



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

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

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 מקצוע המתפל בר, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים ועוד), ובハウדר רופא מקצוע, 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 הרלוונטי, הקובעים כי הניתוח/טיפול עומנה להגדרת "טיפול מיוחד בחו"ל" בפוליסה שברשותך.
- במידה וידרש טופס ויתור סודיות רפואי, אנו נפנה אליך בבקשתך.
- תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך במידה ותביעתך להחזיר כספי הינה מעל 5,000 ש"ח.

מה יקרה בהמשך:

- לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתקבשו תיבחן על ידנו זכאותך לכיסוי ביטוח, בכפוף לתנאי הפוליס והגדרותיה.
- **אם הכל בורור ותיקן** - נבחן זכאותך לכיסוי ביטוח בגין השתלות, טיפולים מיוחדים וניתוחים בחו"ל בכפוף לתנאי הפוליסה.
- **אם תידרשנה הבהרותת כלשהן** - לאחר הגשת המסמכים שצינו לעיל, עשויה החברה לדרש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים, לפי הצורך.
- **אם יתרברר שאינך זכאיל לכיסוי / פיצוי על פי הפוליסה** תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגין אין לך זכאי לתגמול בגין, לאחר שהיו בידינו מלא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

במקרה של תשלום עיתוי או חד פעמי בסך העולה על 5,000 ש"ח באפשרות לפנות אלינו באמצעות כל אחת מדריכי הרתකשות כמפורט בטופס: מיל, פקס, דואר ובקש שהתשלום יבוצע ישירות לספק ההסכם כאמור.

כל הדרכים לייצור איתינו קשר

כתובת לשלוח דואר: מגדל ביטוח לביטוח
בע"מ, תdz 3063 קריית אריה, פותח ותקווה,
מיקוד 4951106

טלפון 03-9201010
טלפון מוקד

טלפון 054-9201028
Whatsapp

טלפון סוכן הביטוח

טלפון של

מגדל ביטוח מגדל
App Store / Google Play

migdal.co.il



0112127590104010324

עמוד 1 מתוך 4 דפים

מגדל ביטוח לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 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 בערפן

דף הנחיות למלוי טופס 759

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

אוף 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 מטה עבורה: **תביעות בריאות**
- לטיבת דואר אלקטרוני: healthclaim@migdal.co.il
- בפקס: **03-5637749**

לדעתך, טופס זה אינו מהו התחייבות לתשלום / או הכרה בזכאות 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 הסוכן	שם הסוכן
מספר תביעה	

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא את הטופס **בעט 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 פקס	מספר טלפון נייד
מקום העבודה	כתובת הסניף	שם קופת חולים	מקום העבודה של בן/ת זוג
			<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומיות <input type="checkbox"/> מאוחדת
שם הרופא המקטז עלי המתפל	שם רופא מתפל	שב"ן (bijtchush moshlim)	מועד הצטרפות לשב"ן
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 שציינית לעיל

* הצהרה למקשימים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני:

אני מסכים כי בכל מקום בו מכוח החוק / או הפוליטיות שיש לי במגדל חברה לביטוח בע"מ, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר לARB מודיעין / או מסמך בכתב, תהיה לחברת או למי מטעמה אפשרות להעביר אליו את המידע / או המשם בדואר אלקטרוני לARB לכתובת הא-מייל שרשומה על ידי בטופס זה, במקום בדואר,

אף אם הוא כולל "מידע רגישי" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

דואר אלקטרוני (יש למלא גם מספר טלפון נייד)

דואר ישראל

פקס

בהתאם לתשובה, הודעות החברה ישלחו אליו באמצעות דואר
ישראל לכתובת המופיע בטופס זה.

