



שם המבוטח	קרה פיר 5/1
מספר זהות	65272221
שם הסוכן	
מספר פוליסה	14866966

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

דף הנחיות לטופס 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.

- חלק א'**, כולל את פרטי המבוטח.
פרטים אישיים, פרטים אודות האירוע, מידע סיעודי נוסף.
- חלק ב'**, נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל הכולל: שאלון הערכה תפקודית (מצ"ב).
- חלק ג'**, טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (מצ"ב) (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 אפוסטרופוס).

לטופס זה יש לצרף:

- 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.
- 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.
- במידה והוגשה תביעה לביטוח הלאומי יש לצרף מסמכים ואישורי זכאות.
- במידה ומונה אפוסטרופוס או קיים ייפוי כוח נטריוני יש לצרפו.
- תצלום המחאה מבוטלת ו/או אישור מהבנק על ניהול חשבון לצורך תשלום בהעברה בנקאית.

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 לביטוח החבות.

לתשומת ליבך,

ניתן ליצור קשר עם נציג שירות אישי לצורך הטיפול בתביעתך באמצעות שירות הקוחות 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.

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 622



016226220113080221

עמוד 1 מתוך 13 דפים

שם המבוטח	מספר זהות
קריה קי-51	65272221
שם הסוכן	מספר פוליסה
	14806966

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



דף הנחיות לטופס 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 02.2021)

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106



016226220213080221

עמוד 2 מנוף 13 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 622



להלן טבלת המועדים להליך יישוב התביעה 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 אינו 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 המסמכים ולאחר שהחליטה החברה כי המידע שברשותה 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 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.

(מחזור 102.2021)

מידע נוסף ניתן למצוא באתר www.migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 622

עמוד 3 מתוך 13 דפים

016226220313080221





שם המבוטח	מספר זהות
קרה קירנר	65272221
שם הסוכן	מספר פוליסה
	14866966

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

טופס הגשת תביעה - פוליסת סיעוד

הודעת המבוטח התובע

טופס מספר 622

א. פרטי המבוטח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	
65272221	קירנר	קרה	01/07/1952	☒ נקבה ☐ זכר	
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	
אה ייטסון שרה		18	סני תקווה	4939 722	
דואר אלקטרוני		מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	
			0507364096		
שם הרופא המטפל			שם קופת חולים		
			☒ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת		

ב. מקום הימצאו של המבוטח			
☒ בית		☐ מוסד סיעודי / גריאתרי	
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 מגורים (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד	דואר אלקטרוני

* אני מסכים כי מסמכים והודעות בנושא התביעה מטעם החברה ישלחו 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 שצינת לעיל	
* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני: 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.	☐ דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד) ☒ דואר ישראל ☐ פקס בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.
אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו. ☐ יש לסמן ולרשום את שם הסוכן _____ מס' סוכן _____ הריני מאשר בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ ("להלן - "מגדל") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח ששמו רשום מעלה 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.	
חתימה 15.10.25 שם פרטי ושם משפחה	מספר תעודת זהות 65272221

(מהדורה 02.2021)

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך 622

עמוד 4 מתוך 13 דפים

016226220413080221





שם המבוטח	מספר זהות
חנה קרני	65272221
שם הסוכן	מספר פוליסה
	14866966

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

ה. פרטי האירוע

סוג האירוע:

☒ תאונה - מועד קרות התאונה

☐ מחלה - מועד פרוץ וגילוי המחלה

29/6/25

29/6/25

החל מאיזה מועד הנך סבור שהפכת לסייעדי?
השתלשלות מפורטת של המחלה בציון תאריכי טיפול / אישפוז:
המטופלת יולגית, נוטת, אשפוז, ניתוח, צנין, גרדת, גרדת, אשפוז, ניתוח.

ו. מידע סיעודי נוסף

ביטוח לאומי	% הגמלה/שעות	החל מתאריך	אחר	% הגמלה/שעות	החל מתאריך
☐ גמלת סיעוד			☐ משרד הביטחון		
☐ גמלת שירותים מיוחדים			☐ הקרן לניצולי שואה		
☐ גמלת ילד נכה					
☐ קצבת נידות					
☐ מטופל ביחידה לטיפול בית, מכבי שירותי בריאות?	☒ לא	☐ כן	פרט החל מתאריך		
☐ האם הנך מבטח בביטוח סיעודי נוסף?	☒ לא	☐ כן	פרט		
☐ האם הנך מקבל / קיבלת תגמולי ביטוח?	☒ לא	☐ כן	פרט		

* 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.
יש לצרף תצלום המחאה או אישור לניהול חשבון בנק בהם מופיעים פרטי הזיהוי של המבוטח.

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.

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.

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

חתימה *

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.

