

מספר זהות	שם המבוטח

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

טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ



דף הנחיות לטופס 619 הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן.
באם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתך, יש למלא או לחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס התביעה.

1. טופס "הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה".
2. אישורים רפואיים מרופא מומחה מטפל, סיכומי אשפוז אם ישנם, החלטת הביטוח הלאומי כולל פרוטוקול מלא, אם הוגשה אליהם תביעה.
3. במקרה של תאונת דרכים יש לצרף אישור משטרה.
4. במקרה תביעה לפיצוי חודשי בגין אובדן כושר עבודה, יש לצרף 12 תלושי שכר אשר קדמו לאירוע. אם הנך עצמאי, יש לצרף אישור הכנסות מרואה חשבון לשנה שקדמה לאירוע או דוח שומה מרשויות המס.
5. לשכיר - יש לצרף "טופס הודעת המעסיק על היעדרות עובד עקב מחלה / תאונה" (מצ"ב).
6. במידה והנך מבקש כי נפקיד את תגמולי הביטוח לחשבון הבנק שלך יש למלא החלק המתאים בטופס התביעה ולצרף תצלום המחאה מבוטלת לתשומת לבך, הסכום המירבי לביצוע הפקדה הינו 400,000 ש"ח.
7. טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק) (מצ"ב).
8. טופס 101 (מצ"ב).
9. טופס 619 - פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה - לאשה נשואה שהינה עקרת בית (מצ"ב).
10. תצלום תעודת הזהות כולל הספח.

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: haimtviot@migdal.co.il / פקס מס' 03-5637750 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: מחלקת תביעות חיים.

מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה.
במידה וידרשו מסמכים נוספים נודיעך על כך ובנוסף 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,
מחלקת תביעות חיים

(07.2014)



מגדל חברה לביטוח בע"מ | מרכז שירות לקוחות - טלפון 03-9201010 | מוקד תביעות - שלוחה 3
רח' אפעל 6, קריית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106 | www.migdal.co.il | טוב שיש מגדל מאחוריך | מגדל בפייסבוק



0161961901050714

עמוד מספר 1 מתוך 5 דפים

קוד מסמך 619

שם הסוכן	מספר פוליסה



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

הגשת תביעה - אובדן כושר עבודה

הודעת המבוטח התובע

טופס מספר 619

א. פרטי המבוטח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מקצוע / עיסוק
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד
דואר אלקטרוני					

ב. פרטים נוספים על המבוטח			
שם קופת החולים	שם הסניף	שם הרופא המטפל	כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב)
<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת			
אם שינית את המקצוע / משלח יד / העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט:			
עיסוקך טרם קרות האירוע:			
אם התובע אינו המבוטח, נא רשום את פרטי התובע - שם פרטי, שם משפחה, כתובת, טלפון:			

ג. פרטי האירוע / מצב בריאות / תעסוקה
1. האם אובדן הכושר הנטען נגרם על ידי תאונה או מחלה? _____
2. מתי קרתה התאונה או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____
3. נא פרט על מהלך הסיבות והתוצאות של התאונה / המחלה: _____

4. האם אתה מרותק למיטה או לביתך על פי הוראת רופא? _____
5. האם אתה עדיין מאושפז בבית חולים / בית החלמה אחר? אם כן, פרט: _____
6. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בעקבות אירוע זה? _____

7. מתי עבדת לאחרונה בעבודתך הרגילה? אצל איזה מעסיק? _____
8. מה היתה הכנסתך החודשית ברוטו טרם קרות התאונה / המחלה? _____
9. האם אתה: <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> שכיר
10. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה או מאז התחילה המחלה? אם כן מתי זה היה? _____

11. האם אתה מסוגל לעבודה כלשהי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, איזה סוג של עבודה? _____
12. האם אתה עוסק עכשיו בעבודה כל שהיא למען שכר או תגמול? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן מהי ומה הכנסתך החודשית ברוטו? _____
13. האם תוכל לדעתך לשוב לעבודתך או לעיסוקך טרם קרות האירוע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם לא, פרט מדוע: _____

14. האם תוכל לדעתך לעבוד בעבודה אחרת או בעיסוק שונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
15. האם יש לך ביטוחים אחרים המכסים נכות מתאונה ו/או אובדן כושר עבודה ו/או מחלה, נא פרט: (שם חברה, סוג פוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת הביטוח ועוד): _____





