



# טופס הגשת תביעה - תשלום הוצאות עבור תרופות

חלק א - למילוי בידי המבוטח

טופס מספר **756**

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

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

א. פרטי המבוטח						
מספר זהות	שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה	
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מקום עבודה
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						
<p>באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך באחת מהדרכים הבאות: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> פקס            במידה ולא התקבל כל תשובה ממך, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.            * יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח.</p>						
ב. ביטוחי בריאות נוספים						
<p>האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:</p>						
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 התביעה						
<p><input type="checkbox"/> בקשה לאישור מראש עבור רכישת התרופות על-ידי חברת הביטוח.  <input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות עבור תרופות שנרכשו.  <input type="checkbox"/> בקשה לאישור מראש עבור החזר הוצאות לרכישת תרופות על ידי.</p>						
שם התרופה	סכום בש"ח	תאריך רכישה				

מק"ט 521110003 (מהדורה 08.2017)

2002



0141175 60216270817

עמוד 2 מתוך 16 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1213  
עובד מגדל: ק / לא



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

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

### 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 הביטוח.

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 אחרותי 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 ★

### 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 אני זכאי לקבל החזר כפול בגין ההוצאות ו/או התשלומים האמורים ועל כן הנני מתחייב ומצהיר בזאת כי 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.

חתימה תאריך

### ז. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מ/גב' מספר זהות / מספר רישיון סוכן \_\_\_\_\_ לספק 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.

חתימת המבוטח ★ שם פרטי ומשפחה תאריך

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

חתימת המבוטח ★ שם פרטי ומשפחה מס' זהות תאריך



0141175 60316270817

עמוד 3 מתוך 16 דפים

קוד מסמך: 1213

עובד מגדל: ק / פ / לא