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

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.
15.12.25	חנה	קרני	65272221
יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם אינו המבוטח)	חתימה *	חתימת הורה נוסף במקרה של קטין *	

(מהדורה 02.2021)



016226220513080221

מוד 5 מתוך 15 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 622



ויתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

שם פרטי		שם משפחה		מספר זהות	
זארה		קרימר		152272226	
שם האב	מיקוד	יישוב	ת"ד	מס' דירה	מס' בית
זארה	4439722	נתח תקווה		1	18
מספר טלפון		רחוב			
050 7304096		שׂה אהיינסון			

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי /או רופא /או מוסד רפואי לרבות בתי חולים ומרפאות לבריאות הנפש ובכלל זה המרכז לבריאות הנפש "גהה", קופות החולים, רופאים, עובדיהם /או מי מטעמם /או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי /או לצבא הגנה לישראל /או למשרד הביטחון לרבות השתלשלות פרופיל /או שירות בתי הסוהר - אישי ורפואי /או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות, פירוט בתי ספר והשגה בלימודים /או למשרד הפנים /או למשרד העלייה /או למשרד הקליטה /או למנהל האוכלוסין /או משטרת הגבולות תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ /או למשרד הבריאות לרבות היחידה לקנאביס רפואי /או למכוני גמילה /או לשכונת הבריאות - כרטיס טיפת חלב /או בתי אבות /או לעיריות לרבות לשכות הרווחה /או למכון לבריאות בדרכים /או למור - המכון למידע רפואי בע"מ /מכון מ.א.ר. /או לכל עובד בתחום הסוציאלי /או הסיעודי /או לכל עובד במוסדות המנהלים קרנות פנסיה (לרבות עמיתים, מקפת ומבטחים קרנות פנסיה בע"מ) /או למשרד התעסוקה /או לכל חברות הביטוח למסור ל- (להלן: "המבקשים") /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 /או הסוציאלי /או הפסיכיאטרי /או פסיכולוגי /או מצבי בתחום הסיעודי /או השיקומי /או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת, לרבות מידע בגין תביעות מכל סוג /או תאונות עבודה /או תאונות דרכים /או קודמות /או מאוחרות כולל תשלומים, סכום הסילוק ומועד.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל לרבות קופות החולים /או כל רופא מרופאיהם /או כל עובד מעובדיהם /או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים /או פסיכיאטריים /או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, לרבות מכון מור /או ב"ח גהה /או מרפאות לבריאות הנפש /או את כל משרדי הממשלה המפורטים לעיל, חברות הביטוח והמוסדות המנהלים את קרנות הפנסיה, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי /או השיקומי /או הסוציאלי /או הסיעודי /או הפסיכיאטרי /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 /או למי מרופאיהם /או עובדיהם /או מי מטעמם /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 /או בא במקומו והיא על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות פרטיים/ארגוניים לרבות קופות החולים /או רופאיהם /או עובדיהם /או מי מטעמם /או נותני השירותים שיפורטו להלן.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי 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
נא"ר				
שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכונים, מעבדות, בתי ספר, גנים				
1. ד"ר חליה השון	2. ד"ר יעקב	3.	4.	

ב. במקרה של קטין

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

ג. ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג משרד ע"ד זארה קרימר 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 15.11.25 הופיע בפני המבוטח זארה קרימר (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 המבוטח
15.11.25	ז'אן אריאל	066630930	חתימת המבוטח

ה. חתימת המבוטח

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח
15.11.25	ז'אן קרימר	6527777	חתימת המבוטח

מגדל חברה לביטוח בע"מ



011060000613150221

עמוד 6 מתוך 13 דפים

קוד מסמך 106



שאלון הערכה תפקודית לרופא המטפל

למילוי על-ידי רופא בלבד

שם המבוטח	מספר זהות
קירה זינר	065272221
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
	14866466
מספר תביעה	
50010111	

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

א. פרטי המוערך					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון
065272221	קירנר	קירה	1/7/52	נקה ☒ זכר ☐	0507364096

ב. מקום ביצוע ההערכה התפקודית	
בית המבוטח	מוסד סיעודי / גריאטרי - שם המוסד
	שם בית אבות בו שוהה המבוטח
	החל מ

ג. אבחנות רפואיות ותאריכים	
תאריך	אבחנה רפואית

ד. טיפול תרופתי שמקבל המבוטח	

ה. מצב תפקודי	
ניידות	עצמאי ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐
שיתוק	אין שיתוק ☐ שיתוק גוף ימין/שמאל, עליון/תחתון ☐ שיתוק שתי גפיים תחתונות ☐ שיתוק ארבע גפיים ☐
לקום ולשכב	עצמאי ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐
לאכול ולשתות	עצמאי ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐
להתלבש ולהתפשט	עצמאי ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐
להתרחץ ולהתגלח	עצמאי ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐
לשלוט על הסוגרים	שכן: ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ מבוטח שבשל היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתכיפות במתן שתן, ובשבש קושי בניידות אינו מסוגל לשלוט על סוגריו, "יחשב כמי שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) של הפעולה "לשלוט על הסוגרים", כהגדרתה בחוזר סיעודי. 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 סיעודי. פעולות מעיים: ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐
התמצאות	☐ מתמצא בזמן ובמקום ☐ לא מתמצא בזמן ובמקום ☐ מבוטל לעיתים רחוקות ☐ מבוטל לעיתים קרובות ☐
מצב רגשי	מדוכא: ☐ לעיתים רחוקות ☐ לעיתים קרובות ☐ מצב דיכאוני קבוע ☐ תוקפן: ☐ לעיתים רחוקות ☐ לעיתים קרובות ☐ 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 והחותמת המעריך



018720000813011120

עמוד 8 מתוך 13 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך 872

(מחזורת 02.2021)