



שם הסוכן	מספר סוכן
מרחב	מספר פוליסה

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

## הצעה לביטוח אחריות מקצועית רפואה משלימה (משולבת עם צד שלישי) למטפל בודד

טופס מספר **884** לתשומת לבך, חתימה על טופס זה אינה משלימה את כריתת חוזה הביטוח.

א. פרטי המועמד לביטוח					
שם המבוטח	גיל המבוטח	שנת הסמכה (קבלת רישיון / תעודה)	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	ישוב
מספר טלפון	מספר פקס	דואר אלקטרוני	כתובת למשלוח דואר		
עיסוקו של המבוטח לתכלית ביטוח זה					
מס' זהות / ח"פ <input type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> שותפות <input type="checkbox"/> חברה בע"מ <input type="checkbox"/>					
מחזור שנתי - נא רשום בשקלים חדשים					
סה"כ מחזור הכנסות בשנה האחרונה					
תחזית מחזור הכנסות לשנת הביטוח הבאה					
תקופת ביטוח מבוקשת	מיום	עד יום בחצות	גבול אחריות מבוקש	למקרה ולכל תקופת הביטוח	למקרה ולכל תקופת הביטוח
				4,000,000 ש"ח <input type="checkbox"/>	2,000,000 ש"ח <input type="checkbox"/>

## ב. סוג הפעילות לכיסוי המבוקש - תיאור מלא של הפעילות והעיסוק העיקריים בגינם נדרש הכיסוי

1. רפואה משלימה - יש לסמן גם פעילויות שבוצעו בעבר (גם אם אינך עוסק בהן היום) ובגינן נדרש כיסוי

סוג הפעילות	נא סמן V בשורות המתאימות
דיקור ( אקופונקטורה )	
הומאופתיה	
נטורופתיה	
שיאצו	
רפלקסולוגיה	
טיפול בשיטת אבי גרינברג	
ביו-אנרגיה	
ביו-פידבק	
עיסויים ומסאג'ים למיניהם	
ריפוי/הילינג אנרגטי	
קינסיוולוגיה	
רייקי	
טווינא	
אירידולוגיה	
טיפול באמצעות פרחי באך, צמחי מרפא (תמציות פרחים), טיפול בשמנים ריחניים- ארומתרפיה	
יוגה (לא כולל "בייבי יוגה")	
מדיטציה, דמיון מודרך, שיטת "נחל זורם" - (ריו-אביירטו)	
טיפול בדרמה, מוסיקה וצבע	
טיפול בשיטת פלדנקרייז	
טיפול בטכניקת אלכסנדר	
טיפול בשיטת ורדי	

2. פרא רפואי - בעלי רישיון ממשד הבריאות ו/או חברי י.ה.ת. - (האיגוד הישראלי לתרפיה באמצעות הבעה ואומנות) יש לסמן גם פעילויות שבוצעו בעבר (גם אם אינך עוסק בהן היום) ובגינן נדרש כיסוי

סוג הפעילות	נא סמן V בשורות המתאימות
פיזיותרפיה	
פסיכולוגיה	
מרפאים בעיסוק או באומנויות	
קלינאי תקשורת ודיאטנים בעלי רישיון ממשד הבריאות.	
COACHING (אימון אישי / רפואי - לא עסקי) לא תכנסה כל תביעה בקשר לייעוץ כלכלי ואו עסקי.	



010288840103010117

עמוד מספר **1** מתוך 3 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 28

### 3. מטפל משפחתי - לחבר מוסמך "האגודה הישראלית לטיפול במשפחה ובנישואין".

הכיסוי יינתן עבור מטפלים מוסמכים, בעלי תעודת הסמכה מטעם האגודה הישראלית לטיפול במשפחה ובנישואין, שהינם בעלי הכשרה מקצועית כפסיכולוגים, עובדים סוציאליים, תרפיסטים באומנות, תואר בחינוך וקרימינולוגיה.

יש לסמן ההכשרה המקצועית כ"מטפל משפחתי" לכיסוי על-פי סעיף זה

הכשרה המקצועית	נא סמן V בשורות המתאימות
עובד סוציאלי	
פסיכולוגיה	
טרפיסט באומנויות	
תואר בחינוך	
קרימינולוגיה	

### ג. כללי

1. תעודות הסמכה: יש לצרף את המסמכים:

רישיון משרד הבריאות  תעודת הסמכה מקצועית  תעודת רישום (פנקס הפסיכולוגים)

תעודת הסמכה כמטפל משפחתי - האגודה הישראלית לטיפול במשפחה ובנישואין  אחר \_\_\_\_\_

קורסים, השתלמויות, פרט (יש לצרף תעודות):

2. מקום הפעילות, תכנית ביטוח זו מיועדת למטפל בקליניקה פרטית / בביתו / בבית המטופל בלבד.