אישור למשוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו. <input type="checkbox"/> יש לסמן ולרשום את שם הסוכן _____ מס' סוכן _____
הריני מאשר בזאת לגדל חברה לביטוח בע"מ ("ההן" - "מגדל") לשוחזר או להעביר לידי סוכן הביטוח בפועל את כל התכונות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע הקשור עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנណה לגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מגדל" בכל הנוגע להעברת המידע ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו. ככל שלא תמנה את הסוכן שלך לטפל בשער בתביעה לפני סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.
חתימה ★ מס' סוכן שם פרטי שם המשפחה תאריך

ג. פירוט התביעה

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



0112127590304010324

עמוד 3 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מס' 1212

עובד מגדל: כן לא



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

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

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

1. אודיעו למגדל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") על כל תגמול כספי שاكتבל מכל גורם אחר בגין תביעה זו, והרini מאשר לחברה לעורר כל בדיקה באשר לזכאותי לקבלת תגמול בגין תביעה זו. בנוסף, יינתן זוDOT לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה הניגוד לכך צלשי שיש לו מחלוקת לגבי התביעה הנ"ל או חלקה.
2. ידוע לי כי הפוליסה בגין הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרת הנני זכאי להחזיר מלא /או חלקית בגין הוצאות שהוציאתי /או תשלוםים ששילמתי בפועל, על פי הקובלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו - הכל בהתאם לתנאי הפוליסה (להלן: "הקבולות").
3. ידוע לי לא ניתן לטעון החזר בגין אותן סכומים מגורמים אחרים (כגון חברות אחרות או קופות חולם), וכבלת החזרים כפולים עומדת בגין להוראות הדין והפוליסה. כך הנני מתחייב לשופוטן /או לפצצת את מגדל /או מי מטעמה, מטעם דרישתך, ולהחזיר לך כל סכום שלשלם על ידה בגין הקובלות, אם אקבל תשלום מגורם /או מקור אחר בגין /או בקשר עם הקובלות.
4. כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העתידי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית. ידוע לי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כזוב או מטענה עלולה לגרום לדחיתת התביעה /או לשילילת זכות המבוטח להחזיר על פי הפוליסה.

במקרה של קטין/חסוי, יציינו את שם ויתרתו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

מספר ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך
חתימת הורה נוסף במקורה של קטין *	חתימה *	חתימה *	יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם איןנו המבוטח)

ה. אופן תשלום התביעה

במידה וה התביעה תאשר, התשלום יבוצע באמצעות העברת בנקאית.
במידה ותעבירך להחזיר כספי הינה מעל 5,000 ש"ל יש לצרף צילום המכחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.
נא סמן ב- **X** את בחריתך:

- קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמייה החודשית - למשלים בהוראת קבוע.
 תשלום לחשבון בנק אחר שעל שער.

אני מבקש לזכות את חשבון בנק שפרטיו להלן בגין תגמולו הbijוט.

שם בעל החשבון	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. כל הנתונים שמופיעים לכם לגבי העברת הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
2. אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא עלשמי /או משותף לי ולבן/בת זוג.
3. העברת הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתך ועל אחריותך בלבד.
4. אני מותר על כל טענה /דרישה / תביעה הקשור להעברת הבנקאית הנ"ל.
5. ידוע לי שאון בסכמי או משום התcheinבות כלשהן של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוח או בגין תגמולו הbijout.
6. ידוע לי ואני מורה לחברת הבנק שמסמricht לה לקבלת תשלום לטובות, תפונה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "הבנק"), באמצעות מס' בנק (מס' ב), לאימתו וביקורת תקינות כל פרטי החשבון הבנק שמסמricht לחברת, לרבות שם מלא, מספר זהה ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודא כי הכספי יועברו לחשבון (להלן: "הילך האimoto"). הנני מאשר לבנק באמצעות מס' ב להסביר בזאת האimoto לעיל, ובכך הנני מותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חיברים כלפי תור ויתור על כל טענה /או דרישתך /או תביעה כלפי הבנק /או מס' ב או הילך האimoto, כאמור. ידוע לי ואני מוכנים כי תיעוד הילך האimoto ישמר במאגרי המידע של החברה. עד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מוסכם פניה לחברת, ובclud שhabkasha לאימות טרם נשלחה למס' ב.

בתשומת ליבך,
במידה והמ兵团 הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורם שבו יציין אופן התשלום הנדרש, בציירוף תצלום תעודה זהה.

חתימה *



0112127590404010324

עמוד 4 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1212

עובד מגדל: כן לא