



## טופס הגשת תביעה תאונות אישיות

הודעת המבוטח התובע

טופס מספר **2801**

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה
מספר תביעה	

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

א. פרטי המבוטח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מקצוע / עיסוק
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	תיבת דואר
מספר טלפון נייד	סטטוס בעבודה	דואר אלקטרוני		מספר פקס	
	שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/>				

באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך באחת מהדרכים הבאות:  דואר אלקטרוני  דואר ישראל  פקס במידה ולא תתקבל כל תשובה ממך, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה. תנאי למשלוח ההודעות באמצעות כתובת דואר אלקטרוני, הינו מסירת טלפון נייד עדכני ותקין

ב. פרטים נוספים על המבוטח			
שם קופת החולים	שם הסניף	שם הרופא המטפל	שם מקום העבודה האחרון
<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת			

האם שינית את המקצוע / משלח יד / העיסוק מאז הוצאת הפוליסה הנ"ל?  לא  כן, נא פרט \_\_\_\_\_  
 עיסוקך האחרון טרם קרות האירוע: \_\_\_\_\_  
 עיסוקים קודמים במהלך שלוש השנים האחרונות: \_\_\_\_\_  
 אם התובע אינו המבוטח, נא רשום את פרטי התובע - שם פרטי, שם משפחה, כתובת, טלפון: \_\_\_\_\_

ג. פרטי האירוע	
תאריך קרות התאונה: _____	תאריך הפסקת עבודתך: _____
1. סוג האירוע: <input type="checkbox"/> תאונת עבודה <input type="checkbox"/> תאונת דרכים רכב/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 הבעיות הרפואיות מהן אתה סובל: _____	
4. מי הם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו בך בקשר לאירוע זה? נא פרט שמות וכתובות: _____	
5. האם היית או הינך עדיין מאושפז בבית חולים / בית החלמה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט: _____	
6. האם הינך מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות הרופא? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט: _____	
7. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט: _____	
8. האם אושפזת בבית חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא פרט: _____ עד תאריך: _____	
9. נא לציין תקופת אובדן כושר: <b>אובדן כושר מלא לעבודה:</b> _____ עד תאריך: _____ <b>אובדן כושר חלקי לעבודה:</b> _____ עד תאריך: _____	
10. האם הינך מסוגל לעבודה כלשהי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, איזה סוג של עבודה? _____	
11. האם הינך עוסק עכשיו בעבודה כל שהיא למען שכר או תגמול? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
12. האם תוכל לדעתך לשוב לעבודתך או לעיסוקך טרם קרות האירוע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם לא, פרט מדוע: _____	

(מהדורה 07.2022)



0171928010102010722

עמוד 1 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 719



### ג. פרטי האירוע - המשך

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

14. האם ברשותך ביטוחים אחרים כגון: נכות מתאונה או תאונות אישיות בחברות ביטוח אחרות?  לא  כן, אם כן, פרט: \_\_\_\_\_

15. האם גורם רפואי כל שהוא / מ"ל, קבע את נכותך הרפואית עקב המקרה?  לא  כן

16. האם הגשת תביעה בגין האירוע לגורם נוסף בחברת מגדל?  לא  אם כן, מספר התביעה \_\_\_\_\_ באיזו מחלקה? \_\_\_\_\_

17. האם ברשותך ביטוחים אחרים המכסים תאונה?  לא  כן, פרט (שם החברה, סוג הפוליסה, סכומי ביטוח או פיצוי, תקופת ביטוח ועוד): \_\_\_\_\_

18. האם הגשת תביעה בגין האירוע למוסד לביטוח לאומי?  לא  כן, ו/או לכל גורם אחר?  לא  כן, פרט: \_\_\_\_\_

### ד. מסמכים שיש לצרף

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

- טופס תביעה הכולל ויתור על סודיות (וס"ר).
- אישור משטרה במידה והאירוע בו היית מעורב הוא תאונת דרכים.
- תיאור מפורט של נזקי הגוף שנגרמו לך מהתאונה בצירוף כל התיעוד הרפואי להוכחת הפגיעה הנטענת.
- במקרה של פטירת המבוטח, יש להמציא בנוסף למבוקש גם את המסמכים הבאים: תעודת פטירה, צו ירושה או צו קיום צוואה חתום ומאושר ע"י ביהמ"ש או רשם לענייני ירושה.
- במקרה ומדובר בתאונה שארעה בעבודה, בדרך או בחזרה ממנה יש להמציא בנוסף למבוקש גם את המסמכים הבאים: טופס תביעה שהוגשה למוסד לביטוח לאומי וקביעת הנכות (ככל שרלוונטי) או הזכאות שנקבעה לך ע"י גורם זה.
- טופס הודעת מעביד על היעדרות מהעבודה (מצ"ב).
- אישור מהרופא המטפל על תקופת אי הכושר מהתאונה.
- טופס פרטי חשבון לצורך העברה בנקאית.
- כל מסמך אחר המסייע להוכחת הנזק.
- אחר \_\_\_\_\_

הבהרה:

לתשומת ליבך כי ייתכן שבמעמד הטיפול וברור התביעה יידרשו מסמכים נוספים. תביעתכם תיבדק על ידנו על בסיס הדיווח והמסמכים שהועברו ובמידת הצורך תועבר לבדיקת רופא מומחה מטעמינו ו/או חוקר. מודגש כי אין בבקשתנו להעברת המסמכים הנ"ל כדי להוות הכרה בחבות ו/או בכיסוי הביטוחי.

