

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
מספר תביעה	

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

## דף הנחיות לטופס 772

### הגשת בקשה-בדיקת זכאות לחידוש תשלומים בתביעת אי כושר עבודה כתוצאה מתאונה

#### 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 סיסמה 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 "בקשה לחידוש תשלומים בתביעה לאי כושר עבודה כתוצאה מתאונה".
2. אישורים רפואיים מרופא מומחה בתחום הרלוונטי לפגיעה/ מחלה, סיכומי אשפוז אם ישנם המעידים על אובדן כושר העבודה כתוצאה מתאונה, החלטת המוסד לביטוח לאומי כולל פרוטוקול מלא, אם הוגשה אליהם תביעה.
3. במידה והינך שכיר יש לצרף אישור מעסיק המעיד כי הינך מצוי בחופשת מחלה.
4. תגמולי הביטוח משולמים באמצעות הפקדה לחשבון בנק בלבד.
  - הסכום המירבי לביצוע הפקדה הינו 400,000 ₪
  - כאשר גובה הפיצוי החודשי הינו עד 10,000 ₪, יש להמציא לחברתנו תצלום המחאה **או** אישור לניהול חשבון בנק, בהם מופיעים פרטי הזיהוי של המבוטח.
  - כאשר גובה הפיצוי החודשי הינו מעל 10,000 ₪, יש להמציא לחברתנו תצלום המחאה **בצירוף** אישור לניהול חשבון בנק, בהם מופיעים פרטי הזיהוי של המבוטח.

#### ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים:

בדואר אלקטרוני: [tviotpersonal@migdal.co.il](mailto:tviotpersonal@migdal.co.il) פקס: 076-8869373

דואר ישראל – לכתובת הרשומה מטה עבור: תביעות חיים.

לברור אודות סטטוס התביעה והשלמת מסמכים חסרים, ניתן לפנות לאיזור האישי באתר החברה.  
באפשרותך להשלים מסמכים חסרים באמצעות שליחת SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו 055-7000113.

#### מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת הטופס והמסמכים הנדרשים תיבחן זכאותך לכיסוי ביטוחי, 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 חיים

## כל הדרכים לצור איתנו קשר

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

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



016287720102080418

עמוד 1 מתוך 2 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 628

עובד מגדל: כן / לא



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

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

## הגשת בקשה - בדיקת זכאות לחידוש תשלומים בתביעת אי כושר עבודה כתוצאה מתאונה

טופס מספר **772**

א. פרטי המבוטח						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מין	מקצוע / עיסוק
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר טלפון
מספר נייד	דואר אלקטרוני			מספר פקס		

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

### הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר

ככל שבצונך 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 ישמשו את ה"חברה" לצורך יצירת קשר עמך ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה.

אני הח"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. פרטים על מצב רפואי

אנא פרט את מצבך הרפואי כיום: \_\_\_\_\_

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

האם הגשת תביעה חדשה/ערעור למוסד לביטוח לאומי: \_\_\_\_\_

(אם כן נא צרף העתק מהפרוטוקול)

### ג. תעסוקה

מתי לאחרונה עבדת בעבודה כלשהי, אנא פרט: \_\_\_\_\_

האם הינך מסוגל לעבודה כלשהי, אנא פרט: \_\_\_\_\_

האם הינך עובד בפועל בעבודה כלשהי:  כן  לא

היקף משרה:  חלקית  מלאה  אחר \_\_\_\_\_ אנא פרט \_\_\_\_\_

היקף שעות העבודה: \_\_\_\_\_

אנא פרט תיאור העבודה: \_\_\_\_\_

### ד. הצהרת המבוטח

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

חתימת המבוטח \*

תאריך

