

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

הטופס מיועד לנשים ולגברים 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 שסוק הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתך, יש למלא ולחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס התביעה.

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 שעתיד 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. מסמכים רפואיים הכוללים תולדות מחלה, סיכומי חדר מיון או בית חולים אם קיימים וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.

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.

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.

שים לב!

בכפוף לתנאי הפוליסה שברשותך אם הנך זכאי לכיסוי הניתוח על ידינו ותבחר לבצעו, כולו או חלקו, באמצעות הביטוח המשלים של קופת החולים או כל גורם אחר, תהיה זכאי לפיצוי כספי מיוחד בגין אי - תביעת הפוליסה.
לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

בברכה,
תביעות בריאות





שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

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

טופס הגשת תביעה לאישור / תאום ניתוח עתידי

חלק א - למילוי בידי המבוטח

טופס מספר 689

א. פרטי המבוטח										
מספר זהות		שם משפחה			שם פרטי			תאריך לידה		עובד חברה
_ _ _ _ _ _ _ _ _								_ _ _ _ _ _ _ _ _		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
מקום עבודה		יישוב			כתובת מגורים (רחוב)			מס' דירה		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 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. הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח (התייעצות עם המנתח/ אמבולנס/ שתל/ אחר)		
נא פרט את סוג הטיפול	סכום בש"ח	תאריך

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 תצלום המחאה 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 ★			



