



טופס הגשת תביעה לאישור / תאום ניתוח עתידי

חלק א - למילוי בידי המבוטח

טופס מספר **689**

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	
מקום עבודה		יישוב			כתובת מגורים (רחוב)			מס' בית	
דואר אלקטרוני		מספר טלפון			מספר טלפון נייד			מספר פקס	
שם קופת החולים		שם הסניף			כתובת הסניף			שם רופא מטפל / משפחה	

באפשרותך לבחור את אופן משלוח ההודעות אליך באחת מהדרכים הבאות: דואר אלקטרוני דואר ישראל פקס
במידה ולא תתקבל כל תשובה ממך, אנו מבהירים כי ההודעות שבנדון ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.
* יש לצרף תצלום תעודת זהות כולל ספח.

הצהרה לעדכון פרטים ליצירת קשר

ככל שברצונך כי פרטי ההתקשרות המפורטים בסעיף א' לעיל יעודכנו במערכות ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) הינך נדרשת/ת לאשר בחתימתך סעיף זה. הפרטים שיעודכנו יישמשו את ה"חברה" לצורך יצירת קשר עמך ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה.
אני הח"מ מבקש/ת לעדכן את הפרטים המפורטים לעיל כפרטי ההתקשרות עמי ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותי בחברה.

חתימת המבוטח

ב. ביטוחי בריאות נוספים

האם הגשת או בכונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? לא 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

נא פרט את סוג הניתוח בגינו מוגשת התביעה:

נא פרט את סוג הטיפול: (התייעצות עם מנתח/אמבולנס/שתל/אחר)

תאריך	סכום בש"ח	שם הבנק

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 ביטוח

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 יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודת זהות של המוטבים.
 - במידה ותביעתך להחזיר כספי הינה מעל 5,000 ש"ח יש לצרף תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

חתימת המבוטח

מק"ט 521110003 (מהדורה 08.2017)

2005



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

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

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 ההוצאות ו/או התשלומים האמורים ועל כן הנני מתחייב ומצהיר בזאת כי לא הגשתי ואף 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.

תאריך	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	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 שגרשמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מס' זהות	חתימת המבוטח ★
-------	----------------	----------	----------------





טופס הגשת תביעה לאישור / תאום ניתוח עתידי חלק ב - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

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

חלק זה ימולא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימולא על ידי רופא משפחה / ילדים.
 חופא נכבד,
 על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

א. פרטי הרופא המקצועי המטפל							
שם משפחה		שם פרטי		התמחות		מספר טלפון בבית	
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד	מיקוד	מספר פקס	דואר אלקטרוני

ב. פרטי המבוטח	
מספר זהות	שם פרטי

ג. פרטים על טיפול רפואי ומצב בריאותו של המבוטח

פרט מה הבעיה הרפואית ממנה סובל המבוטח: _____

המבוטח נמצא בטיפול מתאריך: _____

פרט את ההיסטוריה הרפואית הקשורה לבעיה הנוכחית: _____

האם האבחנה קשורה בתאונה? לא כן, פרט: תאונת דרכים תאונת עבודה בתאריך _____ אחר _____

האם המבוטח סובל מבעיות רפואיות נוספות? לא כן, אנא פרט את מלוא האבחנות: _____

אבחנה _____

מתאריך _____

אבחנה _____

מתאריך _____

ממליץ על: בדיקות טיפולים ניתוח אחר, פרט: _____

<input type="text"/>	חתימת הרופא המטפל ★	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	---------------------	----------------------	-------

חלק ג - למילוי על ידי הרופא המנתח
 חלק זה ימולא על ידי הרופא שעתידי לבצע את הניתוח.
 חופא נכבד,
 על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

פרטים לגבי הניתוח-למילוי על-ידי הרופא המנתח		
מועד הניתוח נקבע לתאריך	בית חולים	כתובת בית החולים
מידע נוסף: _____		

<input type="text"/>	חתימת הרופא המנתח וחותמתו ★	<input type="text"/>	שם הרופא המנתח	<input type="text"/>	תאריך
----------------------	-----------------------------	----------------------	----------------	----------------------	-------



016896890404010817

עמוד 4 מתוך 4 דפים

קוד מסמך: 860
 עובד מגדל: כן / לא

מק"ט 521110003 (מהדורה 08.2017)