



שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה

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

דף הנחיות למילוי טופס 622 הנחיות להגשת תביעת סיעוד

מבוטח יקר,

בכל מקרה של צורך בתביעה בגין מצב סיעודי חשוב לפנות למחלקת תביעות חיים במגדל ולמלא אחר ההנחיות שלהלן:

בשלב הראשון:

עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעביר אלינו טופס תביעה מסוג תביעת סיעוד (מצ"ב), שבו יש למלא את החלקים הבאים.

א. **חלק א'**, כולל את פרטי המבוטח.

פרטים אישיים, פרטים אודות האירוע, מידע סיעודי נוסף.

ב. **חלק ב'**, נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל. כולל: שאלון הערכה תפקודית (חלק זה אינו חובה) מצ"ב.

ג. **חלק ג'**, טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (עד לחתימה יכול להיות עו"ד/ רופא/ אחות/ עובד סוציאלי/ פסיכולוג/ 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).

לטופס זה יש לצרף:

1. תצלום מלא של תעודת זהות כולל ספח פתוח. במידה ומדובר בתעודת זהות ביומטרית יש להעביר תצלום של שני צידי התעודה.

* לצורך מינוי איש קשר מטעמך לטיפול בתביעה, יש למלא את הסעיף הייעודי ולצרף צילומי תעודת זהות כולל ספח שבו ניתן ללמוד על הקרבה בין איש הקשר למבוטח.

2. מסמכים רפואיים, תוצאות בדיקות וכל מסמך רפואי רלוונטי, המעידים על מצבך התפקודי ו/או הקוגניטיבי, כגון: העתק מכתב שחרור, סיכומי מחלה. מבוטח המאובחן כחולה אלצהיימר או דמנציה (תשישות נפש) ניתן לצרף חו"ד של מומחה רפואי גריאטר או פסיכוגריאטר או נירוגריאטר בדבר מועד אבחון המחלה ואישור הצורך בהשגחה, כמו כן ניתן לצרף כל מסמך רפואי רלוונטי אחר.

3. במידה והוגשה תביעה לביטוח הלאומי יש לצרף מסמכים ואישורי זכאות.

4. במידה ומונה אפוסטרופוס או קיים ייפוי כוח נוטריוני יש לצרפו.

מה יקרה בהמשך:

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו תיבחן על ידנו זכאותך לכיסוי ביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה.

• אם הכול ברור ותקין - נבחן זכאותך לתשלום תגמולי ביטוח בגין מצב סיעודי בהתאם לתנאי הפוליסה.

• אם תידרשנה הבהרות כלשהן - לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים לפי הצורך.

• אם יתברר שאין זכאות לתשלום תגמולי ביטוח על פי תנאי הפוליסה תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי לתגמולי ביטוח, לאחר שהיו בידינו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

לתשומת ליבך,

ניתן ליצור קשר עם נציג שירות אישי לצורך הטיפול בתביעתך באמצעות שירות הלקוחות בטלפון מספר 076-8865045 או בכתובת המייל siudshirut@migdal.co.il

כמו כן, באפשרותך לתבוע תגמולי ביטוח בגין תקופה הקודמת למועד הגשת התביעה, בכפוף להוכחת זכאות בהתאם לתנאי הפוליסה ולהתיישנות.

(מחזורת 08.2025)





שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה

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

דף הנחיות למילוי טופס 622 הנחיות להגשת תביעת סיעוד - המשך

אופן הגשת התביעה:

באפשרותך לנהל את תביעתך באמצעות שירות "הגשת תביעה Online" שניתן באתר החברה בכתובת www.migdal.co.il או דרך אפליקציית מגדל בנייד.

שירות "הגשת תביעה Online" מאפשר לך להגיש תביעה, להעלות מסמכים חסרים ולצפות בסטטוס הטיפול בתביעה בכל זמן ובכל מקום.

השלמת מסמכים חסרים ניתן לשלוח גם באמצעות SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו: **055-7000113**.

למידע נוסף ניתן לפנות למוקד התביעות בטלפון 03-9201010 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00.

ניתן גם להגיש את טופס התביעה והמסמכים המבוקשים מעלה באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות חיים
- לתיבת דואר אלקטרוני: siudbriut@migdal.co.il
- בפקס: 076-8869584

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה
בברכה,
תביעות חיים

(מהדורה 08.2025)

