



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 758 הנחיות להגשת תביעת בריאות בנושא פיצוי בגין ניתוח / אשפוז מחמת מחלה

מבוטח יקר,

בכל מקרה של צורך בקבלת פיצוי בגין ניתוח / אשפוז מחמת מחלה חשוב לפנות למחלקת תביעות בריאות במגדל ולמלא אחר ההנחיות שלהלן:

בשלב הראשון:

עליך למלא את כל הפרטים המבוקשים ולהעביר אלינו טופס תביעה מסוג **פיצוי בגין ניתוח / אשפוז מחמת מחלה (המצ"ב)** הכולל את פרטי המבוטח.
אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים.

לטופס זה יש לצרף:

- קבלה/ות - במידה ושולמה על ידך השתתפות עצמית.
- גיליון ניתוח / מכתב סיכום שחרור מאשפוז.
- מסמכים רפואיים הכוללים את תולדות המחלה, סיכומי חדר מיון / בית חולים אם קיימים וכל מסמך רפואי הקשור לתביעה.
- טופס בקשת מידע רפואי וויתור על סודיות רפואית חתום כולל סעיף "עד לחתימה".
- 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 לפיצוי בגין הניתוח / אשפוז 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 200022828 (מוחזרה 10.2020)

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il, 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

קוד מסמך: 1211



0112117580116221020

עמוד 1 מתוך 16 דפים



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 758 הנחיות להגשת תביעת בריאות בנושא פיצוי בגין ניתוח / אשפוז מחמת מחלה

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 08:00-16:30.

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: tviotbri@migdal.co.il
- בפקס: 03-6278444

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

מידע נוסף ניתן למצוא באתר migdal.co.il, אצל סוכן הביטוח שלך

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



0175812110216221020

עמוד 2 מתוך 16 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1211
עובד מגדל: כן / לא



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

טופס הגשת תביעה - פיצוי בגין ניתוח / אשפוז מחמת מחלה

טופס מספר **758**

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

הטופס מיועד לנשים וגברים 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		
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)		מועד הצטרפות לשב"ן		שם רופא מטפל		שם הרופא המקצועי המטפל			
סוג תוכנית									
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	
<p><input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד)</p> <p><input type="checkbox"/> דואר ישראל</p> <p><input type="checkbox"/> פקס</p> <p>בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.</p>	<p>* הצהרה למבקשים לקבל הודעות בדואר אלקטרוני:</p> <p>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, אך אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.</p>
<p>1. למבקשים לעדכן את פרטי ההתקשרות המופיעים בסעיף א' בכל מערכות החברה <input type="checkbox"/> יש לסמן ולצרף תעודת זהות כולל ספח ידוע ו/או הנני מאשר כי הפרטים שיעודכנו ישמשו את ה"חברה" (מגדל חברה לביטוח בע"מ ומגדל מקפת קרנות פנסיה וקופות גמל בע"מ) לצורך יצירת קשר ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה.</p> <p>2. אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו. <input type="checkbox"/> יש לסמן ולרשום את שם הסוכן _____ מס' סוכן _____</p> <p>הריני מאשר בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן - "מגדל") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח ששמו רשום מעלה 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 המידע 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.</p>	
תאריך	שם פרטי ושם משפחה
מספר תעודת זהות	חתימה ★

ג. פירוט התביעה	
<input type="checkbox"/> החזר הוצאות הניתוח הפרטי ו/או הוצאות נלוות	<input type="checkbox"/> פיצוי בגין ניתוח שבוצע במסגרת השב"ן / בבית חולים ציבורי
<input type="checkbox"/> פיצוי בגין ימי אשפוז / ניתוח מחמת מחלה	<input type="checkbox"/> פיצוי בגין ניתוח שבוצע במסגרת השב"ן / בבית חולים ציבורי
נא פרט את סוג הניתוח בגינו מוגשת התביעה: _____	
מועד קבלה לאשפוז _____ מועד שחרור מאשפוז _____	

האם הגשת תביעה לגורם אחר כלשהו? לא כן, אם כן, נא פרט: _____
במקרה של החזר הוצאות נא פרט בטבלה מטה:

סוג הטיפול	סכום בש"ח	מספר קבלה	תאריך קבלה	האם הוגשה בקשה להחזר מהביטוח המשלים בקופה (שב"ן) / מבטח אחר* (מבטח אחר (אם ניתן))	סכום החזר בש"ח (מבטח אחר (אם ניתן))
				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

* יש לצרף אישור של הגורם אליו הוגשו הקבלות בדבר גובה החזר אשר ניתן על ידו.



