

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

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

## 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:					
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 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		
מספר קבלה	סכום בש"ח	נא פרט את סוג הטיפול: בדיקת רופא / הדמייה / פיזיותרפיה / אחר

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.			
			חתימת המבוטח ★



שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

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

אני/נו החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ולא למסדותיה הרפואיים ולא לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למלא/ל  
ולאו למשרד הביטחון ולא לכל חברת ביטוח ולא לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דורש לביטוח והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור למגדל חברה  
לביטוח בע"מ ולא לשלוחיה, עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים על מצב בריאותי/נו  
ולאו על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ולא שאני/נו חולה/ים בה כעת ולא שאנחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי  
ה"מבקש" ולא יועץ הביטוח. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

ניתנת בזכות 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 ★

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים על הטופס:

תאריך	שם האם	מספר זהות	חתימת האם ★

תאריך	שם האב	מספר זהות	חתימת האב ★

### 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 ולא המידע ולא המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת המבוטח ★

### ז. הסכמה לשימוש בדוא"ל

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק ולא הפוליסות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ולא מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ולא 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 האב	מספר זהות	חתימת המבוטח ★



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 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 / רופא משפחה					
שם משפחה	שם פרטי	התמחות		מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד
		מס' בית	מס' דירה	מיקוד	מספר פקס
יישוב	כתובת מגורים(רחוב)				

ב. פרטי המבוטח	
מספר זהות	שם משפחה
	שם פרטי

ג. הטיפול במבוטח	
מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח

ד. אבחנה	
פירוט האבחנה הנוכחית: _____	

המבוטח בטיפול החל מתאריך:	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך:	המבוטח בטיפול החל מתאריך:

ה. טיפולים תרופתיים שניתנו עד כה למטופל	
מתאריך	שם תרופה

חתימת  
הרופא  
המטפל ★

תאריך

