

שם הסוכן	מספר הסוכן
מרחב	מספר פוליסה

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

הצעה לביטוח מרפאה

טופס מספר **1002**

א. פרטי המועמד לביטוח				
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי		מספר טלפון נייד
יישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
מיקוד	דואר אלקטרוני			
	<input type="checkbox"/> באמצעי דיגיטלי - מסרון <input type="checkbox"/> באמצעי דיגיטלי - דואר אלקטרוני <input type="checkbox"/> דואר ישראל			

ב. פרטי המרפאה				
מספר זהות/דרכון/ח"פ/ח"צ	שם המרפאה			
יישוב	כתובת העסק (רחוב)	מס' בית	מס' דירה	ת"ד
	מיקוד			

ג. תקופת הביטוח			
מתאריך	עד תאריך	בחצות	

ד. אופן התשלום	
<input type="checkbox"/> גביה רגילה	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי
<input type="checkbox"/> שירות שקים (נא למלא טופס הוראת קבע)	

ה. תאור המרפאה					
מבנה המרפאה בנוי מ:	גג המבנה בנוי מ:	המבנה בנוי בשנת	מס' קומות במבנה	המרפאה נמצאת בקומה	שטח המרפאה
					מ"ר
האם משמש הבניין למטרות אחרות פרט למרפאה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:					
אם המרפאה נמצאת בבניין משרדים / דירות, האם יש לה כניסה אחת בלבד מהרחוב? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא. אם לא, פרט כניסות נוספות:					

ו. זיקת המציע	
<input type="checkbox"/> בעלות	<input type="checkbox"/> שכירות
<input type="checkbox"/> אחר, פרט:	

ז. הגנות					
מס' מטפים	סוג מטפים	מס' ברזי	קוטר	האם קיימת מערכת אזעקה?	חיבור למוקד
				לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:
סוג דלתות הכניסה למרפאה		סוג דלתות אחרות		סוג חלונות	
האם קיים סקר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט (שם הסוקר, תאריך):					

ח. עבר ביטוחי
1. האם מערך המרפאה (חלקו או כולו) היה מבוטח בחמש השנים האחרונות ב"מגדל" או בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, ציין שם חברה: _____ תקופת ביטוח מ- _____ עד _____
2. האם נגרמו בחמש השנים האחרונות נזקים כתוצאה מסיכון המוצע לביטוח המפורט בהצעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, ציין כל נזק ומתי ארע: _____ אלו אמצעי הגנה ננקטו לאחר הנזק? _____
3. האם חברת ביטוח כלשהי סירבה או ביטלה אי פעם את הצעתך או את פוליסת הביטוח או סירבה לחדש או דרשה הגדלת דמי ביטוח או תנאים מיוחדים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
4. האם הואשמת או הורשעת בעבירה פלילית (למעט עבירות תנועה ומס הכנסה) אשר עשויה להיות קשורה לכיסוי הביטוחי הניתן על פי הפוליסה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
5. האם הרכוש וביטוח תאונות מכוסים גם בפוליסות אחרות ב"מגדל" או בחברה אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____



0102810020104010822

עמוד 1 מתוך 4 דפים

מגדל חברה לביטוח בע"מ

קוד מסמך: 28

ט. פירוט סכומי ביטוח וחישוב פרמיה מגדל למרפאה

חישוב פרמיה ופרוט סכומים לביטוח מרפאה. טופס זה מהווה חלק בלתי נפרד מהצעת הביטוח. הכיסויים וסכומי הביטוח (כל הסכומים נקובים בש"ח, הפרמיות הינן לשנה)

