



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						
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.						
ב. ביטוחי בריאות נוספים						
האם הגשת או בכונתך 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 התביעה						
<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.						
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 יצויין 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/רגב' מספר זהות / מספר רישיון סוכן _____ לספד בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש

"למגדל 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



טופס הגשת תביעה - תשלום הוצאות עבור תרופות

חלק ב' - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימולא על ידי חפא 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.

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 הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה

שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד
יישוב	כתובת מגורים(רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
מיקוד	מספר פקס	דואר אלקטרוני		

ב. פרטי המבוטח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי
-----------	----------	---------

ג. הטיפול במבוטח

מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח

ד. אבחנה

פירוט האבחנה הנוכחית: _____

המבוטח בטיפולי החל מתאריך:	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך:	המבוטח בטיפולי החל לבחנה זו החל מתאריך:
----------------------------	--	---

ה. טיפולים תרופתיים שניתנו עד כה למטופל

מתאריך	שם תרופה

חתימת הרופא המטפל ★	תאריך
---------------------------	-------



0141175 60416270817

עמוד 4 מתוך 16 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 860
עובד מגדל: ק / לא



יתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת ויתור סודיות

אני הח"מ:

שם האב	שם פרטי	שם משפחה			מספר זהות					
		מס' בית	מס' דירה	ת"ד	רחוב					
מספר טלפון	מיקוד	יישוב								

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון - השתלשלות פחפיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשחת הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ב"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי למסור ל _____ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאות ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או קרנות הפנסיה למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאות ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד

שמות נותני השירותים			
רופאים	1.	2.	3.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.

שם קופ"ח קודמת	מספר אישי בצה"ל

ב. במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					★
					★

ג. ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך	שם פרטי ושם משפחה	חתימה ★
-------	-------------------	---------

ד. עד לחתימה

עד לחתימה יכול להיות - סוכן ביטוח / עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח

תאריך	שם העד לחתימה	מספר זהות	חתימת העד ★
-------	---------------	-----------	-------------

ה. חתימת המבוטח

תאריך	מספר זהות	חתימת המבוטח ★
-------	-----------	----------------

