

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

1. 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.
2. גיליון ניתוח / מסמך סיכום ניתוח.
3. קבלה מקורית - יש לצרף במידה ושולמה על ידך השתתפות עצמית.
4. מסמכים רפואיים הכוללים את תולדות המחלה, סיכומי חדר מיון / בית חולים אם קיימים וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.

עבור טיפולים אמבולטוריים

1. 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.
2. פירוט ההוצאה הרפואית.
3. קבלות מקוריות.
4. סיכום מידע רפואי מהרופא המטפל.
5. 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, קרית 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	ישוב	מיקוד
_____	_____		_____	_____	_____	_____
דואר אלקטרוני	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס			
_____	_____	_____	_____			
שם קופת החולים	שם הסניף		כתובת הסניף		שם רופא מטפל / משפחה	
<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת	_____		_____		_____	

ב. ביטוחי בריאות נוספים					
האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____					
סוגי ביטוח נוספים שברשותך	לא	כן	שם הקופה / חברה	שם התכנית	מועד התחלת הביטוח
ביטוח משלים בקופת חולים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____
ביטוח רפואי במקום העבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____
ביטוח במקום אחר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	____/____/____

ג. פירוט הוצאות בגין טיפולים רפואיים - למילוי על-ידי המבוטח		
<input type="checkbox"/> פיצוי בגין ניתוח שבוצע בית חולים ציבורי		
<input type="checkbox"/> פיצוי בגין ניתוח שבוצע במסגרת השב"ן		
<input type="checkbox"/> החזר הוצאות ניתוח פרטי		
<input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות		
מספר קבלה	סכום בש"ח	נא פרט את סוג הטיפול: בדיקת רופא / הדמייה / פיזיותרפיה / אחר
____/____/____	____/____/____	_____
____/____/____	____/____/____	_____
____/____/____	____/____/____	_____

ד. אופן תשלום התביעה			
אופן תשלום התביעה (סמן ב-X את בחירתך)			
<input type="checkbox"/> קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמיה החודשית - למשלמים בהוראת קבע.			
<input type="checkbox"/> לצורך תשלום לחשבון בנק אחר שעל שמך / במידה והפרמיה החודשית משולמת באמצעות כרטיס אשראי. נא מלא את הפרטים וצרך תשלום 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 זהות של המוטבים.			
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; display: inline-block;"></div> חתימת המבוטח ★			



ה. הצהרת המבוטח

אני/נו החתומים מטה, נותנים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דורש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוחיה, עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאנחלה בה בעתיד ו/אני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי "המבקש" ו/או 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.

	מספר זהות		שם פרטי ומשפחה
חתימת המבוטח ★			

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים על הטופס:

	מספר זהות		שם האם
חתימת האם ★			

	מספר זהות		שם האב
חתימת האב ★			

ו. מינוי הסוכן

הני 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 ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

	מספר זהות		שם פרטי ומשפחה
חתימת המבוטח ★			

ז. הסכמה לשימוש בדוא"ל

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, אך אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות. לפיכך, אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.

	מס' זהות		שם פרטי ומשפחה
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	
מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח

ד. אבחנה	
פירוט האבחנה הנוכחית: _____	

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

ה. טיפולים תרופתיים שניתנו עד כה למטופל	
מתאריך	שם תרופה

--

חתימת
הרופא
★ המטפל

--

(05.2014)

