



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

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

דף הנחיות למילוי טופס 759

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

מבוטח יקר,

בכל מקרה של צורך בהשתלה / ניתוח בחו"ל / טיפול מיוחד בחו"ל חשוב לפנות בהקדם למחלקת תביעות בריאות במגדל ולמלא אחר ההנחיות שלהלן:

בשלב הראשון:

עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעביר אלינו טופס תביעה מסוג השתלות, טיפולים מיוחדים וניתוחים בחו"ל (המצ"ב), שבו יש למלא את שני החלקים הראשונים.

א. חלק א', כולל את פרטי המבוטח.

אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים.

ב. חלק ב', נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי הקבוע בקופת החולים (רופא מקצועי המטפל בך, כגון אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכד'), ובהעדר רופא מקצועי, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.

לטופס זה יש לצרף:

- מסמכים רפואיים המפרטים מהו הניתוח/טיפול מיוחד/השתלה, באיזה מרכז רפואי בחו"ל מבוקש לבצעם ובמקרה של טיפול מיוחד בחו"ל - חוות דעת של מומחים רפואיים בתחום הרלוונטי, הקובעים כי הניתוח/טיפול עונה להגדרת "טיפול מיוחד בחו"ל" בפוליסה שברשותך.
- במידה וידרש טופס ויתור סודיות רפואית, אנו נפנה אליך בבקשה לספקו.
- תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ₪.

מה יקרה בהמשך:

לאחר קבלת הטופס והמסמכים שהתבקשו תיבחן על ידנו זכאותך לכיסוי ביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה והגדרותיה.

- **אם הכול ברור ותקין** - נבחן זכאותך לכיסוי ביטוחי בגין השתלות, טיפולים מיוחדים וניתוחים בחו"ל בכפוף לתנאי הפוליסה.
- **אם תידרשנה הבהרות כלשהן** - לאחר הגשת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים נוספים, מסמכים רפואיים ומסמכים אחרים, לפי הצורך.
- **אם יתברר שאינך זכאי לכיסוי / פיצוי על פי הפוליסה** תישלח אליך הודעה עם פירוט הסיבה בגינה אינך זכאי לתגמולי ביטוח, לאחר שהיו בידינו מלוא המסמכים והפרטים הנדרשים לבירור החבות.

במקרה של תשלום עיתי או חד פעמי בסך העולה על 5,000 ₪ יש באפשרותך לפנות אלינו באמצעות כל אחת מדרכי ההתקשרות כמפורט בטופס: מייל, פקס, דואר ולבקש שהתשלום יבוצע ישירות לספק ההסכם כאמור.

מק"ט 521110003 (מהדורה 03.2024)

1079

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

03-9201010 מוקד טלפוני



054-9201028 Whatsapp



סוכן הביטוח שלך



באפליקציית מגדל App Store / Google Play



migdal.co.il



כל הדרכים ליצור איתנו קשר



0112127590104010324

עמוד 1 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1212

עובד מגדל: כן לא



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

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

דף הנחיות למילוי טופס 759

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

אופן הגשת התביעה:

באפשרותך לנהל 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 בסטטוס הטיפול בתביעה בכל זמן ובכל מקום.

השלמת מסמכים חסרים ניתן לשלוח גם באמצעות SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו: **055-7000113**.

למידע נוסף ניתן לפנות למוקד התביעות בטלפון 03-9201010 בימים א'-ה' בין השעות 08:00-16:00.

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

- באמצעות סוכן הביטוח
- באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות בריאות
- לתיבת דואר אלקטרוני: healthclaim@migdal.co.il
- בפקס: 03-5637749

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו ואין בהגשת טופס התביעה כדי להאריך את תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

בברכה,
תביעות בריאות

מק"ט 521110003 (מחזורת 03.2024)

1079

כל הדרכים ליצור איתנו קשר

כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת.ד. 3063 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

03-9201010
מוקד טלפוני



054-9201028
Whatsapp



סוכן הביטוח
שלך



באפליקציית מגדל
App Store / Google Play



migdal.co.il



0112127590204010324

עמוד 2 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1212

עובד מגדל: כן לא



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

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

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

טופס מספר **759**

סוג התביעה (יש לסמן ב-X)

