שמגד
חברה לניהול תביעות בע"מ
בשם מגדל חברה לביטוח בע"מ

הודעת מבוטח – תביעה לתשלום
בגין ביטוח סיעודי

א. פרטים כללים:

מספר פוליסה: _____

בעל/ת הפוליסה: _____

ב. פרטי המבוטח/ת:

שם ומשפחה: _____ מס' ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

כתובת: _____ מיקוד: _____ טלפון: _____

באיזו קופת חולים את/ה מטופל/ת: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____

שם רופא הבית וכתובתו: _____

ג. פרטי מקרה הביטוח:

1. האם המצב הסיעודי נגרם ע"י תאונה או מחלה? פרט: _____
_____
2. מתי קרה האירוע או מתי הופיעו לראשונה סימני המחלה? _____
_____
3. פרטים על מהלך סיבות ותוצאות התאונה/המחלה: _____
_____
4. מיהם הרופאים או המוסדות הרפואיים שטיפלו במבוטח/ת בקשר לתאונה/מחלה הנוכחית? _____
_____
5. האם המבוטח/ת מאושפז/ת בגין האירוע הביטוחי בבית חולים כללי? בבית החלמה? בבי"ח סיעודי? האם קיבל/ה סיוע בבית ע"י אח/ות סיעודי/ית? אם כן, פרט: _____
פרטי נותן הסיוע: שם: _____ כתובת: _____ טלפון: _____
6. האם יש צפי לשיפור במצב התפקודי של המבוטח/ת ? _____ האם צפויה הידרדרות? _____
האם המצב צפוי להישאר סטטי? _____
7. פרוט השירותים הסיעודיים הניתנים כיום: _____
ע"י מי ניתנים: _____

אני (המבוטח/ת)_____ מצהיר/ה בזאת כי כל האמור לעיל הוא נכון וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.

אני מבקש לאור האמור לעיל, לשלם לי את הפיצוי לפי תנאי הפוליסה.

תאריך:_____ חתימה: _X_____

רח' היצירה 3, קרית-אריה, פ"ת 49512 טל': 03-9295099

לצורך הגשת התביעה יש לצרף לטופס ההודעה את המסמכים הבאים:

1. מסמך רפואי עדכני מהרופא המטפל.
2. סיכומי אישפוז במידה וקיימים.
3. צילום תעודת זהות של המבוטח.
4. טופס ויתור סודיות רפואית חתום (מצורף).
5. בקשה להעברה בנקאית + צילום שיק.

אנא העבירו כל המסמכים הרשומים מעלה למען נוכל לטפל בתביעתכם במהירות וביעילות.
ייתכן כי בעת בדיקת התביעה יעלה הצורך במסמכים נוספים.

מגדל חברה לביטוח בע"מ
רח' היצירה 3, קרית אריה
פתח תקוה 49512

שמגד מוקד תביעות
טל- 03-929-5099

WWW.MIGDAL.CO.IL

שמגד
חברה לניהול תביעות בע"מ
בשם מנדל חברה לביטוח בע"מ

שאלון הערכה תפקודית

שם ומשפחה: _____ מס' ת.ז.: _____

שאלון זה ימולא ע"י הרופא המטפל

הפעילות	הערכת מצב תפקודי ניידות ותפקוד בסיסי	לפני הארוע	אחרי הארוע	הערות
רחצה	מתרחץ ללא עזרה			
	זקוק לעזרה חלקית במקלחת			
	זקוק לעזרה מלאה במקלחת			
	זקוק לעזרה בגילוח (כן / לא)			
	יש לרחצו במיטה			
אכילה	עצמאי			
	זקוק לעזרה			
	זקוק להאכלה מלאה			
הלבשה	עצמאי			
	זקוק לעזרה חלקית			
	זקוק לעזרה מלאה			
	הערכת ניידות ותפקוד בסיסי			
ניידות	מהלך בלי כל עזרה – הליכה יציבה			
	מתהלך בעצמו – הליכה בלתי יציבה/ בעיות בשיווי משקל			
	מתהלך בעצמו באמצעות הליכון / קביים / תותבת. כן / לא פרט:			
	מרותק לכיסא גלגלים ומסוגל לנוע בלי עזרה			
	מרותק לכיסא וזקוק למישהו להסיעו			
	מרותק למיטה ואין אפשרות להורידו לכיסא.			
	יורד בלי עזרה מהמיטה לכיסא			
	זקוק לעזרה על מנת לקום ולשכב			
שליטה על סוגרים	**הערכת ניידות ותפקוד בסיסי**			
	שולט על מתן שתן ופעולות מעיים			
	אינו שולט על פעולות מעיים			
	אינו שולט על מתן שתן			
	זקוק לקטטר/טיטול			

שם הרופא המדווח: _____

_____ _____

חתימה + חותמת תאריך

(10/2009)

ויתור על סודיות רפואית וכללית

חלק א' **אני הח"מ מטה (במקרה של קטין יירשמו פרטיו):**

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	שם האב
_____	_____	_____	_____

רחוב	מספר	ישוב	מיקוד	טלפון
_____	_____	_____	_____	_____

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון – השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע – כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי – חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או בי"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור ל: _____ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.
אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במל"ל .
הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.
נותני השירותים שיפורטו להלן.

חלק ב' **שם קופ"ח: _____ סניף: _____ מס' חבר: _____ שם המוסד: _____**

שמות נותני השירותים:

רופאים	**1.** _____	**2.** _____
	3. _____	**4.** _____
מכונים, מעבדות	**1.** _____	**2.** _____
	3. _____	**4.** _____

.....

מס' אישי בצה"ל: _____ שם קופ"ח קודמת: _____

במקרה של קטין:
שם האם: _____ ת"ז: _____ שם האב: _____ ת"ז: _____

תאריך	עד לחתימה מס' ת"ז	חתימה
_____	_____	_____

(במקרה של קטין –חתימת האפוטרופוס)

.....

יפוי כח
הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה
_____	_____	_____

לכבוד
שמגד חברה לניהול תביעות בע"מ
מגדל חברה לביטוח בע"מ
רחוב היצירה 3 קרית אריה
פתח תקוה 49512

למדור תביעות חיים
ניתן להעביר באמצעות פקס מס': 03-5637750

חובה לצרף שיק מבוטל לאימות פרטי חשבון בנק

הנדון: **הרשאה לביצוע העברה בנקאית של תגמולי הביטוח (*).**
יש לצרף טופס הרשאה נפרד לכל תביעה.

אירוע מיום . . . . /. . . . . /. . . . .

אני החתום/ה מטה . . . . . ת.ז. מס' /. . . /. . . /. . . /. . . /. . . /. . . /. . . /. . . /. . . /. . . /

מרחוב . . . . . מס' . . . . . ישוב . . . . . מיקוד . . . . . .

מס' טלפון . . . . . טלפון נייד . . . . . .

מבקש/ת ומאשר/ת בזאת, להעביר את סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי המפורט לעיל, ככל שיקבע על ידיכם כי הנני זכאי/ת לתגמולים אלו, באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

שם הבנק	
קוד הבנק (מספר)	
מספר הסניף	
שם הסניף	
כתובת הסניף	
מס' החשבון	
ת.ז. בעל החשבון (מבוטח ראשי – ראש משפחה בלבד)	
שם בעל/ת החשבון	

מצ"ב שיק מבוטל לאימות הפרטים לעיל.

אני מאשר/ת, מצהיר/ה ומתחייב/ת, 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.
- הנני מוותר/ת על כל טענה/דרישה/תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי כי באם הפרטים עפ"י 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 וחתימה