



Freiberg Raskin
Law Office

Ariel Freiberg, Adv.
Igal Raskin, Adv.

בדוא"ל
מבלי לפגוע בזכויות

דצמבר 2025
Office@freiberg-law.com

פרייברג רסקין
משרד עורכי דין

אריאל פרייברג, עו"ד
יגאל רסקין, עו"ד



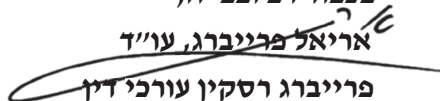
לכבוד
מחלקת ביטוחי בריאות
מגדל חברה לביטוח בע"מ
באמצעות דוא"ל

ח"נ שלום רב,

הנדון: קלרה קירנזר, ת"ז 065272221
פוליסה שמספרה: 14866966

בהמשך למכתבכם ולשיחתנו הטלפונית הריני מתכבד לפנות ולצרף כדלקמן:

1. מצ"ב טופס התביעה מלא וחתום.
2. מצ"ב צילום ת"ז בצירוף ספח.
3. כן, מצ"ב אישור ניהול חשבון.
4. לעיונכם וטיפולכם המסור בתשלום תגמולי הביטוח ושליחת מכתב המפרט את זכאותה נודה.

בכבוד רב ובב"ח,

אריאל פרייברג, עו"ד
פרייברג רסקין עורכי דין



שם המבוטח	קרה קיר/ר
מספר זהות	05272221
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 את 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 צא אפוסטרופוסות).

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 המאבחן 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 בדינו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

לתשומת ליבך,

ניתן ליצור קשר עם נציג שירות אישי לצורך הטיפול בתביעתך באמצעות שירות הלקוחות 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

עמוד 1 מתוך 13 דפים

016226220113080221





שם המבוטח	מספר זהות
קליה קיטר	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 - 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 הרלוונטים 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 תתבצע 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.

(מחזורת 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 4951006

מגדל חברה לביטוח בע"מ

016226220313080221

עמוד 3 מתוך 13 דפים

קוד מסמך: 622



שם המבוטח	מספר זהות
קלה 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	קלה	01/07/1952	נקה ☒ זכר ☐
כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	יישוב	מיקוד
אה ינסון שירה		18	נתני תקווה	4939722
דואר אלקטרוני		מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס
			0507364096	
שם הרופא המטפל			שם קופת חולים	
			☐ מאוחדת ☐ לאומית ☐ מכבי ☒ כללית	

ב. מקום הימצאו של המבוטח			
☒ בית ☐ מוסד סיעודי / גריאטרי			
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 יישלחו 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 מכוון 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 שרשמה 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 יישלחו 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 שמודע 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.	
תאריך 15.10.25	שם פרטי ושם משפחה קלה קירנר
מספר תעודת זהות 65272221	חתימה

(מהדורה 1/2021)



יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

סוג האירוע:

תאונה - מועד קרות התאונה

מחלה - מועד פרוץ וגילוי המחלה ☐

29/6/75

ביטוח לאומי

* במידה וקיימת ו/או הייתה בעבר זכאות לתגמולי ביטוח לאומי, מומלץ לצרף אישור זכאות רלוונטיים.

תגמולי הביטוח (למעט במקרה של קטיין), משולמים באמצעות הפקדה לחשבון הבנק בלבד.

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.

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ובדקו על ידיי.
2. אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי /ואו משותף /ולכן/בת זוגי.
3. ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחראי בלבד.
4. אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
5. ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר ביטוי הביטוח או בגובה תגמולי הביטוח.

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

★ חתימה

כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה המוכחית.

כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנכונה.

ידוע לי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עתיד לגרום לדין ולעונש. במקרה של קטי/חסוי, יציינו את שמם ויחתמו האפטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפטרופוס - יש לצרפו.