סכום ביטוח	פירוט	הכיסוי	
		מבנה כולל צמודי מבנה	חלק 1
		תכולה (ללא מערכות ממוחשבות)	
		מערכות ממוחשבות ("ציוד אלקטרוני"):	
		ציוד אלקטרוני רפואי	
		מלאי רפואי	
	כמות המחשבים:	מחשב נייד/מצלמה הרחב מחוץ לחצרים כולל חו"ל <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
		תכולת ספרייה	
	מעל 10% (מסכום התכולה והמבנה) הכלול אוטומטי	שבר שמשות	
	מעל 10% (מסכום מבנה) הכלול אוטומטי	דמי שכירות	
	מעל 10% (מסכום תכולה) הכלול אוטומטי	שחזור מסמכים	
	מעל 10,000 ₪ (לפריט ובסך הכל 75,000 ש"ח לכל הפריטים יחד) הכלול אוטומטי	חפצי אומנות	חלק 2
	<input type="checkbox"/> 500 ₪ ליום	אובדן הכנסה פיצוי יומי <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
	<input type="checkbox"/> 2,500 ₪ ליום	כולל במקרה פריצה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
	<input type="checkbox"/> 1,000 ₪ ליום	סכום הפיצוי המבוקש עבור תקופת פיצוי מקסימלית של 120 יום:	
	<input type="checkbox"/> 3,000 ₪ ליום	צד שלישי גבול אחריות	
	<input type="checkbox"/> 1,500 ₪ ליום	<input type="checkbox"/> 750,000 ₪ למקרה ו - <input type="checkbox"/> 1,500,000 ₪ לתקופה	
	<input type="checkbox"/> 5,000 ₪ ליום	<input type="checkbox"/> 1,000,000 ₪ למקרה ו - <input type="checkbox"/> 2,000,000 ₪ לתקופה	
		<input type="checkbox"/> 1,500,000 ₪ למקרה ו - <input type="checkbox"/> 3,000,000 ₪ לתקופה	
		<input type="checkbox"/> 2,000,000 ₪ למקרה ו - <input type="checkbox"/> 4,000,000 ₪ לתקופה	
		<input type="checkbox"/> 3,000,000 ₪ למקרה ו - <input type="checkbox"/> 6,000,000 ₪ לתקופה	
		<input type="checkbox"/> 4,250,000 ₪ למקרה ו - <input type="checkbox"/> 8,500,000 ₪ לתקופה	
		<input type="checkbox"/> 5,000,000 ₪ למקרה ו - <input type="checkbox"/> 10,000,000 ₪ לתקופה	
		<input type="checkbox"/> 10,000,000 ₪ למקרה ו - <input type="checkbox"/> 20,000,000 ₪ לתקופה	
		חבות מעבידים - גבול אחריות	חלק 4
		<input type="checkbox"/> 20,000,000 ₪ מקרה ותקופה מספר עובדים:	
		כה"ס ציוד אלקטרוני שירי - חלק א':	חלק 5
		מערכות ממוחשבות / ציוד נייד:	
		ציוד אלקטרוני רפואי	
		הרחבה למחשב נישא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
		שחזור נתונים ותכנה - חלק ב': <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
		הוצאות תפעול נוספות- חלק ג': <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא (לתקופת שיפוי שאינה עולה על 3 חודשים)	
	מעל 5% (מסכום תכולה) הכלול אוטומטי	כספים	חלק 6
	מבנה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	טרור	הרחב
	תכולה כולל ציוד אלקטרוני <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
	אובדן הכנסות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
	מוות:	תאונות אישיות (יש למלא את הפרטים בסעיף י' להלן)	חלק 7
	נכות:		
	פיצוי שבועי:		
	מספר המבוטחים:		
סכומי הביטוח הרשומים מעלה מהווים את שווי הרכוש המבוטח על פי ערך כינון.			

מק"ט 410110027 (מהדורה 08.2022)

1. ביטוח תאונות אישיות

האם נדרש כיסוי ביטוחי על פי חלק 7 - ביטוח תאונות אישיות? לא כן, אם כן נא למלא את הפרטים להלן:
פרטי המבוטחים:

שם פרטי ומשפחה	תאריך לידה	מקצוע / עיסוק	שמות המוטבים*	סכום ביטוח
1.				
2.				
3.				
4.				

*שמות המוטבים (במקרה מות המוצע לביטוח)

הצהרת בריאות (נא להתייחס לכל אחד מיחיד הביטוח)

1. האם נקבעה למי מהמבוטחים הר"מ נכות ו/או שהינו נמצא בתהליך לקבלת אחוז נכות?