שם הסוכן	מספר פוליטה

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

ג. פרטי האירוע / מצב בריאות / תעסוקה - המשך

16. האם הגשת תביעה בגין האירוע למוסד לביטוח לאומי? לא כן, ו/או לכל גורם אחר? לא כן, אם כן, פרט: _____
17. האם אתה מקבל או קיבלת תשלומים חודשיים בגין אובדן הכושר לעבודה או בגין הפנסיה שמקורם ממעסיקך, חברת הביטוח, קרן הפנסיה ביטוח לאומי, צה"ל וכו' לא כן, פרט מקור התשלום: _____ הסכום החודשי: _____ תקופת התשלום: _____
18. האם הגשת תביעה בגין האירוע לגורם נוסף בחברת מגדל? לא כן, אם כן, מספר התביעה _____ באיזו מחלקה? _____

ד. הצהרת המבוטח

אני (המבוטח) החתום מטה, מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.
אני מבקש לאור האמור לעיל (בחר וסמן את המתאים):

לשלם לי / לתובע את סכום הביטוח לפי ההרחבה הנ"ל

או

לשחרר את בעל הפוליסה מתשלום פרמיות בעד הפוליסה וזאת על-פי ההרחבה הנ"ל

חתימה ★

תאריך

ה. בקשה להפקדת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק

אני מבקש את תגמולי הביטוח לזכות חשבוני בבנק שפרטיו להלן (מצורפת דוגמת המחאה מבוטלת מחשבוני הנ"ל):

מספר חשבון	שם בעל החשבון	שם בנק	קוד בנק	מספר סניף

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.
- אני מאשר כי ידוע לי שסכום העברה הבנקאית באמצעות הרשאה זו לא יעלה על סך של 400,000 ש"ח.
- ידוע לי כי אם הפרטים על פי בדיקתכם אינם נכונים ו/או לא צורף העתק שיק מבוטל - יבוצע התשלום בשיק.
- 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.

חתימה ★

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

חתימת המבוטח ★

מס' זהות

שם פרטי ומשפחה

תאריך



שם הסוכן	מספר פוליסה



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

טופס הודעת מעסיק על היעדרות עובד עקב מחלה/תאונה

הרינו להודיע כי:

העובד, שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר זהות _____
 אשר עובד בחברתנו החל מתאריך _____ בתפקיד _____
 חדל מלהגיע לעבודתו עקב מחלה/תאונה החל מתאריך _____.
 הנ"ל חזר לעבודתו בתאריך _____ למשרה בהיקף של _____ שעות, _____ ימים בשבוע.
 היקף משרתו טרם המחלה/התאונה היה % _____.
 בברכה,

_____ תפקיד

_____ שם

_____ חתימת
 וחותמת
 המעסיק ★

_____ תאריך

ניתן להחזיר טופס זה באחת מהאפשרויות הבאות:
 דואר ישראל לכתובת:
 מגדל חברה לביטוח בע"מ, מחלקת תביעות חיים, אפעל 6, קרית אריה, פ"ת 4951106
 או בפקס: מחלקת תביעות חיים - 03-5637750 / מחלקת תביעות בריאות - 076-8869373



א. יתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת יתור סודיות

אני הח"מ: (במקרה של קטין יירשמו פרטיו)

שם האב	שם פרטי	שם משפחה			מספר זהות
		מס' בית	מס' דירה	רחוב	
מספר טלפון	מיקוד	יישוב			

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 הבטחון - 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 העליה ו/או הקליטה ו/או לשירות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הנפשי 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 הסייעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השני 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 מכן 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 הסייעודי 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.

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד

שמות נותני השירותים			
רופאים	1.	2.	3.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.
			4.

שם קופ"ח קודמת	מספר אישי בצה"ל

ב. במקרה של קטין

שם האב	מספר זהות	חתימה	שם האם	מספר זהות	חתימה
		★			★

ג. ייפוי כח

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

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

ד. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד ★
-------	---------------	-----------	-------------

ה. חתימת המבוטח

תאריך	מספר זהות	חתימת התובע ★
-------	-----------	---------------



כרטיס מקבל קצבה – טופס 101

לפי תקנות מס הכנסה ומס מעסיקים (ניכוי ממשכורת ומשכר עבודה ותשלום מס מעסיקים), התשנ"ג - 1993

שנת המס _____

א. פרטי המשלם

שם מגדל - חברה לביטוח	כתובת רח' היצירה 3, פ"ת 49511	מס' טלפון	תיק ניכויים 930000948
---------------------------------	-----------------------------------------	-----------	---------------------------------

ב. פרטים אישיים

מס' זהות (9 ספרות)	שם פרטי שם משפחה			תאריך לידה	תאריך עליה
כתובת פרטית	טלפון	רחוב/שכונה	מס'	מיקוד	קידומת
מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> אלמ/ה	מצב משפחתי		תושב ישראל <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מס' ילדים שלא מלאו להם 19 שנה

ג. פרטים על ילדי שבשנת המס טרם מלאו להם 19 שנה. סמן V בטור המתאים ליד שם הילד הנמצא בחזקתך

