

יש להעביר את כל המסמכים הנדרשים לשם טיפול מהיר ויעיל בתביעתך.
ייתכן כי בעת בדיקת התביעה ידרשו מסמכים נוספים

טוב שיש מגדל מאחוריך
www.migdal.co.il



מגדל ניהול תביעות בע"מ

שם הסוכן	חברת ביטוח
תביעה	מספר פוליסה

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

הודעה על תביעת ביטוח רפואי (למילוי על-ידי המבוטח)
יש להצטייד בטופס זה בכל פנייה לרופא ולהקפיד על מילוי כנדרש

אפשרויות שליחה: אגף תביעות חיים, בריאות, שיניים ופנסיה: פקס 03-6278444, דואר אלקטרוני: tviotbri@migdal.co.il
כתובת למשלוח דואר: מגדל ניהול תביעות בע"מ, מחלקת ניהול תביעות בריאות, היצירה 3, קרית אריה פתח תקווה 4951229

א. פרטי המבוטח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מקום עבודה
_____	_____	_____	____ ____ ____ ____ ____	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	_____
כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב)		מיקוד	מספר טלפון	מספר טלפון נייד	
קופת חולים		שם הסניף	כתובת הסניף	שם רופא מטפל	
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת					

ב. ביטוחים נוספים					
סוג הביטוח שברשותך	לא	כן	שם הקופה	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 הוצאות בגין טיפולים רפואיים - למילוי על-ידי המבוטח		
נא פרט את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	סכום בש"ח *	תאריך
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____

* לכל הוצאה יש לצרף את מסמכי המקור בלבד.

ד. ויתור על סודיות רפואית
<p>אני הח"מ נתן בזה רשות לקופ"ח /או למוסדותיה הרפואיים /או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי /או לחברות ביטוח אחרות ולכל מוסד וגורם אחר למסור ל"מגדל / המגן חברה לביטוח בע"מ" (להלן: המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש, על מצב בריאותי /ואו על כל מחלה שחליתי בה בעבר /ואו שהנני חולה בה כעת /ואו שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש.</p> <p>כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.</p>

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימת המבוטח *
____ ____ ____ ____ ____	_____	_____	_____

