

שם המבוטח	מספר זהות
מספר תביעה	מספר פוליסה

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

## דף הנחיות למילוי טופס 762

### הנחיות להגשת פניה בגין טיפולי שיניים פריודונטאלים בלבד / בקשה לאישור תכנית פריודונטלית אצל רופא שאינו בהסכם

#### מבוטח/ת יקר/ה,

בכל מקרה של צורך בתביעת שיניים/בקשה לאישור תכנית פריודונטלית, עליך לפנות למחלקת תביעות שיניים במגדל ולמלא אחר ההנחיות שלהלן:

#### בשלב הראשון:

על המבוטחים הזקוקים לטיפולים פריודונטאלים ומבקשים לקבל מחברת הביטוח החזרים בגין הטיפול, חלה חובת קבלת אישור מראש מחברת הביטוח לטיפולים מסוג זה.

בנוסף, עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעביר אלינו טופס מסוג הגשת פניה בגין טיפולי שיניים פריודונטאלים בלבד / בקשה לאישור תכנית פריודונטלית.

א. חלק א', כולל את פרטי המבוטח. בכל פניה עליך להקפיד על מילוי סעיף א' של הטופס הכולל פרטים מלאים שלך. (לדוגמא: ת.ז, שם, כתובת, מספר טלפון).

ב. חלק ב', נועד למילוי על ידי רופא פריודונט מומחה בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות הישראלי. יש למלא את פרטי הרופא ואישורו לטיפול, על הסעיף לכלול חתימה וחותמת רופא שאינו בהסכם.

#### לתשומת ליבך,

בכל פניה עליך לסמן בחלק א' את מטרת הטופס בשורת המטרות בחלקו העליון של הטופס:

מיפוי פה / בדיקה פריודונטלית / תביעה / בקשה לאישור תכנית טיפול פריודונטלית / ערעור/בירור

#### לטופס זה יש לצרף:

- צילומי אבחנה ו/או סיום טיפול - לפי הנדרש בתנאי חוזה הביטוח שברשותך עבור הטיפולים הנתבעים. יש לציין פרטים מזהים על גבי המסמכים, כגון: מס' זהות ושם מלא של המבוטח.
- חתימה וחותמת רופא מבצע הטיפולים על גבי טופס התביעה (יש לבדוק בתנאי החוזה באם נדרש ביצוע ע"י מומחה מטעם משרד הבריאות הישראלי, עבור הטיפול הספציפי כתנאי לכיסוי).
- פירוט מחיר עבור כל טיפול בנפרד לצורך חישוב ההחזר.
- קבלות מקור בהגשת תביעה בדואר או צילום קבלות בהגשת תביעה אונליין בגין השירות שניתן עם חותמת וחתימת המרפאה.
- אם ההחזר הכספי הינו מעל 5,000 ₪ עליך לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך. במידה והמבוטח קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש בצירוף תצלום תעודת זהות.

#### מה יקרה בהמשך:

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בהתאם לחוזה הביטוח שברשותך ולרובד כיסוי הביטוחי אליו הצטרפת.

#### אופן הגשת התביעה:

באפשרותך לנהל את תביעתך באמצעות שירות "הגשת תביעה Online" שניתן באתר החברה בכתובת [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il) או דרך אפליקציית מגדל בנייד. שירות "הגשת תביעה Online" מאפשר לך להגיש תביעה, להעלות מסמכים חסרים ולצפות בסטטוס הטיפול בתביעה בכל זמן ובכל מקום. השלמת מסמכים חסרים ניתן לשלוח גם באמצעות SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו: 055-7000113. למידע נוסף ניתן לפנות למוקד התביעות בטלפון 076-8865151 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:30.

ניתן להגיש את טופס התביעה והמסמכים המבוקשים מעלה באחת מהאפשרויות הבאות:

- באמצעות לינק דיגיטלי
  - לתיבת דואר אלקטרוני: [dentalclaim@migdal.co.il](mailto:dentalclaim@migdal.co.il)
  - בפקס: 03-5637222
  - באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות שיניים
- לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

בברכה,  
תביעות שיניים

## 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 תקוה, מיקוד 4951106



011657620103190722

עמוד 1 מתוך 5

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 165

מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	מספר תביעה

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

## טופס להגשת פניה לטיפול שיניים פריודנטאלים בלבד / בקשה לאישור תכנית פריודנטלית אצל רופא שאינו בהסכם

טופס מספר **762**

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

סמן ב-X את סיבת פנייתך.

ניתן לבחור מס' קטגוריות יחד למעט תביעה ובקשה לאישור תכנית טיפול.

מפיץ פה  בדיקה פריודנטלית  תביעה  בקשה לאישור תכנית טיפול פריודנטלית  ערעור / בירור

א. פרטי המבוטח הראשי / ראש משפחה					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון נייד	דואר אלקטרוני	
פרטי המבוטח / מטופל					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר טלפון נייד	תאריך לידה	
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	סוג הסכם	מס' הסכם	שם מעסיק (קולקטיב)
שם קופת חולים			סוג תוכנית שב"ן		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת					
האם יש לך ביטוח שיניים כלשהו נוסף במקום העבודה או ביטוח פרטי אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____					

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שציינת לעיל	
<p><input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד)</p> <p><input type="checkbox"/> דואר ישראל</p> <p><input type="checkbox"/> פקס</p> <p>בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר אלקטרוני אם קיים בחברה.</p>	<p>* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני:</p> <p>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.</p>
תאריך	שם פרטי ושם משפחה
מספר תעודת זהות	חתימה *