לא כן, פרט _____

2. האם אצל מי מהמבוטחים הר"מ אובחנו מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות? אפילפסיה, אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, סחרחורות והתעלפויות. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?

לא כן, פרט _____

3. האם אצל מי מהמבוטחים הר"מ אובחנו מומים/מחלות/הפרעות באחת או יותר מהמערכות הבאות? מערכת השלד, השרירים, מחלות מפרקים, בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרטס, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים שגרונית, לופוס, פיברומיאליגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה.

לא כן, פרט _____

4. באפשרותך לדרוש מחברת מגדל ביצוע בחינת רשימת מוצרי הביטוח הקיימים ברשותך באמצעות, לכל הפחות, הר הביטוח, על ידי מתן "הרשאת שימוש פרטנית"

אני מאשר הוספת הכיסוי לאחר בחינה של מוצרי הביטוח הקיימים ברשותי ו/או בן זוגי ומצאתי אותו מתאים לצרכי

אני מבקש בחינת רשימת מוצרי הביטוח הקיימים ברשותך באמצעות הר הביטוח

(ההרשאה תתאפשר באמצעות חתימה על טופס "הרשאת שימוש פרטנית" המצטרף לטופס ההצטרפות)

הרשאת שימוש פרטנית לשימוש באתר הר הביטוח:

1. אני _____ החתום מטה (שם מלא), ת.ז. _____, מייפה את כוחו/ה של מגדל חברה לביטוח _____

לבצע חיפוש על שמי ועל שם ילדיי הקטנים באתר הר הביטוח.

2. טופס הרשאה זה יעמוד בתוקף לחמישה ימי עבודה.

	תאריך
חתימת המבוטח *	

אני _____ החתום מטה (שם מלא), מספר רישיון סוכן ביטוח/ת.ז.נ/פ. הגורם המשוק: _____, מתחייב

1. לעשות שימוש בנתונים שנמסרו לי בהתאם להרשאה זו בלבד.

2. שלא להחזיק בנתונים שנמסרו ולא לעשות בהם כל שימוש לאחר שיפוג תקופה של הרשאה זו.

	תאריך
חתימת הגורם המשוק *	

ייתור על סודיות רפואית לחלק 7 (ייתור על ידי כל אחד מהמוצעים לביטוח הרשומים לעיל ובנפרד)

אני הח"מ מצהיר בזה שהתשובות דלעיל נכונות ואמיתיות ושלא העלמתי דבר בנוגע לביטוח זה. אני נתן בזה רשות לקופת חולים ולכל מוסד רפואי אחר ו/או לעובדיהם הרפואיים וכן לכל רופא, למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבקש), כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותיי בעבר, בהווה ובעתיד ומשחרר אותם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש", ולא תהיה לי כלפיהם כל טענה או תביעה בקשר לכך. ייתור זה יחייב לאחר מותי את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שבא במקומי.

מבוטח 1 חתימה ותאריך *		מבוטח 2 חתימה ותאריך *		מבוטח 3 חתימה ותאריך *		מבוטח 4 חתימה ותאריך *	
------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------------	--

מק"ט 410110027 (מחזורת 08.2022)



יא. הצהרות המועמד לביטוח

1. הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח יש לסמן בהתאם למבוקש:

פוליסה חדשה (סעיף 1.1) הוספת כיסוי/הרחבה/כתב שירות (סעיף 1.2)

1.1 הצהרה בדבר מרכיבי התכנית והתאמתם למועמד לביטוח:

מגדל חברה לביטוח בע"מ ("להלן: "החברה") מסרה לי כי תכניות הביטוח המשווקות על ידה מעת לעת, לרבות התכנית נשוא הצעה זו, מפורסמות באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי התכנית הנרכשת לרבות הכיסויים הביטוחיים, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים הובאו לידיעתי. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם /אי קיומם של חריגים לכיסוי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית, וידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה. כן ידוע לי, כי קיימות בחברה תכניות ביטוח נוספות מסוגים שונים, הנבדלים מהתכנית הנרכשת בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר כי התכנית אליה אני מבקש להתקבל, נבחרה לאחר שמצאתי אותה מתאימה לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את המוצר הנרכש ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על התכנית נשוא ההצעה עשויים להשתנות.

