



מספר דוחות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תוכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

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

דף הנחיות למילוי טופס 759

הנחיות להגשת תביעת בריאות בתחום השתלות, טיפולים מיוחדים וניתוחים בחו"ל

מבוטח יקר,

בכל מקרה של צורך בהשתלה / ניתוח בחו"ל / טיפול מיוחד בחו"ל חשוב לפנות בהקדם למחלקה לבעיות בריאות במגדל ולמלא אחר הנחיות אלה:

בשלב הראשון:

עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעירו אליו טופס תביעה מסווג השתלות, טיפולים מיוחדים וניתוחים בחו"ל (המשך), שבו יש למלא את שני החלקים הראשונים.

- א. **חולק א'**, יכול את פרטי המבוטח.
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורם.
- ב. **חולק ב'**, נועד למילוי על ידי הרופא המקצוע הקבוע בcourt החולים (רופא מקצועי המטפל בר, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים ועוד), ובハウדר רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחתי או רופא ילדים.

לטופס זה יש לצרף:

- מסמכים רפואיים המפרטיהם מהו הניתוח/טיפול מיוחד מיחד/השתלה, באיזה מרכז רפואי בחו"ל מבקש לבצע ובמקרה של טיפול מיוחד בחו"ל - חוות דעת של מומחים רפואיים בתחום הרלונטי, הקובעים כי הניתוח/טיפול עונה להגדרת "טיפול מיוחד בחו"ל" בפוליסה שברשותך.
- במידה וידרש טופס ויתור סודיות רפואי, אנו נפנה אליך בבקשתו לספקו.

מה יקרה בהמשך:

- לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהבקשו תיבחן על ידנו זכאותך לכיסוי ביטוח, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה.
- אם הכלול ברור ותיקן - נבחן זכאותך לכיסוי ביטוח בגין השתלות, טיפולים מיוחדים וניתוחים בחו"ל בכפוף לתנאי הפוליסה.
- אם תידרשנה הבהרות כתשchan - לאחר הגשת המסמכים שצינו לעיל, עשייה החבורה לדריש פרטימנס נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים, לפי הצורך.
- אם יתרברר שאין לך זכאי לכיסוי / פיצוי על פי הפוליסה תישלח אליו הודעה עם פירוט הסיבה בגין אין לך זכאי לתגמול בגין, לאחר שהוא בידינו מלאה המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

במקרה של תשלום עיתוי או חד פעמי בסך העולה על 5,000 ש"ח יש לאפשרות לפנות אליו באמצעות כל אחת מדריכי ההתקשרות כמפורט בטופס: מיל, פקס, דואר ולביקש שהתשלום יבוצע ישירות לספק ההסכם כאמור.

כל הדרכים לייצור איתינו קשר

כתובת לשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח
בע"מ, ת.ד. 3063 קריית אריה, פותח תקווה,
מיקוד 4951106

טלפון 03-9201010
טלפון מוקד 03-9201028

Whatsapp 054-9201028

סוכן הביטוח של

באפליקציית מגדל App Store / Google Play

migdal.co.il



0112127590104010525

עמוד 1 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מס' 1212

עובד מגדל: כן לא



מספר דוחת	שם המבוטח
מספר פוליסה / תוכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

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

דף הנחיות למלוי טופס 759

הנחיות להגשת תביעת בריאות בתחום השתלות, טיפולים מיוחדים וניתוחים בחו"ל - המשך

אוףן הגשת התביעה:

באפשרותך לנחל את תביעתך באמצעות שירות "הגשת תביעה Online" שניתן באתר החברה בכתובת www.migdal.co.il או דרך אפליקציית מגדל בנייד.

שירות "הגשת תביעה Online" מאפשר לך להגיש תביעה, להעלות מסמכים חסרים ולצפות בסעיפים הטיפול בתביעה בכל זמן ובכל מקום.

השלמת מסמכים חסרים ניתן לשלו גם באמצעות **SMS** עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו: **055-7000113**.
למידע נוסף ניתן לפנות למועד התביעות בטלפון **03-9201010** ביום א'-ה' בין השעות 00:16:00-08:00.