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

א. פרטי המבוטח									
מספר זהות		שם משפחה			שם פרטי			תאריך לידה	
יישוב		כתובת מגורים (רחוב)			מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	
דואר אלקטרוני		מספר טלפון			מספר טלפון נייד		מספר פקס		
מקום עבודה		מקום עבודה של בן/ת זוג			שם קופת חולים			כתובת הסניף	
					<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת				
ש"ן (ביטוח משלים)		שם רופא מטפל			שם הרופא המקצועי המטפל				
סוג תוכנית		מועד הצטרפות לשב"ן							
האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה או ביטוח פרטי אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____									

ב. אופן קבלת הודעות ומסמכים יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שציינת לעיל	
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> פקס בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.	* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני: 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 שרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.
אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו. <input type="checkbox"/> יש לסמן ולרשום את שם הסוכן _____ מס' סוכן _____	
הריני מאשר בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן - "מגדל") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח בפוליסה את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנודע למגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מגדל" בכל הנוגע להעברת המידעים ו/או המסמכים, לרבות המידע הרפואי לסוכן הביטוח ו/או באמצעותו. ככל שלא תמנה את הסוכן שלך לטפל בשמך בתביעה לפי סעיף זה, הוא לא יוכל לקבל מידע הקשור בתביעה זו.	
תאריך	שם פרטי ושם משפחה
תעודת זהות	מספר
חתימה *	

ג. פירוט התביעה			
האם נקבע תאריך לניתוח / טיפול / השתלה בחו"ל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
שם המדינה בה יבוצע: _____ שם בית החולים בו יבוצע: _____ תאריך ביצוע הניתוח: _____			
האם הגשת תביעה לגורם אחר כלשהו? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> אם כן, נא פרט: _____			
במקרה של הגשת קבלות על הוצאות שהוצאו בפועל, יש למלא ולצרף 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 מסמך: 1212

עובד מגדל: כן לא



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

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

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

- אדווח למגדל חברה לביטוח בע"מ ("החברה") על כל תגמול כספי שאקבל מכל גורם אחר בגין תביעה זו, והריני מאשר לחברה לערוך כל בדיקה באשר לזכאותי לקבלת תגמולי ביטוח בגין תביעה זו. בנוסף, ניתנת בזו זכות לחברה לתבוע החזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.
- ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא ו/או חלקי בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל, על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו - הכל בהתאם לתנאי הפוליסה (להלן: "הקבלות").
- ידוע לי כי לא ניתן לתבוע החזר בגין אותם סכומים מגורמים שונים (כגון חברות ביטוח אחרות או קופות חולים), וקבלת החזרים כפולים עומדת בניגוד להוראות הדין והפוליסה. כן הנני מתחייב לשפות ו/או לפצות את מגדל ו/או מי מטעמה, מיד עם דרישתה, ולהחזיר לה כל סכום ששולם על ידה בגין הקבלות, אם אקבל תשלום מגורם ו/או מקור אחר בגין ו/או בקשר עם הקבלות.
- כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית. ידוע לי על פי הוראות החוק, מסירת מידע כוזב או מטעה עלולה לגרום לדחיית התביעה ו/או לשלילת זכות המבוטח להחזר על פי הפוליסה.

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

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.
יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותר איננו המבוטח)	חתימה *	חתימת הורה נוסף במקרה של קטין *	

ה. אופן תשלום התביעה

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית.
במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ₪ יש לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.
נא סמן ב-X את בחירתך:

קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמיה החודשית - למשלמים בהוראת קבע.

תשלום לחשבון בנק אחר שעל שמך.

אני מבקש לזכות את חשבוני בבנק שפרטיו להלן בגין תגמולי הביטוח.

שם בעל החשבון	שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:

- כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
- אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן/בת זוגי.
- ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
- אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
- ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.
- ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי לקבלת תשלום לטובתי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "הבנק"), באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב), לאימות ובדיקת תקינות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מספר זיהוי ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני (להלן: "הליך האימות"). הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל, ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה, בנוגע להליך האימות, כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי המידע של החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי דלעיל, באמצעות פניה לחברה, ובלבד שהבקשה לאימות טרם נשלחה למס"ב.

לתשומת ליבך,

במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש, בצירוף תצלום תעודת זהות.

חתימה *