1056

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

03-9201010
מוקד טלפוני



054-9201028
Whatsapp



סוכן הביטוח
שלך



באפליקציית מגדל
App Store / Google Play



migdal.co.il



כל הדרכים ליצור איתנו קשר



016226220206010825

עמוד 2 מתוך 16 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 622



להלן טבלת המועדים להליך יישוב תביעה בהתאם לחוזר יישוב תביעות - ביטוח סיעודי

סעיף בחוזר	הפעולה	המועד הקבוע בחוזר
5.1.6 (ב) (1)	שליחת טפסי תביעות למבוטח (לרבות טופס ויתור סודיות)	עד יום עסקים אחד (1) ממועד הפנייה
5.1.6 (ב) (1)	שליחת טפסי תביעה למבוטח (לרבות טופס ויתור סודיות) אשר פנה באמצעות דואר או פקס	עד חמישה (5) ימי עסקים ממועד הפנייה
5.1.6 (ב) (3) (ב)	הודעת קבלת מסמכים על ידי הנציג האישי בשיחה טלפונית	עד שני (2) ימי עסקים ממועד הפנייה
5.1.6 (ב) (3) (ב)	הודעת קבלת מסמכים על ידי הנציג האישי בשיחה טלפונית למבוטח אשר פנה באמצעות דואר או פקס	עד חמישה (5) ימי עסקים ממועד קבלת הטפסים
5.1.6 (ב) (3) (ג)	פניית החברה לגורמים הרלוונטיים לקבלת מידע נדרש לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח	עד שני (2) ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
5.1.6 (ב) (4)	הכרעה בתביעת המבוטח	עד עשרים (20) ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים ולאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח
5.1.6 (ב) (5)	הפניית המבוטח לביצוע הערכת תפקוד קובעת	עד עשרים (20) ימי עסקים ממועד הודעת קבלת הודעת המסמכים ולאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה אינו מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח
5.1.6 (ב) (7)	הכרעה בתביעת המבוטח	עד חמישה עשר (15) ימי עסקים ממועד קבלת הערכת התפקוד הקובעת
5.1.6 (ג) (2)	יצירת קשר עם המבוטח לתיאום מועד לביצוע הערכת תפקוד	עד שלושה (3) ימי עסקים לאחר שהחליטה החברה כי של המידע שברשותה אינו מספק לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח
5.1.6 (ג) (2)	ביצוע הערכת תפקוד קובעת	עד שלושה (3) ימי עסקים ממועד יצירת קשר עם המבוטח לתיאום הערכת התפקוד (אלא אם ביקש המבוטח שההערכה תבצע במועד מאוחר יותר)
5.1.6 (ג) (10)	העברת ממצאי הערכת התפקוד על ידי הספק המערך למבוטח ולחברת הביטוח	בתוך שלושה (3) ימי עסקים ממועד ביצוע הערכת התפקוד
5.1.6 (ג) (10)	שליחת ממצאי הערכת תפקוד למבוטח	בתוך שלושה (3) ימי עסקים ממועד בקשת המבוטח
5.1.6 (ד) (1) (ב)	דחיית החברה את ממצאי הערכת התפקוד הקובעת	עד חמישה עשר (15) ימי עסקים ממועד קבלת תוצאות הערכת התפקוד הקובעת
5.1.6 (ד) (1) (ג)	הודעה למבוטח על דחיית ממצאי הערכת התפקוד הקובעת	בסמוך לקבלת החלטה כאמור בסעיף 5.1.6 (ד) (1) (ב)
5.1.6 (ד) (2) (ב)	מינוי ספק מכריע	עד שלושה (3) ימי עסקים ממועד ההודעה למבוטח על דחיית הערכת התפקוד הקובעת
5.1.6 (ד) (2) (ג)	הגשת חוות דעתו המקצועית של הספק המכריע לחברת הביטוח	עד חמישה (5) ימי עסקים מקבלת החומר הרלוונטי
5.1.6 (ד) (2) (ג)	העברת חוות דעתו המקצועית של הספק המכריע למבוטח	מיד עם קבלתה
5.1.6 (ה)	ערעור המבוטח על כל החלטה לגבי תביעתו	בכל עת (בכפוף להתיישנות)

לתשומת ליבך,

בנוסף לזמני הטיפול המוצגים, ניתן למצוא זמני טיפול נוספים בטבלת ההשוואת מועדים בהתאם לחוזר יישוב תביעות המפורסמת באתר החברה.

(מחזורת 08.2025)





שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה

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

טופס הגשת תביעה - פוליסת סיעוד

הודעת המבוטח התובע

טופס מספר 622

א. פרטי המבוטח									
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין					
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד					
דואר אלקטרוני		מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס					
שם קופת חולים					שם הרופא המטפל				
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת									

ב. מקום הימצאו של המבוטח			
<input type="checkbox"/> בית <input type="checkbox"/> מוסד סיעודי / גריאטרי			
שם המוסד	כתובת מלאה	טלפון	תאריך כניסה

ג. פרטי איש קשר					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה למבוטח	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
כתובת (רחוב)		מספר בית	יישוב	מיקוד	דואר אלקטרוני
* אני מסכים כי מסמכים והודעות בנושא התביעה מטעם החברה יישלחו לפרטים המצוינים מעלה. * על מנת לאמת את הקרבה המשפחתית, יש לצרף תצלום ת.ז. כולל ספח של המבוטח ושל איש הקשר					

