

שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	
מספר תביעה	

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

דף הנחיות להגשת תביעה - החזר הוצאות רפואיות

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן, בצירוף טופס תביעה בהתאם לסעיף שהינך מבקש בגינו החזר הוצאות.

באפשרותך לבחור את אופן משלוח הודעות בדבר התביעה, מהלכה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות:

- דואר אלקטרוני מאובטח. תנאי למשלוח הודעות באמצעי זה הינו מסירת מספר טלפון נייד עדכני ותקין אליו תשלח סימנה לצורך פתיחת ההודעה
- דואר ישראל לכתובת המפורטת בטופס זה
- פקס

בבקשך לסמן את בחירתך על גבי טופס זה במקום המיועד לכך בטופס התביעה.

מסמכים שיש לצרף:

עבור ניתוח שבוע בבית חולים פרטי / באמצעות הביטוח המשלים:

1. טופס "הגשת תביעה - החזר הוצאות רפואיות"
2. גליון ניתוח / מסמך סיכום ניתוח כל מסמך רפואי רלוונטי הקשור לתביעה.
3. **ביצוע הניתוח במסגרת השב"ן:**
במידה ושולמה השתתפות עצמית - יש לצרף צילום קבלה.

עבור טיפולים אמבולטוריים

צילום קבלה/ות בגין התשלום עבור השירות שניתן.

עבור החזר הוצאות בגין תרופות

1. מרשם חודשי.
2. צילום קבלות וחשבוניות - יש לצרף במידה והתרופה שולמה על ידך.
3. מסמכים רפואיים.

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים:

למייל: Tviotbriteva@migdal.co.il / פקס מס' 076-8869918

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063, קריית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106

עבור: תביעות בריאות - קולקטיב.

לבירורים אודות תביעתך ניתן לפנות למספר טלפון 1-700-50-66-62.

לבירור אודות סטטוס הטיפול בתביעה ניתן להיכנס לאיזור האישי באתר החברה.

באפשרותך להשלים מסמכים חסרים באמצעות שליחת SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו 055-7000113.

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-קולקטיב

כל הדרכים לצור איתנו קשר

www.migdal.co.il | בחנויות האפליקציות App Store/Google Play | סוכן הביטוח שלך | Whatsapp 054-9201028 | מוקד טלפוני 03-9201010

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ. ת"ד 3063 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106



016020000103201217

עמוד 1 מתוך 3 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1210



שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	
מספר תביעה	

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

טופס הגשת תביעה החזר הוצאות רפואיות

שים לב כי בפרק הניתוחים בארץ ברשותך כיסוי משלים שב"ן ועליך לנצל תחילה את זכאותך בשב"ן

א. פרטי המבוטח									
מספר זהות		שם משפחה			שם פרטי			תאריך לידה	
מקום עבודה		כתובת מגורים (רחוב)			מס' בית	מס' דירה	יישוב	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									
שם בן/בת הזוג		מספר זהות			מספר טלפון נייד				
<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>									
הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר									
<p>ככל שברצונך כי פרטי ההתקשרות המפורטים בסעיף א' לעיל יעודכנו במערכות ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) הינך נדרש/ת לאשר בחתימתך סעיף זה. הפרטים שיעודכנו ישמשו את ה"חברה" לצורך יצירת קשר עמך ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה. אני הח"מ מבקש/ת לעדכן את הפרטים המפורטים לעיל כפרטי ההתקשרות עמי ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותי בחברה.</p>									
								חתימת המבוטח	

ב. ביטוחי בריאות נוספים					
האם התחלת טיפול בתביעה זו בחברת ביטוח נוספת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט והעבר מסמכים רלבנטיים: _____					
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 נוסף	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ג. פירוט הוצאות בגין טיפולים רפואיים - למילוי על ידי המבוטח		
פירוט הבקשה להחזר הוצאות רפואיות		
תאריך	סכום בש"ח	נא פרט את סוג הטיפול: בדיקת רופא/הדמייה/פיזיותרפיה/אחר

ד. פירוט הוצאות בגין תרופות - למילוי על ידי המבוטח		
<input type="checkbox"/> בקשה לרכישת התרופות על ידי חברת הביטוח. <input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות עבור התרופות אשר נרכשו על ידך. <input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות עבור תרופות שנרכשו -במקרה זה יש לצרף צילום קבלות ו/או חשבוניות פירוט:		
שם התרופה	הסכום בש"ח	תאריך רכישה

(מחזורת 12.2017)



מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	
מספר תביעה	

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

ה. אופן תשלום התביעה

לצורך תשלום לחשבון בנק שעל שמך נא מלא את הפרטים הבאים:

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 ולב/בת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי 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 הערה:

- 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 ₪ יש לצרף תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

חתימת המבוטח ★

ו. 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 איני זכאי לקבל החזר כפול בגין הוצאות ו/או התשלומים האמורים ועל כן הנני מתחייב ומצהיר בזאת כי לא הגשתי ואף 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 ★

ז. הצהרת המבוטח

אני הח"מ, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקש"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כמו כן, הנני נותן בזה רשות לחברה המבטחת למסור ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת ומאשר לשלוח להם את החומר הרפואי שלי.

ניתנת בזו זכות לחברה לתבוע חוזרים ולשבב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.
אני/נו החתום/ים מטה מצהיר/ים בזאת שתשובתי/ינו 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 ★

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.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מס' זהות	חתימת המבוטח ★

(מהדורה 12.2017)

