



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 ☐ ז ☐	
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	תחביב עם סיכון מיוחד
מספר טלפון נייד	סטאטוס בעבודה	דואר אלקטרוני		מספר פקס	
	שכיר ☐ עצמאי ☐				
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
☐ מכבי ☐ כללית ☐ לאומית ☐ 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: ☐ תאונת עבודה ☐ תאונת דרכים רכב/תאונת דרכים דו גלגלי/תאונת דרכים הולך רגל ☐ 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? ☐ לא ☐ כן, נא פרט: _____	
6. האם הינך מרותק למיטה או לביתך על פי הוראות הרופא? ☐ לא ☐ כן, נא פרט: _____	
7. האם שבת למקום עבודתך או לעיסוקך מאז קרתה התאונה? ☐ לא ☐ כן, נא פרט: _____	
8. האם אושפזת בבית חולים? ☐ לא ☐ כן, נא פרט: _____ עד תאריך: _____	
9. נא לציין תקופת אובדן כושר: אובדן כושר מלא לעבודה: _____ עד תאריך: _____ אובדן כושר חלקי לעבודה: _____ עד תאריך: _____	
10. האם הינך מסוגל לעבודה כלשהי? ☐ לא ☐ כן, אם כן, איזה סוג של עבודה? _____	
11. האם הינך עוסק עכשיו בעבודה כל שהיא למען שכר או תגמול? ☐ לא ☐ כן _____	
12. האם תוכל לדעתך לשוב לעבודתך או לעיסוקך טרם קרות האירוע? ☐ לא ☐ 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 ★		





שם הסוכן	מספר פוליסה

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 _____

תאריך _____
חתימה
וחותמת המעסיק ★ _____

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:

מספר זהות				שם משפחה			שם פרטי		שם האב
רחוב				מס' בית	מס' דירה	ת"ד	יישוב	מיקוד	מספר טלפון

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 – 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 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 מרפאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מספיק מוסדותיהם, לרבות מכון מור ו/או ב"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 מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמן 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 מטעמן 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+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.

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
ישוב	כתובת (רחוב)	מספר בית	מספר דירה	תא דואר

מבקש ומאשר בזאת להעביר את סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי המפורט בהודעת התביעה, ככל שיקבע על-ידכם 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
ישוב	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.

תאריך	שם בעל החשבון	חתימת בעל החשבון *
למילוי אם יש יותר ממבוטח / תובע אחד:	שם בעל החשבון	חתימת בעל החשבון *

(מהדורה 08.2020)