ד. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שציינת לעיל	
<p><input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד)</p> <p><input type="checkbox"/> דואר ישראל</p> <p><input type="checkbox"/> פקס</p> <p>בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.</p>	<p>* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני:</p> <p>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.</p>
<p>1. למבקשים לעדכן את פרטי ההתקשרות המופיעים בסעיף א' בכל מערכות החברה <input type="checkbox"/> יש לסמן ולצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח ידוע לי והנני מאשר כי הפרטים שיעודכנו ישמשו את "החברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) לצורך יצירת קשר עמך ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה.</p>	
<p>2. אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה <input type="checkbox"/> יש לסמן ולרשום את שם הסוכן _____ מס' סוכן _____</p> <p>הריני מאשר בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ ("להלן - "מגדל") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח בפוליסה את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מגדל" בכל הנוגע להעברת המידע ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו. ככל שלא תמנה את הסוכן שלך לטפל בשמך בתביעה לפי סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.</p>	
<p>תאריך _____ ושם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר תעודת זהות _____ חתימה *</p>	

(מחזורת 08.2025)





שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה

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

ה. פרטי האירוע

סוג האירוע:

- תאונה - מועד קרות התאונה _____
- מחלה - מועד פרוץ וגילוי המחלה _____
- החל מאיזה מועד הנך סבור שהפכת לטיעודי? _____
- השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אישפוז: _____

ו. מידע סיעודי נוסף

ביטוח לאומי	% הגמלה / שעות	החל מתאריך	אחר	% הגמלה / שעות	החל מתאריך
<input type="checkbox"/> גמלת סיעוד			<input type="checkbox"/> משרד הביטחון		
<input type="checkbox"/> גמלת שירותים מיוחדים			<input type="checkbox"/> הקרן לניצולי שואה		
<input type="checkbox"/> גמלת ילד נכה					
<input type="checkbox"/> קצבת ניידות					
<input type="checkbox"/> האם הנך מבוטח בביטוח סיעודי נוסף?			<input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא		
<input type="checkbox"/> האם הנך מקבל / קיבלת תגמולי ביטוח?			<input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא		

* במידה וקיימת ו/או הייתה בעבר זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, מומלץ לצרף אישור זכאות רלוונטיים.

ז. אופן תשלום התביעה

תגמולי הביטוח (למעט במקרה של קטין), משולמים באמצעות הפקדה לחשבון הבנק בלבד.
נא סמן ב-X את בחירתך:

- הפקדה לחשבון הבנק ממנו שולמו הפרמיות לפוליסה בגינה הוגשה התביעה.
- הפקדה לחשבון בנק שונה מזה שממנו התקבלו הפרמיות.

במידה והתביעה תאושר, אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולי הביטוח.

ת"ז בעל החשבון	שם בעל החשבון	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון

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.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.
- ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי לקבלת תשלום לטובתי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "הבנק"), באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב), לאימות ובדיקת תקינות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מספר זיהוי ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני (להלן: "הליך האימות"). הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל, ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה, בנוגע להליך האימות, כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי המידע של החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל, באמצעות פניה לחברה, ובלבד שהבקשה לאימות טרם נשלחה למס"ב.

לתשומת ליבך,

במקרה של תביעת קטין יש למלא כתב שיפוי (מצ"ב) ולצרף תצלום תעודת זהות + ספח של שני ההורים.

חתימה *

(מחזורת 08.2025)





שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה

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

ח. הצהרות המבוטח - אני הח"מ מצהיר ומתחייב כי

כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

ידוע לי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות: ידוע לי כי המידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין.

אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים.

ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקונו אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן.

בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il.

מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> או באפליקציית מגדל.

במקרה של קטין/חסוי, יציין את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.
חס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם אינו המבוטח)	חתימה *	חתימת הורה נוסף במקרה של קטין *	





ויתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ:

שם האב	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות						
			1	2	3	4	5	6	
מספר טלפון	מיקוד	יישוב	ת"ד	מס' דירה	מס' בית	רחוב			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או רופא ו/או מוסד רפואי לרבות בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש ובכלל זה המרכז לבריאות הנפש "גהה", קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הביטחון לרבות השתלשלות פרופיל ו/או שירות בתי הסוהר – אישי ורפואי ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות, פירוט בתי ספר והשגי בלימודים ו/או למשרד הפנים ו/או למשרד העלייה ו/או למשרד הקליטה ו/או למנהל האוכלוסין ו/או משטרת הגבולות תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסת ויציאת מהארץ ו/או למשרד הבריאות לרבות היחידה לקנאביס רפואי ו/או למכוני גמילה ו/או לשכות הבריאות – כרטיס טיפת חלב ו/או בתי אבות ו/או לעיריית לרבות לשכות הרווחה ו/או למכון לבטיחות בדרכים ו/או למור- המכון למידע רפואי בע"מ/מכון מ.א.ר. ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או לכל עובד במוסדות המנהלים קרנות פנסיה (לרבות עמיתים, מקפת ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ) ו/או למשרד התעסוקה ו/או לכל חברות הביטוח למסור ל- (להלן: "המבקשים") ו/או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעמן לאיסוף מידע, את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או הפסיכיאטרי ו/או פסיכולוגי ו/או מצבי בתחום הסייעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע בגין תביעות מכל סוג ו/או תאונות עבודה ו/או תאונות דרכים ו/או קודמות ו/או מאוחרות כולל תשלומים, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, לרבות מכון מור ו/או בי"ח גהה ו/או מרפאות לבריאות הנפש ו/או את כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל, חברות הביטוח והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסייעודי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הגנטי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי כולל חומר המצוי במחשבי מאגר המידע אצל נותני השירותים שפורטו להלן, כולל תיק תביעה מלא, לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, לרבות מידע ממחלקת רציפות ביטוח במל"ל. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי אל כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

