



טופס הגשת תביעה תאונות אישיות

הודעת המבוצעת התביעת

טופס מס' 2801

מספר זהות	שם המבוצעת
מספר פוליסון	שם הסוכן
מספר תביעה	

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

א. פרטי המבוצעת		מספר זהות
שם משפחה	תאריך לידה	מין
כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	מספר דירה
טלפון נייד	סטאטוס בעבודה	מספר פקס
	<input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי	

אפשרותך לבחור את אופן שלוחה ההודעות אליו באחת מה דרכים הבאות: דואר אלקטרוני דואר ישראלי פקס
במזהה ולתקבל כל תשובה מך, אם בהריים כי ההודעות שבדון ישלו אליו באמצעות דואר ישראלי לכתובת המופיע בטופס זה.
תנאי לשלוח הודעות באמצעות דואר אלקטרוני, הינו מסירת טלפון נייד עדכני ותקין

ב. פרטים נוספים על המבוצעת			
שם קומת העבודה האחרון	שם הרופא המטפל	שם הסנייף	שם קופת החולים
<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כליית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת			
אם שנית את המקטזע / משלח-ID / העיסוק מאי הזאת הפולישה הנ"ל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט			
יעיסוקו האחרון טרם קרות האירוע:			
יעיסוקים קודמים במהלך שלוש השנים האחרונות:			
אם התבע עיניו המבוצעת, נא רשום את פרטי התביעה - שם פרטי, שם משפחה, כתובות, טלפון:			

ג. פרטי האירוע	
תאריך קרות התאונה:	תאריך הפסקת עבודה:
1. סוג האירוע: <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים דו גלגלי/תאונת דרכים הולך רגל <input type="checkbox"/> תאונה אחרת. נא פרט:	
2. נא פרט את מהלך, נסיבות ותוצאות התאונה:	
3. נא פרט את הביעות הרפואיות מהן אתה סובל:	
4. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שתיפלו בך בקשר לאירוע זה? נא פרט שמות וכינויים:	
5. האם היית או הינך עדין מאושפז בבית חולים / בית החולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט:	
6. האם הינך מרוחק למשהו או לביתך על פי הוראות הרופא? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט:	
7. האם שבת למקום עבודהך או לעיסוקך מאי קרתת התאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט:	
8. האם אשופצת בבית חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט: עד תאריך: _____	
9. נא לציין תקופת אובדן כושר: אובדן כושר מלא לעובדה: _____ עד תאריך: _____ אובדן כושר חלקי לעובדה: _____ עד תאריך: _____	
10. האם הינך מסוגל לעבודה כלשהו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן,איזה סוג של עבודה?	
11. האם הינך עסוקعصוי לעבודה כל שהוא למען שכר או תגמול? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
12. האם תוכל לדעתך לשוב לעבודך או לעיסוקך טרם קרות האירוע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם לא, פרט מדויק:	





ג. פרטי האירוע - המשך

13. האם תוכל לדעתך לעובד בעבודה אחרת או בעיסוק שונה? לא כן, נא פרט:

14. האם ברשותך ביטוחים אחרים כגון: נכות מתואנה או תואנות אישיות בחברות ביטוח אחרות? לא כן, אם כן, פרט:

15. האם גורם רפואי כל שהוא / מל"ל, קבע את נוכחות הרפואית עקב המקלה? לא כן

16. האם הגשת תביעה בגין האירוע לגורם נוסף בחברת מגדי? לא כן, מספר התביעה _____ באיזו מחלוקת?

17. האם ברשותך ביטוחים אחרים המכסים תאונה? לא כן, פרט (שם החברה, סוג הפוליס, סכומי ביטוח או פיזי, תקופת ביטוח ועוד): _____

18. האם הגשת תביעה בגין האירוע למוסד לביטוח לאומי? לא כן, ואם אחר? לא כן, פרט:

ד. מסמכים שיש לצרף

על מנת שתוכלוקדם ביעילות ובמהירות את הטיפול בתביעה, מומלץ להעביר, לפי עניין, מסמכים להוכחה כדלקמן:

טופס תביעה הכללי ותווך על סודיות (ו"ר).

