

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

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 / הדמייה / פיזיותרפיה / אחר	סכום בש"ח *	תאריך

\* לכל הוצאה יש לצרף את מסמכי המקור בלבד.

ד. ויתור על סודיות רפואית
אני הח"מ נתן בזה רשות לקופ"ח ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/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 ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.

ה. אופן תשלום התביעה (סמן את בחירתך):
<input type="checkbox"/> קבלת התשלום להוראת הקבע הקיימת בחברה
<input type="checkbox"/> קבלת התשלום לפרטי חשבון בנק אחרים: בנק _____ מספר סניף _____ מספר החשבון _____
<input type="checkbox"/> תשלום באמצעות שיק
*אם תביעתך לפיצוי / החזר כספי הינה מעל 5000 ש"ח, יש לצרף תצלום שיק או אישור הבנק על פרטי חשבונך

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימת המבוטח



20016021031