ג. הצהרות המבוטח - אני הח"מ מצהיר ומתחייב כי	
<p>1. ידוע לי כי לא ניתן לתבוע החרז בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון: חברות ביטוח אחרות או קופות חולים), וקבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין והפוליסה. 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.</p> <p>2. ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא ו/או חלקי בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל, על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו - הכל בהתאם לתנאי הפוליסה (להלן: "הקבלות").</p> <p>3. כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית. ידוע לי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.</p> <p>4. ידוע לי שהדיווח על ביצוע ההעברה הבנקאית שיועבר אליי באחד מהאמצעים שרשמתי לעיל, יכלול פרטים אישיים שלי ואני אחראי באופן בלעדי לכל חשיפה ו/או מסירה של הפרטים האישיים הנ"ל לגורם שלישי כלשהו.</p> <p>5. אני מאשר את תוכנית הטיפול שהביא לידיעתי הרופא.</p>	<p>במקרה של קטין/חסוי, יצינו את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.</p>
תאריך	שם פרטי ושם משפחה
מספר ת.ז.	חתימה *
יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם איננו המבוטח)	חתימה *
שם פרטי ושם משפחה	חתימת הורה נוסף במקרה של קטין *

מספר זהות	שם המבוטח
מספר פוליסה	מספר תביעה

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

### ד. אופן ביצוע תשלום בהעברה בנקאית

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית.  
במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ₪ יש לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

אני הח"מ:

מבקש ומאשר בזאת להעביר את סכום תגמולי הביטוח המגיעים לי בעקבות האירוע הביטוחי כמפורט בהודעת התביעה, ככל שיקבע על ידכם כי אני זכאי לתגמולים אלה, באמצעות העברה בנקאית ישירות אל חשבון הבנק שברשותי כמפורט להלן:

שם בעל החשבון	ת.ז בעל חשבון	שם הבנק	מספר הבנק	מספר הסניף	שם הסניף	מספר החשבון

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו עלי ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון על שמי ו/או משותף לי ולבן/ת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי על אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי כי אם הפרטים על פי בדיקתכם אינם נכונים ו/או לא צורף צילום של המחאה מבוטלת- יבוצע התשלום בהמחאה.
- 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 יצוין אופן התשלום הנדרש, בצירוף תצלום תעודת זהות.

חתימה \*

תאריך

### ה. ויתור על סודיות רפואית וכללית

אני הח"מ נתן בזה רשות לכל מוסד רפואי למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ כל מידע רפואי ו/או צילומים הנחוצים למבטח לצורך ישוב פנייתי. אני מוותר על סודיות רפואית זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירות שלהם.

חתימה \*

תאריך





שם המבוטח	מספר זהות
מספר תביעה	מספר פוליסה

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

## חלק ב' - למילוי בידי רופא פרידונט מומחה שאינו בהסכם (פרטי)

חלק זה ימלא על ידי רופא פרידונט בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות הישראלי.

א. פרטי הרופא ואישורו לטיפול										
מספר זהות	שם הרופא	שם המרפאה	מספר רישיון	תאריך אישור ביצוע הטיפולים						
מספר טלפון	מספר טלפון נייד	מספר פקס	דואר אלקטרוני	מס' ספק במגדל						
מספר זהות המבוטח	שם המבוטח	שם משפחה של המבוטח								
הריני מאשר כי ברצוני לבצע ו/או ביצעתי את הטיפולים המפורטים להלן.										
תאריך					חתימה וחותמת רופא / המרפאה *					

**ב. מצב שיניים**  
יש לסמן ב-X שן חסרה. יש לסמן עומק כיסים - הגדול ביותר מסביב לשן, מעל 4 מ"מ.

לסת תחתונה							לסת עליונה								
מספר השן	השתתפות עצמית	תכנית טיפול	איבוד עצם	סימני דלקת G.I	אבנית	תזוזת שן (2) (3)	עומק כיסים	מספר השן	השתתפות עצמית	תכנית טיפול	איבוד עצם	סימני דלקת G.I	אבנית	תזוזת שן (2) (3)	עומק כיסים
18								48							
17								47							
16								46							
15								45							
14								44							
13								43							
12								42							
11								41							
21								31							
22								32							
23								33							
24								34							
25								35							
26								36							
27								37							
28								38							

קוד	סוג טיפול / מצב בריאות	קוד	סוג טיפול / מצב בריאות	קוד	סוג טיפול / מצב בריאות
	אבנית		איבוד עצם		תכנית טיפול
0	אין	0	בריא	210	כריתת חניכיים
1	התחלתית	1	התחלתית	800	בדיקה פרידונטלית
2	בינונית	2	בינוני	801	הקצאת שורשים (קורטז')
3	רבה	3	מתקדם	802	ניתוח חניכיים 1/6 פה ניתוח מטלית ניתוח קוקוג'נג'יבלי
	תזוזת שן		סימני דלקת G.I	803	ניקוז מורסה
2	תזוזה הוריזנטלית	0	בריא	805	סד מחומר מורכב
3	תזוזה ורטיקלית	1	דלקת קלה אין דימום	806	שתל
		2	דלקת בינונית, דימום בבדיקה	813	סד לילה
		3	דלקת חמורה, דימום ספונטני		



011650000102011021

עמוד 4 מתוך 5

מגדל חברה לביטוח בע"מ  
קוד מסמך: 165

מק"ט 531100001 (מחזורת 10.2021)