אישור משטרת במדיה והאירוע בו הייתה מעורב הוא תאונת דרכים.

תיאור מפורט של נזקי הגוף שנגרמו לר' מהתאונת ביצירוף כל התיעוד הרפואי להוכחת הפגיעה הנטענת.

ב מקרה של ספירתה המבוטה, יש להמציא בנוסף לבקשתם גם את המסמכים הבאים: תעודה פטירה, צו ירושה או צו קיום צוואת חותם ומושר ע"י "biham" או רשם לענייני ירושה.

ב מקרה ומדובר בתאונת שארעה בעבודה, בדף או בחזרה ממנו יש להמציא בנוסף לבקשתם גם את המסמכים הבאים: טופס תביעה שהוגשה למוסד לביטוח לאומי וקובעת הנכות (כל' שרלוונטי) או הזכאות שנקבעה לר' ע"י גורם זה.

טופס הדעת מעבד על ייעודות העבודה (מצ"ב).

אישור מרופא המתפל על תקופת אי הconnexion מהתאונת.

טופס פרטי חשבון לצורכי העברה בנקאית.

כל מסמך אחר הקשור להוכחת הנזק.

אחר _____

הבהרה:

لتשומת ליבך כי יתכן שבמועד הטיפול ובוורו התביעה ידרשו מסמכים נוספים.

תבונתכם תידבק על דינו על בסיס הדיווח והמסמכים שהועברו ובמידת הצורך תועבר לבדיקת רופא מומחה מטעמינו / או חוקרי.

ה. הצהרות המבוצח

אני החתום מטה, בעל הפוליסת הנ"ל, מצהיר בזאת שככל הפרטים שצינו בהודעה זו הם למייטב ידיעתי נכוןים, מלאים ומדויקים.

אם היה לך זכאי לפיזי, אני מבקש להעיר אליו את התשלום ישרوت לחשבון הבנק לפי הפרטים וה坦אים הרשומים בטופס "הרשותה לביצוע העברה בנקאית", שאוצרף למשלו טופס זה.

חותמת המבוצח *

מספר זהות

תאריך





מספר פוליסה	שם הסוכן

הטופס מיועד לנשים ו�גברים כאחד
יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

טופס הודעת מעסיק על הידרות עובד עקב מחלת

הרינו להודיע כי:

העובד, שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____
אשר עבד בחברתנו החל מתאריך _____ בתפקיד _____
חדל מהגיע לעובdotו עקב תאונה החל מתאריך _____.

הנ"ל חזר לעבודתו בתאריך _____ שעות, _____ ימים בשבוע.
היה מושרטו טרם התאונה היה % _____.

בברכה,

תפקיד _____ שם _____

חתימה
וחותמת המעשיך ★ תאריך _____

ניתן להחזיר טופס זה באחת מהאפשרויות הבאות:

דו"ר ישראל לכתבות:

מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד 3063, קריית אריה פתח תקווה, 4951106
או בפקס: תביעות חיים - 03-5637750





ויתור על סודיות רפואית וככלית

A. פרטי המזהיר והצהרת ויתור סודיות

אני חתום:

שם האב	שם משפחה	מספר זהות
שם פרטי		
טלפון		
רחוב	מספר בית	מספר דירה
		ת"ד
	מספר מיקוד	מספר ישוב

