

מספר זהות	שם המבוטח

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

טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ



דף הנחיות לטופס הגשת תביעה להחזר הוצאות רפואיות / פיצוי

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן.
באם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתך, יש למלא ולחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס התביעה.

עבור ניתוח שבוצע בבית חולים פרטי באמצעות הביטוח המשלים / ניתוח שבוצע בבית חולים ציבורי באמצעות קופת החולים / הביטוח המשלים

- טופס "תביעה להחזר הוצאות / פיצוי" - בטופס שני חלקים:
חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, **חלק ב'** - למילוי בידי הרופא המטפל.
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים.
אנא קח עמך את הטופס הזה בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי ובקש מהם למלא את החלק המתאים במלואו.
- גיליון ניתוח / מסמך סיכום ניתוח.
- קבלה מקורית - יש לצרף במידה ושולמה על ידך השתתפות עצמית.
- מסמכים רפואיים הכוללים את תולדות המחלה, סיכומי חדר מיון / בית חולים אם קיימים וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.

עבור טיפולים אמבולטוריים

- טופס "תביעה להחזר הוצאות / פיצוי" - בטופס שני חלקים:
חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, **חלק ב'** - למילוי בידי הרופא המטפל.
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים.
אנא קח עמך את הטופס הזה בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי ובקש מהם למלא את החלק המתאים במלואו.
- פירוט ההוצאה הרפואית.
- קבלות מקוריות.
- סיכום מידע רפואי מהרופא המטפל.
- מסמכים רפואיים הכוללים תולדות מחלה, סיכומי חדר מיון / בית חולים אם קיימים וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: tviotbri@migdal.co.il / פקס מס' 03-6278444 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת המופיעה מטה.

מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה.
במידה וידרשו מסמכים נוספים תישלח לך הודעה בכתב.

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

בברכה,

מחלקת תביעות בריאות

(05.2014)



מגדל חברה לביטוח בע"מ | מרכז שירות לקוחות - **טלפון** 03-9201010 | **מוקד תביעות - שלוחה 3**
רח' אפעל 6, קריית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106 | www.migdal.co.il | טוב שיש מגדל מאחוריך | **מגדל בפייסבוק**



0160200001040514

עמוד מספר **1** מתוך 4 דפים

קוד מסמך 602

טופס הגשת תביעה - להחזר הוצאות רפואיות / פיצוי
חלק א - למילוי בידי המבוטח

א. פרטי המבוטח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
מקום עבודה	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה
דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס
שם קופת החולים	שם הסניף	כתובת הסניף	שם רופא מטפל / משפחה
☐ מכבי ☐ כללית ☐ לאומית ☐ מאוחדת			

ב. ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? ☐ לא ☐ כן, פרט: _____

סוגי ביטוח נוספים שברשותך	לא	כן	שם הקופה / חברה	שם התכנית	מועד התחלת הביטוח
ביטוח משלים בקופת חולים	☐	☐			
ביטוח רפואי במקום העבודה	☐	☐			
ביטוח במקום אחר	☐	☐			

ג. פירוט הוצאות בגין טיפולים רפואיים - למילוי על-ידי המבוטח

☐ פיצוי בגין ניתוח שבוצע בית חולים ציבורי

☐ פיצוי בגין ניתוח שבוצע במסגרת השב"ן

☐ החזר הוצאות ניתוח פרטי

☐ בקשה להחזר הוצאות רפואיות

נא פרט את סוג הטיפול: בדיקת רופא / הדמייה / פיזיותרפיה / אחר

מספר קבלה	סכום בש"ח	

ד. אופן תשלום התביעה

אופן תשלום התביעה (סמן ב-X את בחירתך)

☐ קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמיה החודשית - למשלמים בהוראת קבע.

☐ לצורך תשלום לחשבון בנק **אחר** שעל שמך / במידה והפרמיה החודשית משולמת באמצעות כרטיס אשראי.
נא מלא את הפרטים וצרף תצלום שיק או אישור הבנק על פרטי חשבונך.

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון

הערה:

במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודות הזהות של המוטבים.

חתימת המבוטח ★

ה. הצהרת המבוטח

אני/נו החתומים מטה, נותנים בזה רשות לקופת חולים ואו למוסדותיה הרפואיים ואו לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלא/ל
ואו למשרד הביטחון ואו לכל חברת ביטוח ואו לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דורש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור למגדל חברה
לביטוח בע"מ ואו לשלוחיה, עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקשים על מצב בריאותי/נו
ואו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ואו שאני/נו חולה/ים בה כעת ואו שאנחלה בה בעתיד ואני/נו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי
ה"מבקש" ואו יועץ הביטוח. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

ניתנת בזו זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

אני/נו החתומים מטה מצהירים בזאת שתשובתי/נו על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח ★
-------	----------------	-----------	----------------

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים על הטופס:

תאריך	שם האם	מספר זהות	חתימת האם ★
תאריך	שם האב	מספר זהות	חתימת האב ★

ו. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"מגדל חברה
לביטוח בע"מ" ולקבל מ"מגדל חברה לביטוח בע"מ" את כל התכתובות ואו המידע ואו המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע
לתביעה זו בלבד.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת המבוטח ★
-------	----------------	----------------

ז. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ואו הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ואו
מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ואו המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל שנרשמה על ידי בטופס זה,
במקום בדואר, אך אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות
סיסמה אישית שלי.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מס' זהות	חתימת המבוטח ★
-------	----------------	----------	----------------



טופס הגשת תביעה - להחזר הוצאות רפואיות / פיצוי

חלק ב - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

רופא נכבד,
על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה				
שם משפחה	שם פרטי		התמחות	מספר טלפון בבית
				מספר טלפון נייד
כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר פקס

ב. פרטי המבוטח		
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

ג. הטיפול במבוטח	
מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח	מתאריך

ד. אבחנה
פירוט האבחנה הנוכחית:

המבוטח בטיפול החל מתאריך:	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך:	המבוטח בטיפול בנזקע לאבחנה זו החל מתאריך:

ה. טיפולים תרופתיים שניתנו עד כה למטופל	
שם תרופה	מתאריך

חתימת
הרופא
המטפל ★

תאריך