



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

הטופס מיועד לנשים וגברים 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.
נבקשך לסמן את בחירתך על גבי טופס זה במקום המיועד לכך בטופס התביעה.

באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות בדבר התביעה, מהלכה ותוצאותיה באחת מהדרכים הבאות:

- דואר אלקטרוני מאובטח. תנאי למשלוח הודעות באמצעי זה הינו מסירת מספר טלפון נייד עדכני ותקין אליו תשלח סיסמה לצורך פתיחת ההודעה.
- דואר ישראל לכתובת המפורטת בטופס זה.
- פקס.

נבקשך לסמן את בחירתך על גבי טופס זה במקום המיועד לכך בטופס התביעה.

מסמכים שיש לצרף:

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. צילום תעודת זהות כולל ספח.
3. מרשם חודשי.
4. מכתב דחיית תביעה מקופת חולים.
5. קבלה/ות בגין רכישת התרופה.
6. מסמכים רפואיים הכוללים את תולדות המחלה, סיכומי חדר מיון / בית חולים אם קיימים וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.
7. טופס "ויתור על סודיות רפואית" חתום, כולל סעיף "עד לחתימה" (מצ"ב) (עד לחתימה יכול להיות- עו"ד / רופא / אחות/ עובד סוציאלי / פסיכולוג / מורשה חתימה בבנק/ סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח או תצלום רישיון סוכן תקף) (מצ"ב).
* עד לחתימה נדרש על פי חוזר משרד הבריאות 15/2003 מתאריך 9.3.2003.

ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: mediclaim@migdal.co.il / פקס מס' 076-8869245
או לשלוח בדואר לכתובת המופיעה מטה עבור: תביעות בריאות.

לבירור אודות סטטוס התביעה והשלמת מסמכים חסרים, ניתן לפנות לאיזור האישי באתר החברה.

מה יקרה בהמשך?

לאחר קבלת טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים תיבחן זכאותך לכיסוי הביטוחי, בכפוף לתנאי הפוליסה.
במידה ויידרשו מסמכים נוספים תישלח לך הודעה בכתב.

לידיעתך, טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום /או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה
בברכה,
תביעות בריאות

מק"ט 521110003 (מהדורה 08.2017)

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il או אצל סוכן הביטוח שלך
כתובת למשלוח דואר: מגדל חברה לביטוח בע"מ, ת"ד 3063 קרית אריה, פתח תקווה, מיקוד 4951106

מגדל חברה לביטוח בע"מ



014117560104270817

עמוד 1 מתוך 4 דפים

קוד מסמך: 1213
עובד מגדל: כן / לא



טופס הגשת תביעה - תשלום הוצאות עבור תרופות

חלק א - למילוי בידי המבוטח

טופס מספר **756**

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

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

א. פרטי המבוטח						
מספר זהות	שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה	
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מקום עבודה
דואר אלקטרוני		מספר טלפון		מספר טלפון נייד		מספר פקס
שם קופת החולים		שם הסניף		כתובת הסניף		שם רופא מטפל/משפחה
<input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת						
באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך באחת מהדרכים הבאות: <input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> פקס במידה ולא התקבל כל תשובה ממך, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה. * יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח.						
ב. ביטוחי בריאות נוספים						
האם הגשת או בכונתך 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 להחזר הוצאות עבור תרופות שנרכשו. <input type="checkbox"/> בקשה לאישור מראש עבור החזר הוצאות לרכישת תרופות על ידי.						
שם התרופה	סכום בש"ח	תאריך רכישה				

מק"ט 521110003 (מהדורה 08.2017)



014117560204270817

עמוד 2 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1213
עובד מגדל: כן / לא



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

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

ד. בקשה להפקדת תגמולי ביטוח לחשבון הבנק

אופן תשלום התביעה (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 הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון

אני מאשר מצהיר ומתחייב כדלקמן:
 1. כל הנתונים שמסרתי לכם לגבי העברה הבנקאית הנ"ל נכונים, מדויקים ונבדקו על ידי.
 2. אני מצהיר בזאת שהחשבון הוא על שמי ו/או משותף לי ולבן/בת זוגי.
 3. ההעברה הבנקאית הנ"ל מבוצעת בהתאם לבקשתי ועל אחריותי בלבד.
 4. אני מוותר על כל טענה / דרישה / תביעה בקשר להעברה הבנקאית הנ"ל.
 5. ידוע לי שאין בהסכמתי זו משום התחייבות כלשהי של חברת הביטוח להכיר בכיסוי הביטוחי או בגובה תגמולי הביטוח.

לתשומת ליבך,
 במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצויין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.
 במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ש"ח יש לצרף תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

חתימת המבוטח ★

ה. הצהרה לעניין קבלה/ות

אני הח"מ מאשר בזאת כי ידוע לי כי הפוליסה בגינה הוגשה התביעה הינה פוליסת שיפוי, במסגרתה הנני זכאי להחזר מלא ו/או חלקי – הכל בהתאם לתנאי הפוליסה, בגין הוצאות שהוצאתי ו/או תשלומים ששילמתי בפועל, על פי הקבלות אשר העתקן מצורף לתביעה זו (להלן: "הקבלות").
 ידוע לי כי איני זכאי לקבל החזר כפול בגין הוצאות ו/או התשלומים האמורים ועל כן הנני מתחייב ומצהיר בזאת כי לא אגיש בעתיד כל תביעה ו/או דרישה לקבלת תשלום ו/או החזר, מלא ו/או חלקי, בגין הקבלות, מכל גורם ו/או מקור אחר מלבד ממגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "מגדל").

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.

תאריך: _____ שם פרטי ומשפחה: _____ מספר זהות: _____ חתימת המבוטח ★

ו. הצהרת המבוטח

אני (המבוטח) _____ מצהיר בזה כי כל האמור לעיל הוא נכון, וכי לא העלמתי דבר הקשור עם התביעה הנוכחית.
 אני המבוטח התובע, מבקש לאור כל האמור לעיל, לשלם לי, את סכום הביטוח.

חתימה ★

ז. מינוי הסוכן

הנני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ מספר זהות / מספר רישיון סוכן _____ 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: _____ מס' זהות: _____ חתימת המבוטח ★

ח. 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 ★



014117560304270817

עמוד 3 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1213

עובד מגדל: כן / לא

מק"ט 521110003 (מהדורה 08.2017)

2002



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

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

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	כתובת מגורים(רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
מיקוד	מספר פקס	דואר אלקטרוני		

ב. פרטי המבוטח

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי
-----------	----------	---------

ג. הטיפול במבוטח

מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח

ד. אבחנה

פירוט האבחנה הנוכחית: _____

המבוטח בטיפולי החל מתאריך:	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך:	המבוטח בטיפולי החל לבחנה זו החל מתאריך:
----------------------------	--	---

ה. טיפולים תרופתיים שניתנו עד כה למטופל

מתאריך	שם תרופה

תאריך: _____

חתימת הרופא המטפל ★ _____



014117560404270817

עמוד 4 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 860
עובד מגדל: כן / לא