ידוע לי כי המידע שמסרתי במסגרת זה וכל מידע נוסף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") יישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ ו/או גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") ו/או ישותף ביניהם, ויעובד בהתאם לשימושים המנויים במדיניות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמתי ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי אי מסירת המידע תמנע מקבוצת מגדל את היכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחי משנה, גורמים מתפעלים ונותני שירותים. ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעיין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקוני אם נמצא כי אינו שלם או מעודכן. בבקשה למימוש זכות העיון, ניתן לפנות למוקד קשרי הלקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedel@migdal.co.il. מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורך בכתובת <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security> או באפליקציית מגדל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

פרטים נוספים

שם קופת חולים	סניף	מספר חבר	מספר אישי בצה"ל	שם קופת חולים קודמת
שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכוני, מעבדות, בתי ספר, גנים				
1.	2.	3.	4.	

ב. במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					★
					★

ג. ייפוי כוח

הריני מייפה את כוחו של נציג משרד עו"ד _____ או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברתנו, לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

חתימה ★ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)	תאריך





ד. עד לחתימה

אני הח"מ מאשר כי בתאריך _____ הופיע בפני המבוטח _____ (שם+ת.ז.) וחתם על מסמך זה.
עד לחתימה יכול להיות - סוכן ביטוח / עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח - כולל צילום רישיון סוכן.

<input type="text"/>	שם העד לחתימה	<input type="text"/>	מספר זהות	<input type="text"/>	חתימת העד וחותמת כוללת מספר רישיון *	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	---------------	----------------------	-----------	----------------------	--------------------------------------	----------------------	-------

ה. חתימת המבוטח

<input type="text"/>	שם פרטי ושם משפחה	<input type="text"/>	מספר זהות	<input type="text"/>	חתימת המבוטח *	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	-------------------	----------------------	-----------	----------------------	----------------	----------------------	-------





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

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

לכבוד

מגדל חברה לביטוח בע"מ

כתב שיפוי לקטין

1. כידוע, על פי הוראות פוליסה מס' _____ אנו הח"מ _____ ו- _____ זכאים, כאפוסטרופוסים 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 הורתה ו/או מי מטעמה (להלן: "מגדל"), להעביר את תגמולי הביטוח בהעברה בנקאית המשוכה לפקודת _____ המשמש, כאמור, כאפוסטרופוס 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. אנו מסכימים, ביחד וכל אחד לחוד, לכתב זה, מבינים את תוכנו ואת כל התוצאות הנובעות ממנו ולראייה באנו על החתום:

תאריך	שם ההורה	מספר זהות	חתימה
			★
			★

* יש לצרף תצלום תעודת זהות + ספח של שני ההורים

(מהדורה 02.2023)





שאלון הערכה תפקודית לרופא המטפל

למילוי על-ידי רופא בלבד

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

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

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

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"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
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"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
לאכול ולשתות	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
להתלבש ולהתפשט	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
להתרחץ ולהתגלח	<input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה)
שלוט על הסוגרים	שתי: <input type="checkbox"/> מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) <input type="checkbox"/> מבוטח שבשל היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחייפות או בתכיפות במתן שתן, ושבשל קושי בניידות אינו מסוגל לשלוט על סוגריו, ייחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של הפעולה "לשלוט על הסוגרים", כהגדרתה בחוזר סיעוד. לעניין זה "קושי בניידות" - קושי בניידות שאינו עולה כדי חוסר יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) מפעולת "הניידות" כהגדרתה בחוזר סיעוד.
התמצאות	<input type="checkbox"/> מתמצא בזמן ובמקום <input type="checkbox"/> לא מתמצא בזמן ובמקום <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 המעריך	תפקיד	חתימה וחותמת המעריך *



018720000101011120

עמוד 10 מתוך 16 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 872

מערכת כללים ויישוב תביעות סיעוד

מהו מצב סיעודי המזכה בקבלת גמלת סיעוד?

על פי הגדרת המינימום הקבועות בחוזר הממונה עריכת תכנית לביטוח סיעודי, ובכפוף להוראות חוזר הממונה לעניין יישוב תביעות, מקרה ביטוח מוגדר לפי סטנדרטיים מינימאליים הבאים:

- א. **מוגבלות תפקודית** - מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות מספר מסוים, הקבוע בפוליסה, של הפעולות הבאות:
 1. **לקום ולשכב**: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכיסא, כולל ביצוע פעולה זו מכיסא גלגלים ו/או ממיטה.
 2. **להתלבש ולהתפשט**: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה רפואית או גפה מלאכותית.
 3. **להתרחץ**: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
 4. **לאכול ולשתות**: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש) לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
 5. **לשלוט על סוגרים**: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
 6. **ניידות**: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות 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, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.
- ב. **תשישות נפש** - מצב בריאות ותפקוד ירודים של מבוטח עקב "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

כיצד נקבעת הזכאות לקבלת גמלת סיעוד?

