

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

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

דף הנחיות לטופס 627 הגשת תביעה - תאונות אישיות - דואגים למשפחה / מורחב / בדרכים

מבוטח נכבד,

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

1. טופס הגשת תביעה "תאונות אישיות דואגים למשפחה / מורחב / בדרכים"
2. תצלום תעודת זהות של המבוטח
3. טופס "ויתור על סודיות רפואית וכללית" חתום ע"י המבוטח כולל סעיף "עד לחתימה" (מצ"ב)
(עד לחתימה יכול להיות עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק)
4. במקרה של תביעת קטין יש למלא כתב שיפוי (מצ"ב) ולצרף תצלום תעודת זהות + ספח של שני ההורים.
5. 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.

במקרים המפורטים מטה יש לצרף מסמכים נלווים נוספים:

- במקרה של תאונת דרכים - יש לצרף אישור משטרה על התאונה
- במקרה של תביעת מוות - תעודת פטירה מקורית, ואסמכתאות רפואיות בדבר נסיבות הפטירה
במידה ולא צוינו מוטבים בפוליסה יש לצרף: צו ירושה / צו קיום צוואה - בצירוף צוואה.
- במקרה של נכות / נכות צמיתה - החלטת הביטוח הלאומי כולל פרוטוקול מלא (אם הוגשה אליהם תביעה)
- במקרה של שברים - פענוח של צילום רנטגן או C.T או MRI וכן, מכתב מרופא אורתופד
- במקרה של כוויות - מכתב מרופא כירורג או פלסטיקאי בקשר לדרגת הכוויה והיקפה
- במקרה של אשפוז בבית חולים - סיכום אשפוז ושחרור מבית חולים
- במקרה של תביעה לפיצוי סיעודי - טופס הערכה סיעודי מרופא מטפל
- במקרה של הוצאות נלוות בגין אשפוז - נא לצרף קבלות מקוריות

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: tviotpersonal@migdal.co.il / פקס מס' 076-8869373
או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות בריאות.

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 בריאות



שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

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

הגשת תביעה - תאונות אישיות - דואגים למשפחה / מורחב / בדרכים

הודעת המבוטח התובע

טופס מספר **627**

אין בהכרה בזכות לתגמולים עפ"י נספח זה כדי להוות הודעה ו/או הכרה בהיות התאונה "תאונת דרכים" כהגדרה בחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים התשל"ה-1975 (להלן: "החוק") ו/או הכרה בגובה הנכות ו/או הנזק הרפואי שנגרם למבוטח, בכל הנוגע לתביעה לפיצויים לפי החוק.

א. פרטי המבוטח									
מספר זהות		שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
ישוב		כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית		מס' דירה		ת"ד	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _		_ _ _ _ _		_ _ _ _ _	
קופת חולים			סניף			שם הרופא המטפל וכתובתו			
_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _			
דואר אלקטרוני									עובד חברה
_ _ _ _ _ _ _ _ _									<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

ב. פרטים על האירוע	
תאריך האירוע	כיצד אירעה התאונה? פרט נסיבות האירוע: _____
שעה משוערת	_____
סוג האירוע:	<input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים <input type="checkbox"/> תאונה אחרת <input type="checkbox"/> מחלה

ג. במקרה של תאונת דרכים			
תאריך התאונה	מספר רישוי	האם הרכב דו-גלגלי	חברת הביטוח המבטחת
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	_ _ _ _ _ _ _ _ _
שעה משוערת			כתובת מדויקת של מקום האירוע (רחוב, מספר בית, ישוב)
_ _ _ _ _ _ _ _ _			_ _ _ _ _ _ _ _ _
כיצד אירעה התאונה? _____			
סוג הנסיעה: <input type="checkbox"/> עבודה <input type="checkbox"/> בדרך לעבודה או ממנה <input type="checkbox"/> פרטית			
האם יש נפגעים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____			
מה היו תוצאות התאונה? <input type="checkbox"/> מוות מתאונה <input type="checkbox"/> נכות צמיתה מתאונה <input type="checkbox"/> שברים מתאונה <input type="checkbox"/> כוויות מתאונה <input type="checkbox"/> הוצאות נלוות <input type="checkbox"/> סיעוד מתאונה			

ד. פרטי עדים				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	כתובת	מספר טלפון
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _

ה. פרטי הטיפול הרפואי				
שם וכתובת הרופא / המוסד הרפואי שהגיש למבוטח עזרה ראשונה: _____				
שם וכתובת הרופא / המוסד הרפואי המטפל במבוטח: _____				
האם אושפזת בבית חולים?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתאריך:	עד תאריך:	סה"כ ימי אשפוז:	_ _ _ _ _
נא לציין תקופת אובדן כושר:	אובדן כושר מלא לעבודה:	עד תאריך:	סה"כ ימים:	_ _ _ _ _
אובדן כושר חלקי לעבודה:	עד תאריך:	סה"כ ימים:	אובדן כושר חלקי לעבודה:	_ _ _ _ _
האם הינך זכאי לתשלום מהביטוח הלאומי בגין תאונה זו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
האם הגשת בעבר תביעה לפי הפוליסה הנ"ל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				
האם התביעה סופית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן				





שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

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

ו. 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
		כתובת בנק (רחוב)	מס' בית	מיקוד

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 המחאה מבוטלת - יבוצע התשלום בהמחאה.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

חתימה ★

תאריך

ז. הצהרת המבוטח

אני (המבוטח) _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.
אני מבקש לאור כל האמור לעיל, לשלם לי, את סכום הביטוח.

חתימה ★

תאריך

ח. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל "מגדל חברה לביטוח בע"מ" ולקבל מ "מגדל חברה לביטוח בע"מ" את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

חתימת המבוטח ★

שם פרטי ומשפחה

תאריך

ט. 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 שנרשמה 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 / תכנית

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

ויתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

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

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי			שם האב
יישוב	רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר 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 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 בי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי 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 הסיעודי 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 מרפאיהם 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 מרפאיהם 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 המבוטח ★



שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית



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

לכבוד

מגדל חברה לביטוח בע"מ

כתב שיפוי לקטין

1. כידוע, על פי הוראות פוליסה מס' _____ אנו הח"מ _____ ו- _____ זכאים, כאפוטרופוסים טבעיים עבור בנו/בתנו _____ (להלן: לציין שם פרטי), לקבל תגמולי ביטוח ע"ס של _____.

2. בשים לב לאמור לעיל אנו מורים בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מי שהיא תורה ו/או מי מטעמה (להלן: "מגדל"), להעביר את תגמולי הביטוח בהמחאה המשוכה לפקודת _____ המשמש, כאמור, כאפוטרופוס טבעי על _____.

3. אנו מתחייבים, ביחד וכל אחד לחוד, באופן בלתי חוזר אוטונומי ובלתי מותנה, לשפות ולפצות את מגדל ו/או מי מטעמה באופן מיידי עם קבלת הדרישה ממגדל לעשות כן, וזאת בגין כל דרישה ו/או תביעה שתוגש כנגד מגדל ו/או מי מטעמה לתשלום סכומי כסף כלשהם, לרבות תגמולי ביטוח, הפרשי ריבית והצמדה, הוצאות משפטיות, שכר טרחת עו"ד ו/או בוררים ו/או מומחים, בקשר עם הפוליסה ו/או כל דרישה שתוגש לחברה ע"י גורם כלשהוא וכן לשפות ולפצות את מגדל בגין כל נזק ו/או הוצאה ו/או הפסד, ישיר או עקיף שיגרמו לה בקשר עם תשלום סכומי כסף על פי הפוליסה ו/או בגין ו/או עקב מחלת הקטין ו/או כל דרישה שתוגש לחברה ע"י גורם כלשהו ו/או טוען כלשהוא לזכויות בכספים. מובהר בזאת כי ידוע לנו שההתחייבות חלה גם על כל דרישה ו/או טענה ו/או תביעה שתוגש, ככל שתוגש, ע"י הקטין בכל עילה שהיא, לרבות בכל הקשור לעצם כריתת כתב שיפוי זה ו/או תוכנו.

4. ידוע לנו כי מגדל משלמת את תגמולי הביטוח על בסיס הוראותינו והתחייבויותינו כמצוין לעיל.

5. לראיה באנו על החתום:

תאריך	שם ההורה	מספר זהות	חתימה
_____	_____	_____	★
_____	_____	_____	★

* יש לצרף תצלום תעודת זהות + ספח של שני ההורים