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

- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיע מתחת עבורה: **תביעות בריאות** healthclaim@migdal.co.il
- לטיילת דואר אלקטרוני: **03-5637749**

לדעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום /או הכרה בדרכות המבוטח לתשלום כלשהו ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופתהת>wשנות הקבועה בחוק.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה
ברכה,
תביעות בריאות



מספר דוחות	שם המבוטח
מספר פוליסה / תוכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	
הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד יש למלא את הטופס בעת בלבד ולא בערכו	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס בעת בלבד ולא בערכו

טופס הגשת תביעה - אישור ותאום השתלה / טיפול מיוחד בחו"ל / ניתוח בחו"ל

טופס מס' 759

סוג התביעה (יש לסמן ב-X)

- השתלה טיפול מיוחד בחו"ל ניתוח בחו"ל
חלק א' - למייל בידי המבוטח

א. פרטי המבוטח

מספר דוחות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידיה
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מספר טלפון נייד	ת"ד
דואר אלקטרוני	שם קופת חולים	מספר טלפון	מספר פקס
מקום העבודה	כתובת הסניף	מקום העבודה של בן/ת זוג	כליית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/> מאוחדת
שם הרופא המקטצע המטפל	שם רופא מטפל	שב"ן (bijtchush moshlim)	מועד הצטרפות לשב"ן
		סוג תוכנית	
אם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה או ביטוח פרטי אחר? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן, בחברת _____			

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים

יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שציינת לעיל

* הצהרה למקשימים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני:	<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני (יש למלא גם מספר טלפון נייד)
אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק / או הפוליטיות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרש החברה, או מי מטעמה, להעביר לARB מודיעין / או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אליו את המידע / או המשם בדואר אלקטרוני לARB לארטיפורי לכתובת הא-מייל שרשומה על ידי בטופס זה, במקום בדואר,	<input type="checkbox"/> דואר ישראל
אף אם הוא כולל "מידע רגישי" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטויות.	<input type="checkbox"/> פקס
בהתאם תשובה, הודעות החברה ישלחו אליו באמצעות דואר	<input type="checkbox"/> ישראל לכתובת המופיע בטופס זה.

אישור למשוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו. יש לסמן ולרשום את שם הסוכן _____ מס' סוכן _____ הריני מאשר לפחות למגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן - "מגדל") לשוחזר / או להעביר לידי סוכן הביטוח בפועל את כל התוכנות / או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו / או מידע רפואי שנណה למגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה / או תביעה כלפי "מגדל" בכל הנוגע להעברת המידעים / או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח / או באמצעותו. ככל שלא תמנה את הסוכן שלך לטפל בשער בתביעה לפני סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.

חתימה *	מספר תעוזת זהות	שם פרטי ושם משפחה	תאריך
---------	-----------------	-------------------	-------

ג. פירוט התביעה

שם נקבע תאריך לניתוח / טיפול / השתלה בחו"ל? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן	שם המדיינה בה יבוצע: _____ תאריך ביצוע הניתנו: _____		
האם הגשת תביעה בגין כלשהן? <input type="checkbox"/> לא <input checked="" type="checkbox"/> כן אם כן, נא פרט:	שם בית החולים בו יבוצע: _____		
במקרה של הגשת קבלות על הוצאות שהוצעו בפועל, יש למלא ולצרף את הקבלות.			
תאריך	מספר קבלת	סכום בש"ח	נא פרט את סוג הטיפול



0112127590304010525

עמוד 3 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מס' 1212

עובד מגדל: כן לא



מספר דוחות	שם המבוטה
מספר פוליסה / תוכנית	שם הסוכן
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים אחד
יש למלא את הטופס **בעט בלבד** ולא בעפורה

