



טופס הגשת תביעה לאישור / תאום ניתוח עתידי

חלק א - למילוי בידי המבוטח

טופס מספר 689

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"/> חכבי <input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת						

ב. ביטוחי בריאות נוספים					
האם הגשת או בכוונתך 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. הוצאות רפואיות הקשורות בניתוח (התייעצות עם המנתח/ אמבולנס/ שתל/ אחר)		
נא פרט את סוג הטיפול	סכום בש"ח	תאריך

ד. אופן תשלום התביעה			
אופן תשלום התביעה (סמן ב-X את בחירתך)			
<input type="checkbox"/> קבלת התשלום לחשבון הבנק ממנו משולמת הפרמיה החודשית - למשלמים בהוראת קבע.			
<input type="checkbox"/> לצורך תשלום לחשבון בנק אחר שעל שמך / במידה והפרמיה החודשית משולמת באמצעות כרטיס אשראי, נא מלא את הפרטים וצרך 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.			
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> חתימת המבוטח *			



ה. הצהרת המבוטח

אני/נו החתומים/מטה, נותקים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למלא ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דורש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על-פי הפוליסה, למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או לשלוותיה, עובדיה וכל מי מטעמה (להלן "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל וזבצורה שתידרש על ידי המבקש/ים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאנחלה בה בעתיד ו/אני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות זו כלפי "המבקש" ו/או יועץ הביטוח. כתב ויתור זה מחייב את עובדינו וזכאי כוחינו החוקיים וכל מי שיבוא במקומינו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

ניתנת בזו זכות לחברה לתכוע המזרים ולשובב את התביעה כנגד כל צד שלישי שיש לו מחויבות לכיסוי התביעה הנ"ל או חלקה.
אני/נו החתומים מטה מצהיר/ים בזאת שתעבורתי/נו על הנשאלות 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. מינוי הסוכן

הגני ממנה את סוכן הביטוח מר/גב' _____ 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 *
--	-------	----------------	----------------

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 שנושמה על ידי בטופס זה, במקום בדואר, אף אם הוא כולל "מידע ריש" כהנדרתו 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

חלק זה ימלא על ידי רופא מקצועי המטפל במבטח, 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.

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

ב. פרטי המבוטח		
מספר זהות	שם משפחה	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: _____

חתימת
הרופא
המטפל *

תאריך

חלק ג - למילוי על ידי הרופא המנתח

חלק זה ימלא על ידי הרופא שעתיד לבצע את הניתוח.

רופא 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: _____		

חתימת
הרופא המנתח
והותמתו *

שם
הרופא המנתח

תאריך