- בחינת הזכאות לקבלת גמלת סיעוד מבוצעת על-יסוד כלל המידע הרפואי של המבוטח, ובכלל זה, מסמכים וחוות דעת רפואיות, מידע אודות מחלות רקע וטיפולים תרופתיים שמקבל או קיבל המבוטח, מידע אודות אשפוזים שעבר וכיוצא באלה.
- בנוסף, בחלק ניכר מן המקרים מבוצעת למבוטח הערכה תפקודית (בדיקה פיזית/ קוגניטיבית) על ידי איש מקצוע מטעם מגדל, שעיסוקו בין היתר, בתחום הערכות תפקודיות ו/או קוגניטיביות. בחינה זו של איש המקצוע תבוצע בתאום עם בני משפחה או אנשי הקשר של המבוטח.
- במסגרת הערכה זו תיבחן יכולתו התפקודית ו/או הקוגניטיבית של נבדק במסגרת הבית או במסגרת דומה לכך (כגון: מוסד בו שוהה המבוטח), ולא מחוץ לבית.
- במסגרת ההערכה התפקודית יבחנו על-ידי איש המקצוע פרמטרים כדוגמת הפרמטרים הכלולים בטופס המצ"ב. יצוין, כי פרמטרים אלו מובאים לצורך הדגמה והמחשה בלבד, והם עשויים להשתנות מעת לעת.



הכללים והמבחנים לקביעת זכאות לקבלת גמלת סיעוד

1. מוגבלות תפקודית

במסגרת הבחינה האם מצבו של המבוטח מזכה אותו, בהתאם לתנאי הפוליסה והוראותיה, בקבלת גמלת סיעוד, עקב מוגבלות תפקודית, נבחנת רמת תפקודו של המבוטח ביחס לכל אחת מן הפעולות המפורטות בסעיף א. לעיל, תוך חלוקה למספר רמות תפקוד, אשר תפורטנה להלן:

1.1. **עצמאות** - בהגדרה זו נכללים מצבים בהם לא נדרשת עזרה של אדם אחר לשם ביצוע הפעולה, ועל כן הפעולה אינה מוגדרת כפעולה שהמבוטח אינו מסוגל לבצע חלק מהות ממנה. תחת הגדרה זו, קיימים שני מצבי משנה:

1.1.1. עצמאות מלאה (ללא עזרה) - לשם ביצוע הפעולה לא דרושה למבוטח כל עזרה והוא מבצע בצורה בטוחה תוך זמן סביר ללא אביזרי עזר.

1.1.2. עצמאות בעזרת מכשיר- המבוטח מבצע את הפעולה ללא עזרת אדם אחר, אך בעזרת מכשיר.

1.2. **תלות** - לשם ביצוע הפעולה על-ידי המבוטח נדרש אדם אחר לצורך השגחה או עזרה פיזית, אשר בהעדרה לא תבוצע הפעולה כלל.

בחלק מן המקרים הנמנים על קבוצה זו יוגדר המבוטח כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מן הפעולה, כמפורט להלן:

1.2.1. תלות מתונה- המבוטח מסוגל לבצע מעל 50% מהפעולה ועל כן אינו מוגדר כמי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן הפעולה. במצב תפקוד זה נכללים המקרים הבאים:

1.2.1.1. השגחה או סידור- לשם ביצוע הפעולה דרושים השגחה, דרבון או שכנוע, אך לא נדרשים עזרה או מגע פיזי, או לחלופין, דרוש סיוע בסידור או ארגון של אביזרי עזר.

1.2.1.2. מגע פיזי מינימאלי- לשם ביצוע הפעולה דרושה עזרה של מגע קל בלבד.

1.3. **עזרה מתונה / בינונית** - לשם ביצוע הפעולה דרושה עזרה גדולה יותר מאשר מגע, אך המבוטח מבצע למעלה מ- 50% מהפעולה ועל כן אינו מוגדר כפי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן הפעולה.

1.4. תלות רבה - המבוטח מסוגל לבצע פחות מ 50% מן הפעולה ועל כן דרושה עזרה רבה או מלאה, אשר בהיעדרן לא תבוצע הפעולה במצב זה מוגדר המבוטח כמי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן הפעולה בכוחות עצמו. על יסוד מבחנים אלו, מבוצעת בחינה פרטנית של יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מכל אחת משש הפעולות בכוחות עצמו, בין היתר, באופן הבא:

שליטה על סוגרים - אי שליטה על אחד מהסוגרים תיחשב כאי יכולת של המבוטח לבצע חלק מהותי מן הפעולה של שליטה על סוגרים בכוחות עצמו. מבוטח שבשל היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן, ושבשל קושי בניידות אינו מסוגל לשלוט על סוגריו, ייחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של הפעולה "לשלוט על סוגרים", כהגדרתה בחוזר סיעוד.
לעניין זה "קושי בניידות" - קושי בניידות שאינו עולה כדי חוסר יכולת של המבוטח לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) מפעולת "הניידות" כהגדרתה בחוזר סיעוד.