ד. הצהרות המבוטה - אני הח"מ מצהיר ומתחייב כי

1. אודיעו למגדל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") על כל גיגול כספי שاكتבל מכל גורם אחר בגין תביעה זו, והרini מאשר לחברת לעורך כל בדיקה אשר לצורך זכאותי לקבלת תגמולו ביטוח בגין תביעה זו. בנוסף, ניתן בזו הזכות לחברת לתבע החזרים ולשובב את התביעה נגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות כלפיי התביעה הנ"ל או חלקה.
2. ידוע לי כי הפוליסה בגין הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא / או חלקית בגין הוצאות שהוציאתי / או תשלוםם של שירותים בפועל, על פי' הקובלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו - הכל בהתאם לתנאי הפוליסה (להלן: "הקובולות").
3. ידוע לי כי לא ניתן לטעון החזר בגין אותן סכומים מוגרים שונים (כגון חברות אחרות או קופות חולמים), ולאחר מכן הזרים כפולים עמודת בגין הורות הדין והפוליסה. כך הנני מתחייב לשפטות / או לפצאות את מגדל / או מי מטעמה, מיד עם דרישתה, ולהחזיר לה כל סכום שלום על ידה בגין הקובלות, אם קיבל תשלום מוגרים / או מקור אחר בגין / או בקשר עם הקובלות.
4. הצהרות והסכומות לפי חוק הגנת הפרטיות
ידוע לי כי המידיע שמשרת במוסך זה וככל מידעו שאמ索ר (ביחד להלן: "המידיע") ישמור במගרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ / או מגדל מקפת קרנות פנסיה ו קופות גמל בע"מ / או גופים בשליטה מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ / או מי מטעמן (ביחד להלן: "קבוצת מגדל") / או ישותם בינם, ועובד בהתאם לשימושים המנויים במבדיות הפרטיות שנזכרת להלן, לרבות בכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושרות של פוליסות, תוכניות ו/או מוצרים על שם, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישראלי, יצירת קשר, שירותי נספחים וקיים וחובות שדרין.
אם מאשר ימי מודיעע נמסר מרוצוי ובಹසכתית ולא חלה עלי חובה חוקית למסור אותו. כמו כן, ידוע לי כי מסירת המידע תמנע מגבוצת מגדל את יכולות לספק לי את השירותים באופן מיטבי.
אם מאשר ימי מודיעע יעביר לצדים שלשיים לצורך המטרות הנ"ל, לרבות לשוכני ביטוח, בעלי רישיון, ספקים, מבתי משנה, גורמים מתפעלים ונוטני שירותים.
ידוע לי כי בהתאם לחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א, התשע-1981, הנני רשאי לעזין במידע שמנוהל לגביי, וכי יש לי את הזכות לבקש את תיקונו אם נמצא כי איןו שלם או מעודכן.

בקשה לימוש זכות העין, ניתן לפנות למוקד קשיי הליקוחות באמצעות טלפון 03-9201010 או דואר אלקטרוני mokedbi@migdal.co.il או <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security>.
מדיניות הגנת הפרטיות זמינה עבורי בכתובת <https://www.migdal.co.il/support/privacy-and-data-security>.

5. כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלתתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית. ידוע לי על פי הורות החוק, מסירת מידע כזוב או מטעעה עלולה לגרום לדחיתת התביעה / או לשילילת זכות המבוטה להחזר על פי הפוליסה.

במקרה של קטין/חסוי, יצינו את שםם ויתחמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך
חותמת הורה נוסף במקורה של קטין *	חותימה *	חותם הקרבה של החותם למבוטה (במימה והחותם אייננו המבוטה)	

ה. אופן תשלום התביעה

במידה והتبיעה תאשר, התשלום יבוצע באמצעות העברת בנקאית.

נא סמן ב- X את בחירתך:

- קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמיה החודשית - למשלמים בהוראת קבוע.
 תשלום לחשבון בנק אחר שעיל שマル.

אם מבקש לԶוט את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולו הביטוח.

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

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. כל הנתונים שמשרתי לכם לגבי העברת הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
2. אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא עלשמי / או משותף לי ולברית הזוג.
3. ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי, ועל אחריותי בלבד.
4. אני מותר על כל טענה / דרישת / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.

5. ידוע לי שאון בהסכמה זו משום התcheinויות כלשהן של חברת הביטוח לכיסוי הביטוח או בגין תגמולו הביטוח.

6. ידוע לי ואני מורה לחברת כדי לטפל בבקשת תשלום לטובי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "הבנק"), באמצעות מרכז סילקה בנקאי (מוס"ב), לaimot בקידות פרטיסטיות כפרטי חשבון הבנק שמשרתי לחברת, לרבות שם מלא, מספר זהה ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודאי כי הכספי יועבר לחשבון (להלן: "הלייר האimoto"). הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להסביר את האimoto לעיל, ובכך הנני מותר על חובת הסודיות שהבנק / או החברה חיבים כל"ע תוך יתר על כל טענה / או דרישת / או תביעה כלפיי הבנק / או מס"ב / או החברה, בגין להלייר האimoto, כאמור. ידוע לי ואני מוכנים כי תיעוד להלייר האimoto ישמר במגاري המידע של החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי להזוז בי מהסכמה דלעיל, באמצעות פניה לחברת, בלבד שהבקשה לאimoto טרם נשלחה למס"ב.

لتשומת לייבר,

במידה והמobotח הינו **קטין** יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יציין אופן התשלום הנדרש, בציירן תצלום תעוזת זהה.

חותימה *



0112127590404010525

עמוד 4 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מס' 1212

עובד מגדל: כן לא