



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

חלק ב' - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימלא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימלא על ידי רופא משפחה/ילדים. הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד יש למלא את הטופס בעט בלבד ולא בעיפרון

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		
מיקוד	ת"ד	מספר דירה	מספר בית	כתובת המרפאה	
מספר פקס		מספר טלפון נייד		מספר טלפון במרפאה	
דואר אלקטרוני					

ב. פרטי המבוטח		
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

ג. פרטי 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 זו:

ה. טיפולים תרופתיים שנתנו עד כה למטופל	
מתאריך	שם תרופה

חתימת הרופא המטפל ★	תאריך



018600000101070120

עמוד 1 מתוך 1 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ
קוד מסמך: 860
עובד מגדל: כן / לא

(מהדורה 01.2020)