



שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

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

דף הנחיות לטופס 622 הגשת תביעה פוליסת סיעוד

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 ולחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס התביעה.

1. טופס "הגשת תביעה - פוליסת סיעוד" בטופס שני חלקים:

חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח. כולל:

- פרטים אישיים, פרטים אודות האירוע, עבר סיעודי, פרטים רפואיים.
- טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (מצ"ב)

(עד לחתימה יכול להיות- עו"ד / רופא / אחות/ עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק/ סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח או תצלום רישיון סוכן תקף) (מצ"ב).

* עד לחתימה נדרש על פי חוזר משרד הבריאות 15/2003 מתאריך 9.3.2003.
(במידה והמבוטח אינו כשיר לחתימה יש לצרף צו אפוסטרופוסות).

חלק ב' - נועד למילוי בידי הרופא המטפל, כולל: שאלון הערכה תפקודית (מצ"ב).

שאלון הערכה תפקודית הינו מבחן לקביעת חוסר יכולת לבצע 50% מפעולות היום יום על פי ההגדרה בפוליסה. המשמעות הינה הזדקקות לסיוע רב או עזרה מלאה באותה הפעולה לפי סך הפרמטרים שנלקחים בחשבון כמפורט בטופס הערכה תפקודית (מצ"ב) ועל פי המבחנים שלהלן:

לקום ולשכב - יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכיסא, כולל ביצוע פעולה זו מכיסא גלגלים ו/או ממיטה.

להתלבש ולהתפשט - יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.

להתרחץ - יכולתו העצמאית של מבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.

לאכול ולשתות - יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה, ו/או אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.

לשלוט על הסוגרים - יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על הסוגרים.

ניידות - יכולתו העצמאית של המבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך היעזרות בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכיסא גלגלים, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

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 מומחה גריאטר / פסיכוגריאטר / נירוגריאטר
- בנוסף יש לצרף תוצאות בדיקות וכל מסמך רפואי רלוונטי.

3. תצלום מלא של תעודת הזהות כולל הספח.

4. תגמולי הביטוח משולמים באמצעות הפקדה לחשבון הבנק בלבד.

- הסכום המירבי לביצוע הפקדה הינו 400,000 ש"ח

- כאשר גובה הפיצוי החודשי הינו 10,000 ש"ח, יש להמציא לחברתנו המחאה מקורית מבוטלת.

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: siudbriut@migdal.co.il / לפקס 076-8869584 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות חיים.

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 חיים

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9201010

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



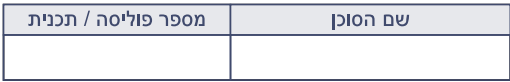
0162262201040316

עמוד 1 מתוך 4 דפים

קוד מסמך: 622

מגדל חברה לביטוח בע"מ





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

טופס הגשת תביעה - פוליסת סיעוד

הודעת המבוטח התובע

622 טופס מספר

א. פרטים אישיים										
מספר זהות			שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה		מין	
										מצב משפחתי
שם הרופא המטפל			שם קופת חולים		סניף					
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	יישוב		מיקוד	מספר טלפון		מספר טלפון נייד		
כתובת מוסד סיעודי/גריאטרי (רחוב)		מס' בית	יישוב		מיקוד	שם המוסד		תאריך כניסה		
כתובת בית אבות (רחוב)		מס' בית	יישוב		מיקוד	שם בית האבות		תאריך כניסה		
עובד חברה		דואר אלקטרוני								

ב. פרטי האירוע

השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אישפוז:

ג. עבר סיעודי

☐ ביטוח לאומי - גמלת סיעוד:			
☐ גמלת שירותים מיוחדים:			
☐ גמלת ילד נכה:			
☐ האם הינך מעסיק עובד זר / ברשותך אישורים להעסקת עובד זר? ☐ לא ☐ כן, פרט החל מתאריך _____ באמצעות חברת _____			
מקבל סיוע מאחד או יותר מן הגורמים המצוינים לעיל מתבקש לצרף פרוטוקולים מלאים בעניין. הצהרת המבוטח: אני ה"מ מצהיר שכל התשובות דלעיל נכונות ומלאות.			
תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת המבוטח ★	

ד. פרטים רפואיים - למילוי ע"י המבוטח

1. באם עברת מקופ"ח כללית לקופ"ח מכבי / מאוחדת / לאומית - נא ציין את כל שמות הרופאים שטיפלו בך בעבר וכיום					שם הרופא					סניף קופת חולים																			
2. טופלת/היית במעקב במרפאת זיכרון - נא לציין במפורט את שמות הרופאים ושם המוסד					שם הרופא					שם המוסד																			
3. בתי חולים, מחלקות ומרפאות בתי חולים בהם טופלת					שם בית החולים					מחלקה / מרפאה																			
4. מוסדות עזר ונותני שירות אליהם פנית בעבר - מט"ב, ביטוח לאומי, רווחה, מרכז יום, אדם פרטי					שם המוסד / נותן השירות					סוג העזרה (טיפול אישי, עזרה בבית וכו')					ימים לשבוע					שעות לשבוע					מועד זכאות ראשונה				

* במידה וקיימת ו/או הייתה קיימת בעבר זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, יש לצרף אישורי הזכאות הרלוונטיים.



מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 622

עמוד **3** מתוך 4 דפים

0162262203040316

שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

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



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
יישוב	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₪.
- 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.

תאריך

חתימה★

ו. פרטי איש קשר

שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד

תאריך

חתימת המבוטח
המאשר מינוי
איש קשר★

הבהרה!

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

ז. הצהרת המבוטח

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

תאריך

חתימה★

ח. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר / גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו בכלל 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 וענין הנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך

שם פרטי ומשפחה

חתימת המבוטח★

ט. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוון 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.

תאריך

שם פרטי ומשפחה

מספר זהות

חתימת המבוטח★



0162262204040316

עמוד 4 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 622