0175812110316221020

עמוד 3 מתוך 16 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1211
עובד מגדל: כן / לא

מק"ט 200022828 (מהדורה 10.2020)



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

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

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 ויחמתו האפטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפטרופוס - יש לצרפו.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.
יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה החותם 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.
- לתשומת ליבך, במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש, בצירוף תצלום תעודת זהות.

חתימה



0175812110416221020

עמוד 4 מתוך 16 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 1211
עובד מגדל: כן / לא



יתור על סודיות רפואית וכללית

א. פרטי המצהיר והצהרת יתור סודיות

אני הח"מ:

שם האב	שם פרטי	שם משפחה			מספר זהות							
		מספר טלפון	מיקוד	יישוב	ת"ד	מס' דירה	מס' בית	רחוב				

נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לצבא הגנה לישראל ו/או למשרד הבטחון - השתלשלות פרופיל ו/או למשרד החינוך מדור כ"א וגזברות ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או למשרד הפנים ו/או למנהל האוכלוסין תעודת בירור פרטים על נוסע - כניסות ויציאות מהארץ ו/או למשרד העליה ו/או הקליטה ו/או לשרות הפסיכולוגי - חינוכי ו/או למשרד הבריאות ו/או למכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הנפשי למסור ל _____ (להלן: "המבקשים") ו/או למי מטעמם את כל הפרטים המצויים בידי נותני השירותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים לרבות על מצבי הבריאותי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או לעניין פרטי תעודת הזהות ו/או פרטי תאריך הלידה ו/או השגי בלימודים ו/או מצבי הפסיכיאטרי ו/או הפסיכולוגי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן רשות לכל אחת מחברות הביטוח הקיימות ו/או קרנות הפנסיה למסור חומר ו/או מידע המתייחס לביטוחים כולל מחלת האיידס ולתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב התביעה, סכום הסילוק ומועדו.

אני משחרר בזה את כל המוסדות דלעיל ועובדיהם, לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרופאיהם ו/או משרד הביטחון ו/או מכון מור ו/או ביה"ח גהה ו/או למרפאות לבריאות הנפש ו/או משרד החינוך ו/או משרד הפנים ו/או משרד הקליטה ו/או שירות בתי הסוהר ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות לרבות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השירותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי, ולרבות מידע במחלקת רציפות ביטוח במל"ל.

הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ו/או מי מטעמם ולא תהא לי אל כל המוסדות המפורטים, לרבות קופות החולים ו/או למי מרופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שלהם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השירותים שיפורטו להלן.

השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד

שם קופ"ח	סניף	מספר חבר	שם המוסד

שמות נותני השירותים			
רופאים	1.	2.	3.
מכונים ומעבדות	1.	2.	3.
			4.

שם קופ"ח קודמת	מספר אישי בצה"ל

ב. במקרה של קטין

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	קרבה	כתובת	חתימת האפוטרופוס
					★
					★

ג. ייפוי כח

הריני מייפה את כוחו של נציג _____ לקבל את המידע הרפואי כולל מידע ממשרד הפנים המפורט לעיל.

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ חתימה ★ _____

ד. עד לחתימה

אני הח"מ מאשר כי בתאריך _____ הופיע בפני המבוטח _____ (שם+ת.ז.) וחתם על מסמך זה. עד לחתימה יכול להיות - סוכן ביטוח / עו"ד / רופא / אחות / עובד סוציאלי / פסיכולוג / סוכן הביטוח בצירוף חותמת הסוכן ולא חותמת סוכנות הביטוח - כולל צילום רישיון סוכן.

תאריך _____ שם העד לחתימה _____ מספר זהות _____ חתימת העד וחתימת כוללת מספר רישיון ★ _____

ה. חתימת המבוטח

תאריך _____ שם פרטי ושם משפחה _____ מספר זהות _____ חתימת המבוטח ★ _____