האם קיימת פעילות במקום אחר?  לא  כן  אם כן, פרט: \_\_\_\_\_

3. ניהול רישום:

פרט אמצעי רישום, סוג המידע לרבות מרשמים בכתב יד, חוות דעת והפניות, היכן נשמר הרישום ולאורך כמה זמן? כיצד נשמרת סודיות המידע?  
 שים לב, דרישת הפוליסה היא כי כל הרשומות יישמרו לתקופה מינימלית של 10 שנים, ועבור קטינים 10 שנים מבגירות.

### ד. ניסיון ביטוחי קודם

שם החברה המבטחת	סוג העיסוק	תקופת הביטוח	הסיבה להפסקת הביטוח
1. האם היה על שמך ו/או על שם חברה בבעלותך, אי פעם, ביטוח אחריות מקצועית? אם כן, פרט:			

2. האם מבטח כלשהו סרב, לא חידש או ביטל פוליסה מסוג המתבקש על פי טופס זה, ב-7 השנים האחרונות?  לא  כן  אם כן, פרט \_\_\_\_\_

3. האם הוגשה ב-7 השנים האחרונות תביעה כלשהי בגין אחריות מקצועית ו/או באחריות כלפי צד שלישי?  
 לא  כן  אם כן, נא ציין פרטים מלאים (תאריך האירוע, פרטי האירוע והתובע, סכום התביעה, סכום ששולם בפועל):

4. האם ידוע לך, על מידע בקשר לנסיבות כלשהן, ביום חתימת טופס זה, אשר עלולות להביא לידי תביעה בקשר לביטוח אחריות מקצועית המתבקש?  
 לא  כן  אם כן, נא ציין פרטים מלאים \_\_\_\_\_

5. האם ננקטו נגדך צעדים משמעותיים על ידי רשות כלשהי?  לא  כן  אם כן, פרט \_\_\_\_\_

יש לצרף אישור ניסיון תביעות מחברת הביטוח הקודמת.

לתשומת ליבך: הפוליסה מחריגה במפורש תביעות מהעבר ו/או אירועים ו/או נסיבות ידועות כלשהן.



## ה. הרחבות נדרשות לכיסוי הביטוח

1. תאריך רטרואקטיבי נדרש: \_\_\_\_\_ האם יש רצף ביטוחי?  לא  כן  אם כן, פרט על פי הטבלה מטה:

תקופת ביטוח	גבול אחריות	שם החברה המבטחת	תאריך רטרואקטיבי

## ו. הצהרות המועמד לביטוח

1. הצהרה בדבר המידע שנמסר בהצעה

אני מצהיר בזה כי כל תשובותי הנ"ל מלאות ונכונות, וכי לא העלמתי עובדות או פרטים מהותיים כלשהם המתייחסים להערכת הסיכון ע"י המבטח. מוסכם בזאת כי הצעה זאת תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני ובין מגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח"). ידוע לי כי השאלות המופיעות בטופס הצעה זה תחשבה כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981.

<input type="text"/>	שם החותם ★	<input type="text"/>	חתימה וחתימת
תאריך			

2. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

אני מאשר שהמידע שמסרתי במסך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ישמר במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ וכן בגופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיורר ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בדין (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגיד).

<input type="text"/>	שם החותם ★	<input type="text"/>	חתימה וחתימת
תאריך			

3. הסכמה לפניות שיווקיות (רשות)

אני מעוניין כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיורר ישיר אודות כסויים ביטוחיים ומוצרים ו/או שירותים פנסיוניים, פיננסיים ואחרים ולפנייה בהצעה לרכישתם, וזאת בין היתר באמצעות פקסימיליה, הודעה אלקטרונית (דוא"ל), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוג אוטומטי או כל אמצעי תקשורת אחר. ידוע לי שבכל עת אוכל לחזור בי מהסכמה זו ולבקש הסרה מרשימת התפוצה השיווקית באמצעות סוכן הביטוח או באתר מגדל או פנייה למוקד קשרי הלקוחות של החברה. טלפון 03-9201010, דואר אלקטרוני [mokedbi@migdal.co.il](mailto:mokedbi@migdal.co.il)

<input type="text"/>	שם המועמד לביטוח	<input type="text"/>	חתימה וחתימת
תאריך			

