



שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	מספר תביעה

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

## מבוטח נכבד, דף הנחיות להגשת תביעה - החזר הוצאות רפואיות

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

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:

#### 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 לחילופין המצא מסמכים רפואיים שברשותך.

2. גיליון ניתוח / מסמך סיכום ניתוח.

3. **ביצוע הניתוח במסגרת השב"ן:**

במידה ושולמה השתתפות עצמית - יש לצרף קבלה.

4. **ביצוע הניתוח באופן פרטי:**

לאחר ביצוע הניתוח יש לפנות לקופת החולים לקבלת ההחזרים להם הינך זכאי במסגרת השב"ן.

#### עבור טיפולים אמבולטוריים

1. קבלה/ות בגין התשלום עבור השירות שניתן.

2. סיכום מידע רפואי מהרופא המטפל.

#### עבור החזר הוצאות בגין תרופות

1. מרשם חודשי.

2. קבלות וחשבוניות - 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) / פקס מס' 076-8869540

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

עבור: תביעות בריאות - קולקטיב

לברורים אודות תביעתך ניתן לפנות למספר טלפון 1-700-50-66-62

לברור אודות סטטוס הטיפול בתביעה ניתן להיכנס לאיזור האישי באתר החברה.

באפשרותך להשלים מסמכים חסרים באמצעות שליחת SMS עם המילה "תביעות" לטלפון נייד שמספרו 055-7000113.

#### 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

מידע נוסף ניתן למצוא באתר [migdal.co.il](http://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**



016026020105181217

עמוד 1 מתוך 5 דפים

קוד מסמך: 1210



מספר זהות	שם המבוטח
מספר תביעה	מספר פוליסה

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

## 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 ועליך 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	יישוב	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									
שם בן/בת הזוג		מספר זהות			מספר טלפון נייד				
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.									
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 נדרש/ת לאשר בחתימתך סעיף זה. הפרטים שיעודכנו ישמשו את ה"חברה" לצורך יצירת קשר עמך ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותך בחברה.									
אני ה"ח"מ מבקש/ת לעדכן את הפרטים המפורטים לעיל כפרטי ההתקשרות עמי ביחס לכלל מוצרי הביטוח ו/או קופות הגמל שיש ברשותי בחברה.									
<input type="checkbox"/> חתימת המבוטח									

ב. ביטוחי בריאות נוספים					
האם התחלת טיפול בתביעה זו בחברת ביטוח נוספת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט והעבר מסמכים רלבנטיים: _____					
מועד התחלת הביטוח	שם התכנית	שם הקופה / חברה	כן	לא	סוגי ביטוח נוספים שברשותך
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח משלים בקופת חולים
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ביטוח רפואי במקום נוסף

ג. פירוט הוצאות בגין טיפולים רפואיים - למילוי על ידי המבוטח		
פירוט הבקשה להחזר הוצאות רפואיות		
תאריך	סכום בש"ח	נא פרט את סוג הטיפול: בדיקת רופא/הדמייה/פיזיותרפיה/אחר





שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	מספר תביעה

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

## פוליסת עובדי בנק הפועלים ובני ביתם

### ד. פירוט הוצאות בגין תרופות - למילוי על ידי המבוטח

בקשה לרכישת התרופות על ידי חברת הביטוח.

בקשה להחזר הוצאות עבור התרופות אשר נרכשו על ידך.

בקשה להחזר הוצאות עבור תרופות שנרכשו - במקרה זה יש לצרף קבלות פירוט:

שם התרופה	הסכום בש"ח	תאריך רכישה

### ה. אופן תשלום התביעה

לצורך תשלום לחשבון בנק שעל שמך נא מלא את הפרטים הבאים:

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.
- העברה 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.

הערה:

- 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 להחזר כספי הינה מעל 5,000 ₪ יש לצרף תצלום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

חתימת המבוטח

### ו. 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 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





שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	מספר תביעה

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

## פוליסת עובדי בנק הפועלים ובני ביתם

### ז. 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. .  
**ניתנת 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 מצהיר/ים בזאת שתשובתי/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 ★

### 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 ★
-------	----------------	----------	----------------





פוליסת עובדי בנק הפועלים ובני ביתם

## הגשת תביעה - החזר הוצאות רפואיות

### 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.

רופא נכבד,

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

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

שם המבוטח	מספר זהות
מספר פוליסה	מספר תביעה

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

א. פרטי הרופא המקצועי המטפל / רופא משפחה				
שם משפחה	שם פרטי	התמחות	מספר טלפון בבית	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים(רחוב)	מס' 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 החל מתאריך: זו החל מתאריך:

ה. טיפולים תרופתיים שניתנו עד כה למטופל	
מתאריך	שם תרופה

חתימת הרופא המטפל

תאריך



016026020505181217

עמוד 5 מתוך 5 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 860