רחצה - החברה מביאה בחשבון לצורך בחינת יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מהפעולה בכוחות עצמו, לרבות צורך בסיוע בכניסה וביציאה מאמבטיה / מקלחת. במקרה זה מבצעת החברה שקלול על העזרה הנדרשת בפעולת הרחצה בפועל עם יכולתו של המבוטח להיכנס ולצאת מהאמבטיה / מקלחת.

לקום ולשכב - נבחנת יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מהפעולה "לקום ולשכב".

ניידות - המבוטח מוגדר כמי שאינו מסוגל לבצע חלק מהותי מן את הפעולה כאשר אינו יכול לנוע באופן עצמאי בדרך כלשהי ללא עזרת אדם.



מבוטח שסובל מחוסר שיווי משקל או שסובל מחוסר יציבות הגורמים לנפילות חוזרות ונשנות שפוגעים ביכולתו העצמאית לנוע ממקום למקום, יחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) מפעולת ה"ניידות" כהגדרתה בחוזר סיעוד.

אכילה - חיתוך, הכנה והגשה של המזון אינם נחשבים כאי יכולת לבצע חלק מהותי של פעולת האכילה. צורך בהאכלה פיזית של המבוטח תיחשב כאי יכולת לבצע את הפעולה.

הלבשה - החברה מביאה בחשבון לצורך בחינת יכולתו של המבוטח לבצע חלק מהותי מהפעולה בכוחות עצמו גם היכולת ללבוש מגוון פרטי לבוש. במקרה של צורך בהרכבת גפה מלאכותית, מבוצע שקלול של העזרה הנדרשת בפעולת ההלבשה עם העזרה הנדרשת בהרכבת הגפה המלאכותית.

2. תשישות נפש

כאמור לעיל, תשישות נפש, הינו מצב נוסף המזכה בקבלת גמלת סיעוד. (בכל מקרה יהיה המבוטח זכאי לתגמולים בגין מצב מזכה אחד בלבד).

קביעה לעניין תשישות נפש תעשה רק ע"י רופא מומחה בתחום, דהיינו גריאטר, פסיכיאטר ופסיכוגריאטר ו/או נוירולוג. לצורך קבלת החלטה זו, יבחנו על-ידי הרופא המומחה, בין היתר, תולדות המחלה, התרשמות כללית, מעקב רפואי, וטיפול תרופתי.

הוראות כלליות

ההוראות האמורות לעיל הינן בגדר עקרונות כלליים ליישוב תביעת סיעוד, המובאים לשם הדוגמא וההמחשה בלבד ואין בפרסומם כדי לחייב את החברה לנהוג באופן זה בדיוק במקרה פרטני.

החברה שומרת על זכותה לשנותם מעת לעת, ולהתאימם במידת הצורך לכל מקרה ומקרה פרטני, ובכלל זה לשנות ולהתאים את טופס ההערכה התפקודית הנלווה למסמך עקרונות זה.

יצוין, כי בכל מקרה התנאים המחייבים לכל דבר ועניין הינם התנאים הקבועים בפוליסת הביטוח של המבוטח, וכי הזכאות לקבלת גמלת סיעוד וקבלתה של זו,

כפופות לכלל ההוראות והתנאים הקבועים בפוליסה זו, לרבות, אך לא רק, החרגות רפואיות, תקופות המתנה ויתר הוראות הפוליסה.

הליך הטיפול בתביעות סיעוד

א. מסמכים הדרושים לתביעה ודגשים ביחס לאופן הגשתם:

1. הגשת תביעה תבוצע על גבי טופס תביעה.
2. בעת מילוי טופס התביעה יש להקפיד על הדגשים הבאים:
 - 2.1. יש למלא את כל הפרטים הנדרשים בטופס התביעה;
 - 2.2. יש לצרף לטופס התביעה טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, בהתאם להנחיות הרשומות על גבי הטופס.
 - 2.3. במידה והתובע חסוי יחתום האפוסטרופוס על טופס התביעה. במקרה זה יש לצרף צו למינוי האפוסטרופוס (ניתן להגיש העתק נאמן למקור). ללא הטופס כאמור, לא נוכל לקדם את הטיפול בתביעתך.
3. בנוסף, יש לצרף את המסמכים הבאים:
 - 3.1. צילום ברור וקריא של המחאה (שיק) מבוטלת על שמך ו/או אסמכתא בנקאית לפרטי חשבון בנק המנוהל על שמך.
 - 3.2. צילום ברור וקריא של תעודת הזהות.



4. על מנת לייעל ולהקל על הטיפול בתביעתך, אנו ממליצים לצרף כל מסמך רפואי רלוונטי אשר מצביע על הבעיה הרפואית והמצב הסייעודי (לדוגמא: מסמכי אשפוז מבית חולים, מסמכי רופא מומחה וכדו'). (להלן יחדיו – "המסמכים הנוספים").
5. באפשרותך לראות את המסמכים שנקלטו בחברה בכל שלב בביורר התביעה, באזור האישי שלך, באתר מגדל בכתובת www.migdal.co.il.

