

רופא נכבד,
מילוי מלא ומדויק של טופס זה יסייע בטיפול יעיל
ומהיר בתביעת המטופל שלך.

שם הסוכן	חברת ביטוח
תביעה	מספר פוליסה

מגדל ניהול תביעות בע"מ

דיווח על טיפולים רפואיים (למילוי על-ידי רופא)

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

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	מספר טלפון	מספר טלפון נייד
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		

ב. פרטי הרופא המטפל				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	מספר רישיון	מומחיות
כתובת מגורים (רחוב, מספר בית, יישוב, מיקוד)				
			מספר טלפון	מספר פקס

ג. פרטים על טיפול רפואי ומצב בריאותו של המבוטח

המבוטח נמצא בטיפול מתאריך	אני מכיר את המבוטח מתאריך	המבוטח סובל מבעיה זו מתאריך	תאריך על-פי המידע מרופא המשפחה

פרט מה הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח: _____

פרט את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית: _____

האם האבחנה קשורה בתאונה? לא כן, פרט: תאונת דרכים תאונת עבודה בתאריך _____ אחר _____

האם המבוטח סובל מבעיות רפואיות נוספות? לא כן, אגף פרט את מלוא האבחנות: _____

אבחנה _____ מתאריך _____

אבחנה _____ מתאריך _____

ממליץ על: בדיקות טיפולים ניתוח אחר, פרט: _____

	תאריך 
--	------------------------------------------------------------------------------------------------

חתימת הרופא המטפל וחותמתו ★

ד. פרטים לגבי ניתוח - למילוי על-ידי הרופא המנתח		
מועד הניתוח נקבע לתאריך	בית-חולים	כתובת בית-החולים

מידע נוסף: _____

	שם הרופא המנתח 	תאריך 
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

חתימת הרופא המנתח וחותמתו ★