

שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

## דף הנחיות לטופס 756

### דף הנחיות להגשת תביעה - תשלום הוצאות עבור תרופות

#### מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן.  
באם הנך מעוניין שסוכן הביטוח הקבוע בפוליסה יטפל בתביעתך, יש למלא ולחתום על פסקת המינוי המיועדת לכך בטופס התביעה.

1. טופס "הגשת תביעה - תשלום הוצאות עבור תרופות" - בטופס שני חלקים:  
**חלק א'** - נועד למילוי בידי המבוטח, **חלק ב'** - למילוי בידי הרופא המטפל.  
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים.  
אנא קח עמך את הטופס הזה בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי ובקש מהם למלא את החלק המתאים במלואו.
2. מרשם חודשי.
3. מכתב דחיית תביעה מקופת חולים.
4. קבלה מקורית - יש לצרף במידה והתרופה שולמה על ידך.  
מסמכים רפואיים הכוללים את תולדות המחלה, סיכומי חדר מיון / בית חולים אם קיימים וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.

**ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: [tviotbri@migdal.co.il](mailto:tviotbri@migdal.co.il) / פקס מס' 03-6278444 או לשלוח בדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות בריאות.**

#### 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







שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

## טופס הגשת תביעה - תשלום הוצאות עבור תרופות

חלק א - למילוי בידי המבוטח

טופס מספר 756

א. פרטי המבוטח						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		תאריך לידה	מצב משפחתי	
ישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	דואר אלקטרוני
מקום העבודה	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד	מספר פקס			
שם קופת החולים	שם הסניף		כתובת הסניף			
<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת						
עובד חברה	שם הרופא המקצועי המטפל					שם רופא המשפחה המטפל
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא						

ב. ביטוחי בריאות נוספים						
האם הגשת או בכוננתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____						
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 העבודה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ביטוח במקום אחר	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

ג. פירוט התביעה			
<input type="checkbox"/> בקשה לאישור מראש עבור רכישת התרופות על-ידי חברת הביטוח. <input type="checkbox"/> בקשה לאישור מראש עבור החזר הוצאות לרכישת תרופות על ידי. <input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות עבור תרופות שנרכשו - במקרה זה יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) פירוט:			
שם התרופה	הסכום בש"ח	תאריך רכישה	

ד. אופן תשלום התביעה			
<b>אופן תשלום התביעה (סמן ב-X את בחירתך)</b> <input type="checkbox"/> קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמיה החודשית - למשלמים בהוראת קבע. <input type="checkbox"/> לצורך תשלום לחשבון בנק <b>אחר</b> שעל שמך / במידה והפרמיה החודשית משולמת באמצעות כרטיס אשראי. נא מלא את הפרטים וצרך תצלום המחאה או אישור הבנק על פרטי חשבונך.			
שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון
<b>הערה:</b> במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודות הזהות של המוטבים.			
<input type="text"/>			
חתימת המבוטח ★			





שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

אני/נו החתומים מטה, נותנים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למלא ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דורש לביטוח והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוחיה, עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקשים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאנחלה בה בעתיד ו/אני/נו משחררים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי ה"מבקש" ו/או יועץ הביטוח. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני/נו ובאי כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי/נו הקטינים.

ניתנת בזו זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

אני/נו החתומים מטה מצהירים בזאת שתשובתי/נו על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח ★
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

במקרה של קטין יש להחתיים את שני ההורים על הטופס:

תאריך	שם האם	מספר זהות	חתימת האם ★
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

תאריך	שם האב	מספר זהות	חתימת האב ★
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 1. מינוי הסוכן

הגני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' \_\_\_\_\_ לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל "מגדל חברה לביטוח בע"מ" ולקבל מ "מגדל חברה לביטוח בע"מ" את כל התכתובות ו/או המידע ו/או המסמכים הקשורים לתביעה ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו בלבד.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	חתימת המבוטח ★
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2. 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 ★
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



שם הסוכן	מספר פוליסה / תכנית



הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד  
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעיפרון

## טופס הגשת תביעה - תשלום הוצאות עבור תרופות חלק ב - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

רופא נכבד,  
על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה					
שם משפחה	שם פרטי	התמחות		מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד
ישוב	רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד
					מספר פקס

ב. פרטי המבוטח		
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

ג. הטיפול במבוטח	
מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח

ד. אבחנה
פירוט האבחנה הנוכחית: _____

המבוטח בטיפול החל מתאריך: _____	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך: _____	המבוטח בטיפול בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך: _____
---------------------------------	--	---

ה. טיפולים תרופתיים שניתנו עד כה למטופל	
מתאריך	שם תרופה

--

חתימת  
הרופא  
המטפל ★

--

תאריך