הנך זכאי למנות איש קשר מטעמך, אשר יסייע לך בהגשת התביעה ובמהלך הליך ברור התביעה בחברה.

ב. פרטי התקשרות:

1. באפשרותך לקבל הודעות ומסמכים מהחברה בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות: בדואר ישראל או בדואר אלקטרוני. נא הודיענו מהו אמצעי ההתקשרות המועדף עליך.
2. לתשומת לבך, לצורך קבלת הודעות ומסמכים באמצעות דואר אלקטרוני יש להעביר לחברתנו מספר טלפון נייד בצירוף לכתובת הדואר האלקטרוני. בהיעדר קבלת עדכון בחברתנו על אמצעי ההתקשרות המועדף, המסמכים וההודעות יישלחו אליך בדרך המקובלת בחברתנו.
3. לאזרח ותיק תימסר הודעת המשך בירור גם בעל פה על ידי נציג החברה, למעט אם האזרח הותיק ביקש לעדכן אמצעי אלקטרוני לצורך ההתקשרות עימו.

ג. הליך הטיפול בתביעה ולוחות זמנים:

1. בעת קבלת פניה לתגמולי ביטוח, יישלחו אליך תוך יום עסקים אחד, טופס תביעה וטופס ויתור סודיות בצירוף מכתב הדרכה למילוי הטפסים. במידה והפניה תתקבל באמצעות דואר או פקס, יישלחו אליך הטפסים ומכתב ההדרכה תוך 5 ימי עסקים.
2. עם קבלת טופס התביעה וטופס ויתור על סודיות רפואית ("הטפסים"), ימונה לך נציג אישי. פרטי ההתקשרות הישירים עם הנציג האישי יימסרו לך יחד עם הודעת קבלת המסמכים, כמפורט בהמשך.
3. הנציג האישי יעדכן אותך טלפונית תוך 2 ימי עסקים, אם הטפסים והמידע הנוסף (להלן יחדיו "המסמכים") התקבלו במלואם (להלן: "הודעת קבלת המסמכים") וככל שלא, יסביר לך אלו מסמכים התקבלו ואלו מסמכים חסרים ("הודעת מסמכים חסרים"). במידה והמסמכים יתקבלו באמצעות דואר או פקס הנציג האישי יעדכן אותך תוך 5 ימי עסקים. בנוסף יישלח אליך מכתב מתאים. ככל שהטפסים יתקבלו במלואם תישלח אליך הודעת SMS.
4. ככל שנשלחה לך הודעת מסמכים חסרים, תפנה החברה במקרה הצורך, לצדדים שלישיים תוך שני ימי עסקים מהמועד שנשלחה לך הודעת מסמכים חסרים, לצורך איסוף מסמכים נוספים.
5. החברה תמשיך ליידע אותך באופן שוטף על מסמכים נוספים שיתקבלו אצלה שמקורם אצלך, ככל שיתקבלו. עם איסוף מלוא המסמכים, תשלח אליך הודעת קבלת מסמכים והנציג האישי יפעל כאמור בסעיף 3 לעיל ותשלח אליך הודעת SMS.
6. תוך 20 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים, תחליט החברה על בסיס המסמכים שהתקבלו אם המידע שברשותה מספק לקביעת יכולתך התפקודית.
7. החליטה החברה כי המסמכים מספקים לצורך קביעת יכולתך התפקודית, תכריע החברה בתביעה.
8. ככל שהחליטה החברה כי המסמכים אינם מספקים לצורך קביעת יכולתך התפקודית, יישלח אליך מכתב המודיע על כך ומסביר מדוע המידע שברשות החברה אינו מספק ויפנה אותך לביצוע הערכה תפקודית לקביעת יכולתך התפקודית (להלן: "הערכה תפקודית קובעת").
9. תוך 3 ימי עסקים ממועד קבלת ההחלטה לבצע הערכה תפקודית קובעת, יצור עמך קשר ספק הערכת התפקוד לתאום מועד לביצוע הערכה זו.
10. ההערכה התפקודית הקובעת תבוצע תוך 3 ימי עסקים, מהמועד בו יצרו עמך קשר, אלא אם תבקש אחרת. טופס תוצאות הערכה התפקודית הקובעת, יישלח על ידי הספק אליך ולחברה תוך 3 ימי עסקים ממועד ביצועה.
11. על הערכה תפקודית יחולו הכללים הבאים:
 - 11.1. הערכת תפקוד תיעשה תוך שמירה על כבודך;
 - 11.2. הערכת התפקוד תכלול, לכל הפחות, בדיקה מקיפה שלך ותיעוד מפורט של מהלך ההערכה, ביחס לכל אחת מהפעולות הנבחנות, וכן התייחסות לבדיקות ולמבחנים שבוצעו לך במסגרת הערכת התפקוד;