נותן בה רשות לכל עובד רפואי / או רופא לרבות בתים חולים ומרפאות לרבריאות הנפש ובכלל זה המרכז לרבריאות הנפש ובריאות הגוף, קופות החולים, רופאיין, עבדיהן / או מי מטענים / או ליל שעבד של הביטוח לארץ / או לבבא גננה לישראל / או למשרד הביטוח לרבות השתלשות רפואי / או שירות בתים רפואי / או מושרד החינוך מדור כ"א וגזרות, פירוט בתים ספר והשגי בלימודים / או למשרד הפנים / או למשרד העלייה / או למשרד הקוליטה / או למנהל האוכלוסין / או משטרת הגבולות תעודת בירור רפואיים על נסוע - כנויות ויצאות מהארץ / או למשרד הבריאות להידקה לקאניביס רפואי / או למכוון גמילה / או לשוכת הבריאות – קריטיס טיפולقلب / או בתבי אבות / או לעיריות לרבות לשכות ברדרים / או לממו- המכון לomidur רפואי בע"מ / מכון מ.א.ר. / או לכל עבד בתחום הסוציאלי / או הסיעודי / או לכל עובד במוסדות המהנים קרנות פנסיה (לרובות עמידם, מקפת ומחטים קרנות פנסיה בע"מ) / או למשרד העבודה והרווחה נסועה (לפחות עמידם, מקפת ומחטים קרנות פנסיה בע"מ) / או לתפקיד המשמשה / או לכל חברות הביטוח למסoor ל-

(להלן: "המבקשים") / או מי שמציג כתוב הרשות להפועל מטעם לאיסוף מידע, את כל הפרטיהם המציגים בידי נוטני השירותים שיפורטו להלן ללא יצוא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבם הבריאותי / או הסוציאלי / או הפסיכיאטרי / או פסיכולוגי / או מאכבי בתחום הסיעודי / או השקיומי / או כל חלקה שחילתי בה בעבר או שאבי חוללה בה בעת, לרבות מידע בין תביעות מכל סוג / או תאונות תעובה דרכים / או קדומות / או מאוחרות ככל מליים, סכום הסיכון ומועד.

מי שוחרר בהা את כל המוסדות דלעיל לרבות קופות החולים / או כל רופא מרופאים / או כל עובד מעובדים / או כל רפואי מסוניים וכלי רפואיים מוסדיותיהם, לרבות מכון מור / או ב"ח גהה / או מרפאות לרבריאות הנפש / או את כל משרדי המשסלה המפורטים לעיל, לרבות הפסיכיאטרים / או שיקומיים וכלי רפואיים מסוניים מוסדיותיהם, מחובת טמייה על שמי כולם חומר המציג במחשב מגבר המידע אצל נוטני השירותים שיפורטו להלן, כולל תיק תביעת מלא, לרבות המוסוד הביטוח לאומי כול מידע על התשלומים שהמודד לביטוח לאומי שלים ומשלם לי, לרבות מידע מחלוקת רכישות ביטוח במיל"ל. הנני מוויתר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא לי את כל המוסדות לרבות קופות החולים / או מי מרופאים / או עובדים / או נוטני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסווג כלשונו בקשר למסורת מידע אכומו.

הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיווי ידוע לי כי המידע שמוסרתי במסמך זה וכול מידע נוסף רשף שאמסור (ביחד להלן: "המידע") ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ / או מגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ / או גופים בשליטה מגדל אחזקות ביטוח ופיננסים בע"מ / או מי מטעמן (ביחד להלן: "קובצת מגדל") / או ישוקף בינהם, ויעוד בהתאם לשימושים המוניים במדיניות הפרטיווי שזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושרות של פוליסות, תוכניות / או מוצריהם על שם, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיים וחובות שדרין. אני מאשר שהמידע נמסר מרצוני ובהסכמה ולא חלה עלי חוזה חוקית למסורו אותן. כמו כן, ידוע לי כי מסירת המידע תמנע מגבוצת מגדל את יכולת לספק לי את השירותים באופן מיטבי.

אני מאשר כי המידע יועבר לצדדים שלישיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לסוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבטחים משנה, גורמים מתפעלים ונוטני שירותים. ידוע לי כי בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיווי, התשמ"א-1981, הנני רשאי לעזין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקו אם נמצא כי אין שלם או מעודכן. בבקשתו לימוש זכותה העיון, ניתן לנמק קשי הלוקחות באמצעות טלפונ 03-9201010 או דואר אלקטראני mokedel@migdal.co.il או באפליקציית מגדל. מדיניות הגנת הפרטיווי זמינה עבורה בכתובה <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security>

כתב ויתור זה מחיב אותי, את עוזבוני ובאי כוחו החוקיים וכל מי שיובא במקומי.

השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

פרטים נוספים

שם קופת החולים	סניף	מספר איש בצה"ל	מספר חבר	שם קופת חברים קודמת
שמות נוטני השירותים לרבות רפואיים, מכונים, מעבדות, בתים ספר, גנים				
.4	.3	.2	.1	

B. במקירה של קטין

חתימת האפוטרופוס	כתובת	קרבה	שם משפחה	מספר זהות
★				
★				

C. ייפוי כוח

הריני מיפה את כוחו של נציג משרד עד'	או מי שמציג כתוב הרשות לפועל מטעם חרבותנו, לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.
תאריך	תאריך

חתימה
(במקירה של קטין - חתימת האפוטרופוס) ★





ד. עד לחתימה

אני ה"מ מאשר כי בתאריך _____ הופיע בפני המבוטה _____ (שם+ת.ז.) וחתם על מסמך זה.		עד לחתימה יכול להיות - סוכן ביטוח / ע"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח - כלל צילום רישיון סוכן .	
חתימת העד וחותמת כוללת מספר רישיון *	שם העד לחתיימה תאריך	מספר זהות	שם העט לחתיימה תאריך

ה. חתימת המבוטח

חתימת המボטח *	שם פרטי שם משפחה תאריך	מספר זהות
---------------------	---------------------------------	--------------





תאריך האירוע

מספר תביעה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
ש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעפרון

בקשה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח

טופו מס' 1207

לצורך הטיפול בבקשה הירק מתקבקש למלא את הפרטים הבאים.

יש לצרף טופס הוראה נפרד עבור כל תביעה) ולצורך טיפול בבקשה יש לצרף צלום המראה מבוטלת או אישור הבנק לאימומת פרטי החשבון

אני הח"מ (בעל החשבון כמפורט בספר הנקה):

מספר דירות	שם המשפחה	שם פרטי	מספר טלפון בית	מספר טלפון נייד
מספר דירות	שם המשפחה	שם פרטי	מספר טלפון בית	מספר טלפון נייד
מספר דירות	שם המשפחה	שם פרטי	מספר טלפון בית	מספר טלפון נייד
מספר דירות	שם המשפחה	שם פרטי	מספר טלפון בית	מספר טלפון נייד

מבקש ומאשר בזאת להעביר את סכום תגמולו הביטוח המגיע לו, בעקבות האירוע הביטוח המפורט בהודעת התביעה, כל שיקבע על-ידכם כי אין דקאי לתגמולים אלה, באבעזרות העברת בנקאית: שירות אל חשבון הבנק שרשויות ממופוט להלן:

שם הבנק	מספר חשבון בנק	מספר סניף	שם סניף	מספר בנק	מספר חשבון בנק
יישוב	מיקוד	תא דואר	מספר בית	כתובת הסניף (רחוב)	מספר

חישוב מלא בכתב יד קרייא וברור. במקורה של חוסר בהירות, **תשליך ההודעה** בדו"ר לכתובת הרשותה בפומיסה. הדודע לי שהודיעו על ביצוע הعبارة הבנקאית שייעבר אליו באחד האמצעים שרשמתי לעל', כולל פרטיהם אשיים שלו ואני אחראי בכך האישוני היל' לטורם ואלישו בלשונו.

אני מאשר, מצהיר ומתחייב כי:

1. כל הנתונים שמסרטו לכם לגבי הعبرה הבנקאית הנ"ל נכוןים, מדויקים ונבדקו על-ידי:
 2. הعبرת הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
 3. אני מותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
 4. ידוע לי כי אם הפרטים על-פי בדיקתכם אינם נכוןים / או לא צורף שיק מבוטל - יבוצע התשלומים בשיק.

בדוע לי, שאנו בוגר מנהלי זו משווים מהמחייבות כלשהן של חברת הביטוח להכיר בכיוון הביטוחי או בגובה תגמולית הביטוח.

ANSWER

חתימת בעל
החשבון

ANSWER

שם בעל החשבונ

1

תאריך

ANSWER

חתימת בעל
נכסים

ANSWER

www.bsp.org

למילוי אם יש יותר מمبرוטח / תובע אחד:

