



שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
מספר תביעה	

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

דף הנחיות לטופס 689

דף הנחיות לטופס הגשת תביעה לאישור / תאום ניתוח עתידי

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.

באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר התביעה, מהלכה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות:

- דואר אלקטרוני מאובטח. תנאי למשלוח הודעות באמצעי זה הינו מסירת מספר טלפון נייד עדכני ותקין אליו תשלח סיסמה לצורך פתיחת ההודעה.

- דואר ישראל לכתובת המפורטת בטופס זה.

- פקס.

נבקשך לסמן את בחירתך על גבי טופס זה במקום המיועד לכך בטופס התביעה.

מסמכים שיש לצרף:

1. טופס "תביעה לאישור ותאום ניתוח עתידי" - בטופס שלושה חלקים: **חלק א'** - נועד למילוי בידי המבוטח, **חלק ב'** - למילוי בידי הרופא המטפל, **חלק ג'** - נועד למילוי על ידי הרופא שעתידי לבצע את הניתוח. 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. צילום תעודת זהות כולל ספח.

3. מסמכים רפואיים הכוללים את תולדות המחלה, סיכומי חדר מיון / בית חולים אם קיימים וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.

4. טופס "ויתור על סודיות רפואית וכללית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (עד לחתימה יכול להיות - עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק / 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

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: healthclaim@migdal.co.il / פקס מס' 03-5637749 או לשלוח בדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות בריאות.

לברור אודות סטטוס התביעה והשלמת מסמכים חסרים, ניתן לפנות לאיזור האישי באתר החברה.

מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה.

במידה וידרשו מסמכים נוספים תישלח לך הודעה בכתב.

עם קבלת המסמכים הנדרשים לטיפול בתביעתך ניצור עמך קשר בהקדם.

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

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

בברכה,

תביעות בריאות

2005

מק"ט 521110003 (מהדורה 08.2017)

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il, 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



016896890104010817

עמוד 1 מתוך 4 דפים

קוד מסמך: 1215
עובד מגדל: כן / לא



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

טופס הגשת תביעה לאישור / תאום ניתוח עתידי

חלק א - למילוי בידי המבוטח

טופס מספר **689**

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

א. פרטי המבוטח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה
מקום עבודה	יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית
מס' דירה	מס' ת"ד	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			

באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך באחת מהדרכים הבאות: דואר אלקטרוני דואר ישראל פקס
במידה ולא תתקבל כל תשובה ממך, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.
* יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח.

הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר

ככל שברצונך כי פרטי ההתקשרות המפורטים בסעיף א' לעיל יעודכנו במערכות ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) הינך נדרשת/ת לאשר בחתימתך סעיף זה. הפרטים שיעודכנו ישמשו את ה"חברה" לצורך יצירת קשר עמך ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה.

אני הח"מ מבקש/ת לעדכן את הפרטים המפורטים לעיל כפרטי ההתקשרות עמי ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותי בחברה. חתימת המבוטח

ב. ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? לא כן, פרט:

מועד התחלת הביטוח	שם התכנית	שם הקופה / חברה	כן	לא	סוגי ביטוח נוספים שברשותך
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח משלים בקופת חולים
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח רפואי במקום העבודה
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח במקום אחר

ג. פירוט התביעה

נא פרט את סוג הניתוח בגינו מוגשת התביעה:

תאריך	סכום בש"ח	נא פרט את סוג הטיפול: (התייעצות עם מנתח/אמבולנס/שתל/אחר)

ד. בקשה להפקדת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק

אופן תשלום התביעה (סמן ב-X את בחירתך)

- קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמיה החודשית - למשלמים בהוראת קבע.
 תשלום לחשבון בנק אחר שעל שמך.

אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולי ביטוח

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,

- במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.
- במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ש"ח יש לצרף תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך. חתימת המבוטח



016896890204010817

עמוד 2 מתוך 4 דפים

קוד מסמך: 1215
עובד מגדל: כן / לא



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

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

ה. הצהרה לעניין קבלה/ות

אני הח"מ מאשר בזאת כי ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא ו/או חלקי – הכל בהתאם לתנאי הפוליסה, בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל, על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו (להלן: "הקבלות").
ידוע לי כי איני זכאי לקבל החזר כפול בגין ההוצאות ו/או התשלומים האמורים ועל כן הנני מתחייב ומצהיר בזאת כי לא הגשתי ואף לא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לקבלת תשלום ו/או החזר, מלא ו/או חלקי, בגין הקבלות, מכל גורם ו/או מקור אחר מלבד ממגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "מגדל").

כן הנני מתחייב לשפות ו/או לפצות את מגדל ו/או מי מטעמה, מיד עם דרישתה, ולהחזיר לה כל סכום ששולם על ידה בגין הקבלות, אם אקבל תשלום מגורם ו/או מקור אחר בגין ו/או בקשר עם הקבלות.

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

ו. הצהרת המבוטח

אני (המבוטח) _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.
אני המבוטח התובע, מבקש לאור כל האמור לעיל, לשלם לי, את סכום הביטוח.

תאריך	חתימה ★
-------	---------

ז. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ מספר זהות / מספר רישיון סוכן _____ 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.

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

ח. 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 שגרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

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

מק"ט 521110003 (מהדורה 08.2017)





טופס הגשת תביעה לאישור / תאום ניתוח עתידי חלק ב - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית
מספר תביעה	

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							
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד			
ישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר פקס	דואר אלקטרוני

ב. פרטי המבוטח	
מספר זהות	שם משפחה
	שם פרטי

ג. פרטים על טיפול רפואי ומצב בריאותו של המבוטח

פרט מה הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח: _____

המבוטח נמצא בטיפול מתאריך: _____

פרט את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית: _____

האם האבחנה קשורה בתאונה? לא כן, פרט: תאונת דרכים תאונת עבודה בתאריך _____ אחר _____

האם המבוטח סובל מבעיות רפואיות נוספות? לא כן, אנא פרט את מלוא האבחנות: _____

אבחנה _____ מתאריך _____

אבחנה _____ מתאריך _____

ממליץ על: בדיקות טיפולים ניתוח אחר, פרט: _____

חתימת הרופא המטפל

תאריך

חלק ג - למילוי על ידי הרופא המנתח
 חלק זה ימולא על ידי הרופא שעתידי לבצע את הניתוח.
 רופא נכבד,
 על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

פרטים לגבי הניתוח-למילוי על-ידי הרופא המנתח		
מועד הניתוח נקבע לתאריך	בית חולים	כתובת בית החולים
מידע נוסף: _____		

חתימת הרופא המנתח וחותמתו

שם הרופא המנתח

תאריך



016896890404010817

עמוד 4 מתוך 4 דפים

קוד מסמך: 860
 עובד מגדל: כן / לא