

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

## ביטוחים נוספים

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

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

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

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

## ייתור על סודיות רפואית

<p>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 הביטוח 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.</p>			
תאריך	שם החותם	מס' זהות	חתימה