1.2 הצהרות מועמד לביטוח: (במקרה של הוספת כיסוי/הרחבה/כתב שירות)

אני מבקש להוסיף לפוליסה כיסויים ביטוחיים /הרחבות / כתבי שירות כמפורט במסמך זה לעיל, בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח ו/או הכיסויים ו/או כתבי השירות שנבחרו ואני מצהיר כדלקמן:

החברה מסרה לי כי הכיסויים הביטוחיים, ההרחבות וכתבי השירות המשווקים על ידה מעת לעת, לרבות אלו נשוא בקשה זו, מפורסמים באתר האינטרנט של החברה. מרכיבי הכיסויים הביטוחיים הנרכשים - לרבות בהרחבות ובכתבי שירות, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי ביטוח וגבולות אחריות עיקריים, וכן אמצעי התשלום ותנאי התשלום האפשריים הובאו לידיעתי. כמו כן, נמסר לי דבר קיומם /אי קיומם של חריגים לכיסוי הביטוחי ו/או השתתפות עצמית בכיסויים הנרכשים, וידוע לי כי באפשרותי לקבל מידע מפורט בעניין זה.

כן ידוע לי, כי קיימים בחברה כיסויים ביטוחיים נוספים מסוגים שונים, הנבדלים מהכיסויים נשוא הצעה זו בהרכב הכיסוי הביטוחי, בעלותם ובהיקפם, ואני מאשר כי הכיסויים הביטוחיים הנוספים נבחרו על ידי לאחר שמצאתי אותם מתאימים לצרכי. כמו כן נמסר לי כי מעת לעת מוציאה החברה תכניות חדשות וכיסויים ביטוחיים חדשים וכי ראוי לבדוק ולברר בכל עת בעתיד את הכיסוי הנרכש ביחס לאלו שהיו קיימים בעתיד וכן כי הדינים השונים החלים על הכיסויים הביטוחיים הנרכשים עשויים להשתנות. החברה מסרה לי כי רכישת הכיסויים/הנוספים ו/או ההרחבות ו/או כתבי השירות הינם לבחירתי וכי אני רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.

2. 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 ("המבטח"). ידוע לי כי השאלות המופיעות בטופס הצעה זה תחשבה כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981.

תאריך שם החתום חתימת המבטח *

3. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות

אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאמסור, נמסר מרצוני ובהסכמתי, ולא חלה עליי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי כי המידע ישמר במאגרי המידע של החברה ושל גופים בשליטת מגדל אחזקות ביטוח ופיננסיים בע"מ ו/או מי מטעמן, וישמש לכל עניין הקשור לניהול, תפעול ושירות שוטף של פוליסות/תוכניות/מוצרים על שמי, פילוח ועיבוד סטטיסטי, דיוור ישיר, יצירת קשר, שירותים נוספים וקיום חובות שבדין. אני מאשר כי המידע שמסרתי ואמסור יועבר לצדדים שלישיים, לצורך המטרות הנ"ל, כגון: לסוכני ביטוח, מבטחי משנה וגורמים מתפעלים, (לרבות במקרה של שינוי במבנה התאגיד).
מדיניות הגנת הפרטיות של קבוצת מגדל זמינה עבורך באתר האינטרנט <https://www.migdal.co.il> או באפליקציה של החברה.

תאריך חתימת הסוכן * חתימת המבטח *

4. הסכמה לפניות שיוקיות (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 ודיוור ישיר אודות כיסויים 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

תאריך שם החתום חתימת הוחתמת *

יב. איתור מוצרי ביטוח בממשק אינטרנטי (להלן "הממשק")

לתשומת ליבך, רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון במשרד האוצר מקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.

במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. לנוחותך, תוכל למלא בקשה להסרת פרטיך מהממשק באמצעות טופס דיגיטלי באתר האינטרנט של חברתנו בכתובת: www.migdal.co.il

לידיעתך, אי העברת הנתונים, תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