★ חתימת הורה
נוסף במקרה
של קטין





ניתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ:

מספר זהות	65272221	שם משפחה	קרייזר	שם פרטי	חיה	שם האב	אברהם
רחוב	סיה יהויקים	מס' בית	18	מס' דירה	1	מיקוד	4939722
מספר טלפון	0507304096	ת"ד		יישוב	נתן תל אביב	מספר טלפון	

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, פירות בתי ספר והשגי 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 למכונת גמילה /או לשירות הבריאות - כרטיס טיפת חלב /או בתי אבות /או לעיריות לרבות לשכות הרווחה /או למכון לבטיחות 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 הבריאות /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 ונועדם.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל לרבות קופות החולים /או כל רופא מרפאיהם /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 הבריאות /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 מרפאיהם /או עובדיהם /או מי מטעמם /או נותני השירותים שלהן, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי יזה 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 עוזבתי 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"מ				

שמות נותני השירותים לרבות רופאים, מכונים, מעבדות, בתי ספר, גנים

1. ד"ר חיים השמן	2. ד"ר יעקב	3.	4.
------------------	-------------	----	----

ב. במקרה של קטין

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

ג. יפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג משרד עו"ד אריאל קרייזר או מי שמציג כתב הרשאה לפעול מטעם חברתנו, לקבל את המידע הרפואי המפורט לעיל.

חתימה	חתימה
★ (במקרה של קטין - חתימת האפוטרופוס)	★

ד. עד לחתימה

אני הח"מ מאשר כי בתאריך 15.11.25 הופיע בפני המבוטח חיה קרייזר (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	15.11.25	שם העד לחתימה	חיה קרייזר	מספר זהות	066630930	חתימת המבוטח	חיה קרייזר
-------	----------	---------------	------------	-----------	-----------	--------------	------------

ה. חתימת המבוטח

תאריך	15.11.25	שם פרטי ושם משפחה	חיה קרייזר	מספר זהות	65272221	חתימת המבוטח	★
-------	----------	-------------------	------------	-----------	----------	--------------	---

מגדל חברה לביטוח בע"מ



שאלון הערכה תפקודית לרופא המטפל

למילוי על-ידי רופא בלבד

שם המבוטח	מספר זהות
קריה זיכרון	65272221
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
	14860466
	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	קריה	קריה	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	שתן: ☐ מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה) ☐ מבטח שבשל היענות נמוכה של השלפוחית שמתבטאת למשל בדחיפות או בתיכפות במתן שתן, ושבשל קושי בניידות אינו מסוגל לשלוט על סוגריו, ייחשב 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 ☐ מבולבל לעיתים רחוקות ☐ מבולבל לעיתים קרובות
מצב רגשי	מדוכא: ☐ לעיתים רחוקות ☐ לעיתים קרובות תוקפן: ☐ לעיתים רחוקות ☐ לעיתים קרובות ☐ מצב דיכאון קבוע ☐ תוקפני כל הזמן

מטופל על-ידי: ☐ 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

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך 872

עמוד 8 מתוך 13 דפים

018720000813011120

לכבוד:

קלרה קירזנר

הנדון: אישור בעלות

לבקשתכם הננו לאשר כי חשבון שמספרו 330-45913126

מנוהל בבנק לאומי לישראל בע"מ, בסניף 940

ומתנהל על שם:

שמות המעורבים	סוג המעורבות	סוג זיהוי	מספר הזיהוי
קירזנר קלרה	בעלים	ת.ז.	65272221
קירזנר שלמה	בעלים	ת.ז.	65422735

מספר זה"ב: IL080109400000045913126

סוויפט: LUMIILITXXX

קוד מסלקה: IL010940

כתובת סניף: יצחק רבין 1 מתחם גלובל, פתח תקווה


מלכה נור
9400בברכה,
בנק לאומי לישראל בע"מ
940

ט.ל.ח.

מדינת ישראל
משרד הפנים
נולה ישראל
وزارة الداخلية
ספח לתעודת זהות
ملحق لبطاقة الهوية

מספר זהות
0 6527222 1

שם המשפחה הקודם
שם המצוץ
שם הפרטי
שם נעורים
תאריך הלידה
תאריך תחולת
תאריך תפוגת
שם המצוץ
שם הפרטי
שם נעורים
תאריך הלידה
תאריך תחולת
תאריך תפוגת

נשואה

0 6542273 5

קירזנר

שלמה

0 6527222 1

מספר זהות

בעל התעודה

ילד/ילדה

ולד/ילדה

קירזנר מעלים

שם המשפחה

שם המצוץ

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי

0 3417872 3

מספר זהות

בעל התעודה

26.08.1977 י"ג באב התשע"ז

משרד הפנים
وزارة الداخلية

מדינת ישראל
נולה ישראל

תעודת זהות
بطاقة هوية



קירזנר

שם המשפחה

שם המצוץ

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי

השם הפרטי