



שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה
מספר תביעה	

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

טופס הגשת תביעה - להחזר הוצאות רפואיות בגין טיפולים אמבולטוריים

חלק א' - למילוי בידי המבוטח

טופס מספר 783

א. פרטי העמית									
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	שם קופת חולים				
					<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת				
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 יש לבחור מטה את דרך יצירת הקשר עימך, לפי הפרטים שצינת לעיל			
<input type="checkbox"/> דואר אלקטרוני* (יש למלא גם מספר טלפון נייד) <input type="checkbox"/> דואר ישראל <input type="checkbox"/> פקס בהעדר תשובה, הודעות החברה ישלחו אליך באמצעות דואר ישראל לכתובת המופיעה בטופס זה.	<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, אף אם הוא כולל "מידע רגיש" כהגדרתו בחוק הגנת הפרטיות.</p>		
<input type="checkbox"/> אישור למשלוח מסמכים ומידע לסוכן הביטוח בדבר תביעה זו.			
<p>הריני מאשר בזאת למגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן - "מגדל") לשלוח ו/או להעביר לידי סוכן הביטוח בפוליסה את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה זו, לרבות מידע רפואי בקשר עם תביעה זו ו/או מידע רפואי שנועד למגדל אגב תביעה זו, ולא תהיה לי כל טענה ו/או תביעה כלפי "מגדל" בכל הנוגע להעברת המידעים 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 *



0112107830306010424

עמוד 3 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 761 / 1210

עובד מגדל: ☐ כן ☐ לא



שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה
מספר תביעה	

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

ג. פירוט התביעה

פירוט הבקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות.
האם ההתייעצות היא בגין ניתוח? ☐ כן ☐ לא

שם נותן השירות	מספר מזהה	מספר קבלה	סכום קבלה בש"ח	תאריך קבלה	מספר טיפולים בקבלה	סוג הטיפול	תיאור סוג הטיפול
מס טיפול	תאריך טיפול	סכום בש"ח	האם הוגשה בקשה להחזר מהביטוח המשלים בקופה (שב"ן) / מבטח אחר	אופן הטיפול מול הביטוח המשלים בקופת החולים או חברת ביטוח אחרת	1	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____	
2			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			
3			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			
4			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			
5			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			

שם נותן השירות	מספר מזהה	מספר קבלה	סכום קבלה בש"ח	תאריך קבלה	מספר טיפולים בקבלה	סוג הטיפול	תיאור סוג הטיפול
מס טיפול	תאריך טיפול	סכום בש"ח	האם הוגשה בקשה להחזר מהביטוח המשלים בקופה (שב"ן) / מבטח אחר	אופן הטיפול מול הביטוח המשלים בקופת החולים או חברת ביטוח אחרת	1	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____	
2			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			
3			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			



שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה
מספר תביעה	

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

ג. פירוט התביעה - המשך							
מס טיפול	תאריך טיפול	סכום בש"ח	האם הוגשה בקשה להחזר מהביטוח המשלים בקופה (שב"ן) / מבטח אחר	אופן הטיפול מול הביטוח המשלים בקופת החולים או חברת ביטוח אחרת	שם נותן השירות	מספר מזהה	מספר קבלה
4			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			
5			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			
שם נותן השירות	מספר מזהה	מספר קבלה	סכום קבלה בש"ח	תאריך קבלה	מספר טיפולים בקבלה	סוג הטיפול	תיאור סוג הטיפול
מס טיפול	תאריך טיפול	סכום בש"ח	האם הוגשה בקשה להחזר מהביטוח המשלים בקופה (שב"ן) / מבטח אחר	אופן הטיפול מול הביטוח המשלים בקופת החולים או חברת ביטוח אחרת	שם נותן השירות	מספר מזהה	מספר קבלה
1			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			
2			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			
3			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			
4			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			
5			כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> התקבלה דחייה מקופת חולים <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות בהסכם <input type="checkbox"/> ניתן דרך נותן שירות שלא בהסכם (סכום החזר בש"ח) _____			

מק"ט 521110003 (מהדורה 04.2024)





שם המבוטח	מספר זהות
שם הסוכן	מספר פוליסה
מספר תביעה	

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

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, יצינו את שמם ויחתמו האפוטרופוסים על פי דין. במידה וקיים צו מינוי אפוטרופוס - יש לצרפו.

תאריך	שם פרטי	שם משפחה	מספר ת.ז.
יחס הקרבה של החותם למבוטח (במידה והחותם אינו המבוטח)		חתימה *	חתימת הורה נוסף במקרה של קטין *

ה. אופן תשלום התביעה

במידה והתביעה תאושר, התשלום יבוצע באמצעות העברה בנקאית או באמצעי דיגיטלי לבחירתך.
במידה ותביעתך להחזר כספי הינה מעל 5,000 ₪ יש לצרף צילום המחאה או אישור מהבנק על פרטי חשבונך.

לתשומת ליבך,

במידה והמבוטח הינו קטין לא ניתן לבצע העברת כספים באמצעי דיגיטלי.

כמו כן, יש להעביר מכתב חתום על ידי שני ההורים שבו יצוין אופן התשלום הנדרש בצירוף תצלום תעודת זהות.

נא סמן ב-X את בחירתך:

☐ קבלת התשלום באמצעי דיגיטלי עד 5,000 ש"ח.

נא סמן את האמצעי הדיגיטלי הרצוי ומלא את הפרטים הבאים:

☐ Bit

פרטי בעל החשבון:

מספר נייד - מספר תעודת זהות -

במידה והתשלום באמצעי דיגיטלי לא יעבור מכל סיבה שהיא, הסכום יופקד לחשבון בנק על שמך - נא מלא את פרטי חשבונך מטה.

☐ תשלום לחשבון הבנק על שמי שפרטיו להלן:

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.
- אני מאשר העברת פרטים אלו וגובה תגמולי הביטוח לבנק המפעיל את האפליקציה לצורך התשלום.
- משלוח הודעה מטעם הבנק בדבר התשלום.
- העברת הכספים באופן דיגיטלי מחייבת התקנת האמצעי הדיגיטלי הנבחר בנייד שברשותך, ומילוי פרטים נדרש.
- ידוע לי ואני מורה לחברה כי לצורך טיפול בבקשתי לקבלת תשלום לטובתי, תפנה החברה לבנק הרלוונטי (להלן: "הבנק"), באמצעות מרכז סליקה בנקאי (מס"ב), לאימות ובידוק תקינות כל פרטי חשבון הבנק שמסרתי לחברה, לרבות שם מלא, מספר זיהוי ומספר חשבון בנק, וזאת על מנת לוודא כי הכספים יועברו לחשבוני (להלן: "הליך האימות"). הנני מאשר לבנק באמצעות מס"ב להשיב לבקשת האימות לעיל, ובכך הנני מוותר על חובת הסודיות שהבנק ו/או החברה חייבים כלפי תוך ויתור על כל טענה ו/או דרישה ו/או תביעה כלפי הבנק ו/או מס"ב ו/או החברה, בנוגע להליך האימות, כאמור. ידוע לי ואני מסכים כי תיעוד הליך האימות יישמר במאגרי המידע של החברה. עוד ידוע לי כי הנני רשאי לחזור בי מהסכמתי לדעיל, באמצעות פניה לחברה, ובלבד שהבקשה לאימות טרם נשלחה למס"ב.

חתימה *



0112107830606010424

עמוד 6 מתוך 17 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 761 / 1210

עובד מגדל: ☐ כן ☐ לא