- 11.3. הערכת התפקוד תכלול תיאור מילולי שרשם הספק המעריך ביחס לכל פעולה שנבדקה; הערכה תכלול, לכל הפחות, את הבאים: מידע שנמסר על ידך או מי מטעמך; תיאור של המעריך בדבר אופן ביצוע הפעולה על ידך; והתרשמות המעריך בדבר יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על הערכת התפקוד ועל מידע רפואי נוסף שהעבירה החברה לספק לצורך ביצוע הערכת התפקוד; הערכת התפקוד לא תכלול הערכה מספרית ביחס ליכולתך לבצע פעולות ADL הנבחנות במסגרת הערכת התפקוד;
- 11.4. הערכת התפקוד תבוצע בנוכחות נציג מטעמך, אלא אם כן החלטת לווותר על נוכחות נציג מטעמך, למעט עבור מבוטח שנבדק לגביו האם הוא תשוש נפש;
- 11.5. הערכת התפקוד תבוצע בשפה אותה דובר המבוטח או באמצעות נציג מטעם המבוטח המתרגם למבוטח את תוכן השיחה בעת הליך ביצוע ההערכה.
- 11.6. במהלך הערכת התפקוד לא יסתייע המבוטח באדם, למעט בספק הערכות התפקוד, ככל שנדרש; הערכת התפקוד תפרט את היקף הסיוע שניתן, והסיבות למתן הסיוע.
- 11.7. הערכת התפקוד שביצע הספק המעריך לפי פסקה זו, תהיה הערכת התפקוד הקובעת לצורך יישוב תביעת הביטוח בפוליסה שברשותו.
12. על אף האמור בסעיף 11.7 לעיל החברה רשאית לדחות את תוצאות הערכת תפקוד קובעת. דחתה החברה את תוצאות הערכת התפקוד הקובעת, תפעל החברה כמפורט להלן:
- 12.1. במידה והחברה תחליט לדחות את תוצאות הערכת התפקוד הקובעת, יישלח אליך מכתב מנומק תוך 15 ימי עסקים ממועד קבלת ההערכה בחברה.
- 12.2. החברה תפנה לספק מכריע תוך 3 ימי עסקים ממועד משלוח מכתב זה. הספק המכריע יעביר העתק מחוות דעתו לחברה תוך 5 ימי עסקים והחברה תעביר את העתק חוות הדעת אליך עם קבלתה.

13. הודעת המשך ברור:

- 13.1. כל עוד לא נמסרה לך הודעת קבלת המסמכים ככל ונמצא כי נדרש זמן נוסף לצורך ברור התביעה תשלח לך הודעת המשך ברור המפרטת את הסיבות לעיכוב.
- 13.2. ככל שנמצא כי נדרש מסמך או מידע נוסף לצורך ברור התביעה תצוין הדרישה במסגרת הודעה זו.
- 13.3. הודעת המשך ברור תשלח לפחות כל 90 יום. אלא אם לא הומצאו המידע או מסמכים שנדרשו ממך, ובלבד שנמסרו לך שתי הודעות עוקבות הכוללות דרישה כאמור, וצוין בהודעה האחרונה כי לא יימסרו הודעות נוספות.
- 13.4. תובע שהוא אזרח ותיק כהגדרתו בחוזר גופים מוסדיים 2022-9-2 (מי שמלאו לו 67 שנים) יוכל להגיש תביעה בעל פה באופן שמילוי טופס הגשת התביעה יבוצע על ידי נציג החברה - בהתאם לפרטים שמסר בעל פה האזרח הוותיק. בכל מקרה של חוסר במסמכים של האזרח הוותיק נציג החברה ייצור קשר טלפוני עם התובע ויעדכן אותו בכך, בנוסף למשלוח הודעה בעניין בדואר או באמצעי אלקטרוני, למעט אם האזרח הוותיק ביקש לעדכן אמצעי אלקטרוני לצורך ההתקשרות עימו. יובהר כי על החברה לתעד בהקלטה את כל השיחות המפורטות בסעיף זה.

14. הכרה בזכאות:

במידה והחברה החליטה להכיר בזכאותך לתגמולי ביטוח, יישלח אליך מכתב "אישור זכאות" בסמוך לביצוע התשלום תשלח אליך "הודעת תשלום".

15. אי הכרה בזכאות:

- 15.1. אם בתום הברור יתברר, כי אינך זכאי לתשלום תגמולי ביטוח, יישלח אליך "מכתב דחייה" מנומק ומפורט, המפרט את הסיבות לדחיית התביעה.
- 15.2. דחתה החברה את התביעה בטענה שלא קרה מקרה הביטוח, תציין החברה בהודעת הדחייה אלו מפעולות ה-ADL, התובע אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו.

16. ערעור:

תובע רשאי לערער בכל עת על כל החלטה לגבי תביעתו, לרבות על תוצאות הערכת תפקוד שבוצעה לו. אין באמור כדי לגרוע מזכות התובע למצות את זכויותיו על פי כל דין, לרבות הגשת תביעה לבית משפט נגד חברת הביטוח.

17. תקופת התיישנות:

תקופת התיישנות הינה 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח ובנוגע לקטינים 3 שנים מיום הגעתם לגיל 18 שנים וזאת בכפוף להוראות הדין.

מודגש בזאת, כי אין די בהגשת תביעה למגדל כדי לעצור את מרוץ תקופת התיישנות, וכי רק הגשת התביעה לבית המשפט עוצרת את מרוץ תקופת התיישנות, הכל בהתאם להוראות הדין.