/>
להתלבש ולהתפשט	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה חלקית	<input type="checkbox"/> מלבישים אותו	<input type="checkbox"/>
להתרחץ ולהתגלח	<input type="checkbox"/> עצמאי	<input type="checkbox"/> זקוק לעזרה בחלק מהפעולות	<input type="checkbox"/> רוחצים אותו	<input type="checkbox"/>
שלוט על הסוגרים	שתי פעולות מעיים	<input type="checkbox"/> שליטה מוחלטת	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט - שימוש בחיתולים, בפדים, בספוגיות	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> שליטה מלאה	<input type="checkbox"/> חוסר שליטה מוחלט	<input type="checkbox"/>
התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום	<input type="checkbox"/> לא מתמצא במקום ובזמן	<input type="checkbox"/> מבולבל לעיתים רחוקות	<input type="checkbox"/> מבולבל לעיתים קרובות
מצב רגשי	מדוכא:	<input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות	<input type="checkbox"/> לעיתים קרובות	<input type="checkbox"/> מצב דיכאוני קבוע
	תוקפן:	<input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות	<input type="checkbox"/> לעיתים קרובות	<input type="checkbox"/> תוקפני כל הזמן

מטופל על-ידי: עובד זר מטפל מטעם ביטוח לאומי בן משפחה

ו. המלצות להמשך טיפול

ז. המלצות לשירותי עזר / סעד

ח. המלצות לסידור מוסדי

תאריך	שם המערך	תפקיד	שם המערך	חתימה וחותמת המערך



016220000405201217

200022828 (מחזורת 12.2017)



שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	
מספר תביעה	

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

הודעת מבוטח - בקשה לחידוש תשלומים בתביעת סיעוד

א. פרטי המבוטח							
מספר זהות		שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מקצוע / משלח יד	
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
דואר אלקטרוני				פקס			

ב. פרטים על מצב רפואי

אנא פרט את מצבך הרפואי כיום:

האם עובר טיפולים רפואיים בשנה האחרונה? אם כן אנא פרט:

ג. הצהרת המבוטח

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

תאריך
 חתימת המבוטח

