

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

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

טוב שיש מגדל מאחוריך  
מגדל חברה לביטוח בע"מ



## דף הנחיות לטופס 758

### 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.  
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.
- ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: [tviotbri@migdal.co.il](mailto:tviotbri@migdal.co.il) / פקס מס' 03-6278444 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.

**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 - להחזר הוצאות רפואיות / פיצוי חלק א - למילוי בידי המבוטח

טופס מספר **758**

א. פרטי המבוטח						
מספר זהות	שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה	
מספר זהות	מס' דירה	מס' בית	כתובת מגורים (רחוב)	ת"ד	מיקוד	מקום עבודה
דואר אלקטרוני	מספר טלפון		מספר טלפון נייד	מספר פקס		
עובד חברה	שם קופת החולים		שם הסניף	כתובת הסניף	שם רופא מטפל/משפחה	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<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 בבית 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		
נא פרט את סוג הטיפול: בדיקת רופא / הדמייה / פיזיותרפיה / אחר	סכום בש"ח	מספר קבלה

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 וצרף תצלום המחאה או אישור הבנק על פרטי החשבון.			
שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון
<b>הערה:</b>			
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.			
<input type="checkbox"/> חתימת המבוטח			