שם	מס' זהות	תאריך לידה	שם	מס' זהות	תאריך לידה
1			4		
2			5		
3			6		

ד. פרטים על הכנסות אחרות

אין לי הכנסות נוספות

יש לי הכנסות אחרות כמפורט להלן:

משכורת חודש משכורת חלקית קיצבה משכורת נוספת ממקור אחר _____

אבקש לקבל נקודות זיכוי ומדרגות מס כנגד הכנסתי זו. איני מקבלת אותם בהכנסתי האחרת

אני מקבלת נקודות זיכוי ומדרגות מס בהכנסה אחרת ועל כן איני זכאית להם כנגד הכנסה זו

ה. פרטים על בן/בת הזוג

מס' זהות (9 ספרות)	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תאריך עליה
<input type="checkbox"/> אין לבן/בת הזוג כל הכנסה <input type="checkbox"/> יש לבן/בת הזוג הכנסה מ: <input type="checkbox"/> עבודה/עסק <input type="checkbox"/> הכנסה חייבת אחרת לרבות קיצבה				

ו. אני מבקש/ת פטור או זיכוי ממס מהסיבות הבאות (סמן V בריבוע המתאים)

1. אני תושב/ת ישראל
2. אני נכה 100% / עיוור, מצורף: אישור ממשרד הביטחון/האוצר/פקיד שומה/תעודת עיוור שהוצאה לאחר 1.1.94
3. אני תושב קבוע/ה בישוב מיוחד/ באיזור פיתוח מתאריך _____
שם הישוב _____ מצורף אישור של הרשות המקומית או של הועד המקומי
4. אני עולה חדש מתאריך _____ לא היתה לי הכנסה בישראל מתחילת שנת המס הנוכחית עד תאריך _____
מי שהיתה לו הכנסה או שתקופת זכאותו (42 חודש) אינה רצופה בשל שירות חובה בצה"ל, לימודים על תיכונים או יציאה לחו"ל – יפנה לפקיד השומה.
5. בגין בן/בת זוגי המתגורר/ת עימי ואין לו/לה הכנסות בשנת המס. (רק אם מקבלת/ת הקצבה או בן/בת הזוג הגיעה/ה לגיל פרישה או שהוא/ה היא נכה או עיוור/ת)
6. בגין משפחה חד הורית.
7. בגין ילדי שבחזקתי (ימולא רק ע"י אשה או גבר חד הורית) המפורטים בחלק ג'
 מס' ילדים שנולדו בשנת המס _____ מס' ילדים שימלאו להם 18 שנה בשנת המס _____ מס' ילדים אחרים _____
8. בגין ילדי שאינם בחזקתי המפורטים בחלק ג' ואני משתתף בכלכלתם.
9. בגין מזונות לבן/בת זוג לשעבר (ימולא ע"י מי שנישא בשנית) (מצורף פסק דין).
10. מלאו לי 16 שנים וטרם מלאו לי 18 שנים.
11. אני חייל משוחרר/ת/ שרתתי בשירות לאומי. תאריך תחילת השירות _____ תאריך סיום שירות _____
12. בגין סיום לימודים לתואר אקדמי או סיום לימודי מקצוע. מצורפת הצהרה בטופס 119.

ז. אני מבקש/ת תיאום מס ע"פ אישור פקיד השומה המצורף

ח. הצהרה

**אני מצהיר/ה כי הפרטים שמסרתי בטופס זה הינם מלאים ונכונים.
ידוע לי שהשטחה או מסירת פרטים לא נכונים הינה עבירה על פקודת מס הכנסה.
אני מתחייב/ת להודיע למעבידי על כל שינוי שיחול בפרטי האישיים ובפרטים דלעיל תוך שבוע ימים מתאריך השינוי.**

_____ תאריך

_____ חתימת המבקש



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הביטוח והגביה
מעסיקים
סניף _____

חותמת קבלה

לשימוש
פנימי
בלבד
(סריקה)

מס' זהות									
סג		דפים		המסמך		0			

לכבוד

**פטור מתשלום דמי ביטוח ודמי בריאות מהפנסיה
לאישה נשואה**

1

פרטי המבקשת

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
כתובת					
רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני	
0		0		0	
<input type="checkbox"/> אני מאשרת קבלת הודעות SMS					

2

הצהרה

הנני מצהירה בזאת כי:

פרשתי לגמלאות החל מתאריך _____.

אני אישה נשואה, עקרת בית ואיני עובדת מחוץ למשק ביתי. כמו כן, בעלי הינו "תושב ישראל".

לפיכך אבקשכם לא לנכות מהפנסיה המשולמת לי באמצעותכם, דמי ביטוח למוסד לביטוח לאומי.

אני מצהירה כי אם יחול שינוי באמור לעיל, אודיע מיידית על כך למשלם הפנסיה.

תאריך _____ חתימת המבקשת * _____