

שם הסוכן _____

מבוטח/ת יקר/ה, מילוי טופס זה יסייע לטפל בתביעתך ולהגיש לך שירות יעיל ומהיר, נא להצטייד בטופס בכל פנייה לרופאים ולהקפיד על מילוי כנדרש.

פרטי המבוטח/ת

מס' זהות	מס' זכות	מס' ב	שם משפחה	שם פרטי	מס' פוליסה
מס' פקס	מס' טלפון נייד	מס' טלפון בבית	מקום עבודה	תאריך לידה	
מיקוד	ישלב	מס' דירה	מס'	רחוב	
שם רופא מטפל	כתובת	סניף	שם קופת חולים		

ביטוחים נוספים

תחילת ביטוח	שם התוכנית	שם הקופה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם יש לך ביטוח משלים בקופ"ח
תחילת ביטוח	שם התוכנית	שם החברה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם יש לך ביטוח רפואי במקום העבודה
תחילת ביטוח	שם התוכנית	שם החברה	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם יש לך ביטוח רפואי במקום אחר

ריכוז הוצאות בגין טיפולים רפואיים – למילוי ע"י המבוטח/ת

סכום בש"ח (*)	נא לפרט את סוג הטיפול: בדיקת רופא / מעבדה / הדמיה / פיזיותרפיה / אחר	תאריך

(*) לכל הוצאה יש לצרף את מסמכי המקור בלבד.

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן בזה רשות לקופ"ח ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לחברות ביטוח אחרות ולכל מוסד וגורם אחר למסור ל"מגדל / המגן חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר/ת אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקש. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדי הקטינים.			
תאריך	שם החותם	מס' זהות	חתימה