

מספר זהות	שם המבוטח

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

טוב שיש מגדל מאחוריך  
מגדל חברה לביטוח בע"מ



## פוליסת עובדי בנק הפועלים ובני ביתם

### דף הנחיות להגשת תביעה - החזר הוצאות רפואיות

#### מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך בצורה יעילה ומהירה, נודה לך אם תעביר לידינו את המסמכים המפורטים להלן, בצירוף טופס התביעה, בהתאם לסעיף שהינך מבקש בגינו החזר הוצאות.

#### עבור ניתוח שבוצע בבית חולים פרטי / באמצעות הביטוח המשלים

1. טופס "הגשת תביעה - החזר הוצאות רפואיות" - בטופס שני חלקים: **חלק א'** - נועד למילוי בידי המבוטח. **חלק ב'** - נועד למילוי בידי הרופא המטפל. אנא קח עמך את הטופס הזה בכל פנייה לרופא המטפל או המקצועי ובקש מהם למלא את החלק המתאים במלואו או לחלופין המצא מסמכים רפואיים שברשותך.
2. גיליון ניתוח / מסמך סיכום ניתוח.
3. **ביצוע הניתוח במסגרת השב"ן:**
  - במידה ושולמה השתתפות עצמית - יש לצרף קבלה מקורית.
  - 4. **ביצוע הניתוח באופן פרטי:**
    - לאחר ביצוע הניתוח יש לפנות לקופת החולים לקבלת ההחזרים להם הינך זכאי במסגרת השב"ן.

#### עבור טיפולים אמבולטוריים

1. קבלות מקוריות.
2. סיכום מידע רפואי מהרופא המטפל.

#### עבור החזר הוצאות בגין תרופות

1. מרשם חודשי.
2. קבלות וחשבוניות מקוריות / העתק נאמן למקור - יש לצרף במידה והתרופה שולמה על ידך.
3. מסמכים רפואיים.

**ניתן להעביר את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים למייל: [bankhapoalim@migdal.co.il](mailto:bankhapoalim@migdal.co.il) / לפקס מס' 076-8869540 או לשלוח באמצעות הדואר לכתובת ת.ד. 3063, קריית אריה פתח תקווה, מיקוד 4951106, עבור: תביעות בריאות-קולקטיב.**

**לברורים אודות תביעתך ניתן לפנות למס' 01-700-50-66-62.**

#### מה יקרה בהמשך?

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

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

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה

בברכה,

תביעות בריאות - קולקטיב

(11.2014)

מידע נוסף ניתן למצוא באתר [www.migdal.co.il](http://www.migdal.co.il), אצל סוכן הביטוח שלך או במרכז שירות הלקוחות בטלפון 03-9201010

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



0160200001041114

עמוד מספר 1 מתוך 4 דפים

קוד מסמך 602





## פוליסת עובדי בנק הפועלים ובני ביתם

### הגשת תביעה - החזר הוצאות רפואיות חלק א - למילוי בידי המבוטח

שים לב כי בפרק הניתוחים בארץ ברשותך כיסוי משלים שב"ן ועלייך לנצל תחילה את זכאותך בשב"ן

א. פרטי המבוטח						
מספר זהות	שם משפחה		שם פרטי		תאריך לידה	
מקום עבודה	כתובת מגורים (רחוב)		מס' בית	מס' דירה	ישוב	מיקוד
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						

ב. ביטוחי בריאות נוספים					
האם התחלת טיפול בתביעה זו בחברת ביטוח נוספת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט והעבר מסמכים רלוונטים.					
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 נוסף	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ג. פירוט הוצאות בגין טיפולים רפואיים - למילוי על-ידי המבוטח		
<input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות		
נא פרט את סוג הטיפול: בדיקת רופא / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	סכום בש"ח	מספר קבלה

ד. פירוט הוצאות בגין תרופות - למילוי על-ידי המבוטח		
<input type="checkbox"/> בקשה לרכישת התרופות על ידי חברת הביטוח.		
<input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות עבור התרופות אשר נרכשו על ידך.		
<input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות עבור תרופות שנרכשו - במקרה זה יש לצרף קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד (או העתק נאמן למקור) פירוט:		
שם התרופה	הסכום בש"ח	תאריך רכישה



## פוליסת עובדי בנק הפועלים ובני ביתם

### ה. אופן תשלום התביעה

לצורך תשלום לחשבון בנק שעל שמך נא מלא את הפרטים וצרף תצלום המחאה או אישור הבנק על פרטי חשבונך.

שם הבנק	שם הסניף	מספר הסניף	מספר החשבון

הערה:

במידה והמבוטח הינו קטין יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש ופרטי המוטבים, בצירוף תצלום תעודות הזהות של המוטבים.

חתימת  
★ המבוטח

### ו. הצהרת המבוטח

אני הח"מ, המועמד לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נותן בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקש"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר אותם וכל רופא מרופאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כמו כן, הנני נותן בזה רשות לחברה המבטחת למסור ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת ומאשר לשלוח להם את החומר הרפואי שלי.

ינתנת בזו זכות לחברה לתבוע החזרים ולשבב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.

אני/נו החתום/ים מטה מצהירים בזאת שתשובותיי/נו על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימת המבוטח ★

במקרה של קטין יש להחתים את שני ההורים על הטופס:

תאריך	שם האם	מספר זהות	חתימת האם ★

תאריך	שם האב	מספר זהות	חתימת האב ★

### ז. 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 ★





## פוליסת עובדי בנק הפועלים ובני ביתם

### הגשת תביעה - החזר הוצאות רפואיות

#### חלק ב - למילוי בידי רופא מקצועי מטפל

חלק זה ימלא על ידי רופא מקצועי המטפל במבוטח, ובהיעדר רופא מקצועי מטפל, ימלא על-ידי רופא משפחה/ילדים.

רופא נכבד,

על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן.

שים לב כי בפרק הניתוחים בארץ ברשותך כיסוי משלים שב"ן ועליך לנצל תחילה את זכאותך בשב"ן

א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה				
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים (רחוב)	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר פקס

ב. פרטי המבוטח		
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי

ג. הטיפול במבוטח	
מתאריך	מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח

ד. אבחנה
פירוט האבחנה הנוכחית: _____
_____
_____
_____
_____
_____

המבוטח בטיפול החל מתאריך:	התלונות/הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך:	המבוטח בטיפול בטיפולי בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך:

ה. טיפולים תרופתיים שניתנו עד כה למטופל	
מתאריך	שם תרופה

--

חתימת  
הרופא  
המטפל ★

--

תאריך