### ה. הצהרות המבוטח

אני החתום מטה, בעל הפוליסה הנ"ל, מצהיר בזאת שכל הפרטים שצוינו בהודעה זו הם למיטב ידיעתי נכונים, מלאים ומדויקים.

אם אהיה זכאי לפיצוי, אני מבקש להעביר אליי את התשלום ישירות לחשבון הבנק לפי הפרטים והתנאים הרשומים בטופס "הרשאה לביצוע העברה בנקאית", שאצרף למשלוח טופס זה.

	תאריך	מספר זהות	
* חתימת המבוטח	_____	_____	_____

מחזור 07.2022





מספר פוליסה	שם הסוכן

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

## טופס הודעת מעסיק על היעדרות עובד עקב מחלה

הרינו להודיע כי:

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

בברכה,

שם \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

חתימה

★ וחותמת המעסיק

תאריך \_\_\_\_\_

**ניתן להחזיר טופס זה באחת מהאפשרויות הבאות:**

דואר ישראל לכתובת:

מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063, קריית אריה פתח תקווה, 4951106.

או בפקס: תביעות חיים - 03-5637750





## ויתור על סודיות רפואית וכללית

### א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ:

שם האב	שם פרטי	שם משפחה			מספר זהות							
		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 "גה", 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 נסע – כניסות ויציאות 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 לעיריות 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 הסיעודי 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 מטעמם 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 הסיעודי 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 מרפאיהם 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 גה 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 הסיעודי 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 מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 וכל חוק אחר שהחליף אותו ו/או בא במקומו והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות פרטיים/ארגוניים לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן, לרבות מידע שנמסר על ידי צד שלישי. 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, מכונים, 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.

תאריך	חתימה
	★ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)

### ד. עד לחתימה

אני הח"מ מאשר כי בתאריך \_\_\_\_\_ הופיע בפני המבוטח \_\_\_\_\_ (שם+ז.ת) 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.

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד וחתימת כוללת מספר רישיון
			★

### ה. חתימת המבוטח

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח
			★



011060000101270622

עמוד 4 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 106



תאריך האירוע
מספר תביעה

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

## בקשה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי ביטוח

טופס מספר **1207**

קבוצת מגדל שמחה להודיעך על האפשרות לתשלום תגמולי ביטוח/פיצוי באמצעות העברה בנקאית.  
לצורך הטיפול בבקשה הינך מתבקש למלא את הפרטים הבאים.

(יש לצרף טופס הוראה נפרד עבור כל תביעה)

לצורך טיפול בבקשה יש לצרף תצלום המחאה מבוטלת או אישור הבנק לאימות פרטי החשבון

אני הח"מ (בעל החשבון כמופיע בספרי הבנק):

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד
יישוב	כתובת (רחוב)	מספר בית	מספר דירה	תא דואר
מיקוד				

מבקש ומאשר בזאת להעביר את סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי המפורט בהודעת התביעה, ככל שיקבע על-ידיכם כי אני זכאי לתגמולים אלה, באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

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

חשוב למלא בכתב יד קריא וברור. במקרה של חוסר בהירות, תשלח ההודעה בדואר לכתובת הרשומה בפוליסה.  
ידוע לי שהדיווח על ביצוע ההעברה הבנקאית שיועבר אליי באחד האמצעים שרשמתי לעיל, יכלול פרטים אישיים שלי ואני אחראי באופן בלעדי לכל חשיפה ו/או מסירה של הפרטים האישיים הנ"ל לגורם שלישי כלשהו.

**אני מאשר, מצהיר ומתחייב כי:**

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי ההעברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על-ידי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי כי אם הפרטים על-פי בדיקתכם אינם נכונים ו/או לא צורף שיק מבוטל - יבוצע התשלום בשיק.

ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

<input type="text"/>	תאריך	<input type="text"/>	שם בעל החשבון	<input type="text"/>	חתימת בעל החשבון *
<b>למילוי אם יש יותר ממבוטח / תובע אחד:</b>					
<input type="text"/>	שם בעל החשבון	<input type="text"/>	חתימת בעל החשבון *	<input type="text"/>	חתימת בעל החשבון *

(מהדורה 08.2020)

