

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 לגשת 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.

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 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. 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 ★			





שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

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

ה. הצהרת המבוטח

אני/נו החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתיחולים אחרים, למלא/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
ה"מבקש" ו/או יועץ הביטוח. כתב ויתור זה מחייב את עזבונינו ובאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו 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 החתום/ים מטה מצהיר/ים בזאת שתשובתי/נו על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים על הטופס:

תאריך	שם האם	מספר זהות	חתימת האם *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

תאריך	שם האב	מספר זהות	חתימת האב *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ו. מינוי הסוכן

הנני 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 הנגוע
לתביעה זו בלבד.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת המבוטח *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מס' זהות	חתימת המבוטח *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

טוב שיש מגדל מאחוריך
מגדל חברה לביטוח בע"מ



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

טופס הגשת תביעה לאישור / תאום ניתוח עתידי

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

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 ★

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 ★

חתימת
הרופא המנתח
וחותמתו ★

שם הרופא המנתח

שם
הרופא המנתח

תאריך



0186068904040515

עמוד מספר 4 מתוך 4 דפים

קוד מסמך 860