



שם הסוכן	מספר הסוכן
מרחב	מספר פוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים 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	ת.ד.	יישוב	מיקוד		
מספר טלפון		מספר טלפון נייד		מספר פקס		דואר אלקטרוני		כתובת למשלוח דואר	
עיסוקו של המבוטח לתכלית ביטוח זה					מס' זהות / ח"פ		בעלות		
					<input type="checkbox"/> פרטית <input type="checkbox"/> שותפות <input type="checkbox"/> חברה בע"מ				
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							

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

1. רפואה משלימה -  
גבול אחריות מבוקש

1,000,000 ש"ח למקרה ולכל תקופת הביטוח    
  2,000,000 ש"ח למקרה ולכל תקופת הביטוח    
  4,000,000 ש"ח למקרה ולכל תקופת הביטוח

יש לסמן גם פעילויות שבוצעו בעבר (גם אם אינך עוסק בהן היום) ובגינן נדרש כיסוי

סוג הפעילות	נא סמן V בשורות המתאימות
דיקור (אקופנקטורה)	<input type="checkbox"/>
הומאופתיה	<input type="checkbox"/>
נטורופתיה	<input type="checkbox"/>
שיאצו	<input type="checkbox"/>
רפלקסולוגיה	<input type="checkbox"/>
טיפול בשיטת אבי גרינברג	<input type="checkbox"/>
ביו-אנרגיה	<input type="checkbox"/>
ביו-פידבק	<input type="checkbox"/>
עיסויים ומסאג'ים למיניהם	<input type="checkbox"/>
רפוי/הילינג אנרגטי	<input type="checkbox"/>
קינסילוגיה	<input type="checkbox"/>
רייקי	<input type="checkbox"/>
טווינא	<input type="checkbox"/>
אירידולוגיה	<input type="checkbox"/>
טיפול באמצעות פרחי באך, צמחי מרפא (תמציות פרחים), טיפול בשמנים ריחניים- ארומתרפיה	<input type="checkbox"/>
יוגה (לא כולל "בייבי יוגה")	<input type="checkbox"/>
מדיטציה, דמיון מודרך, שיטת "נחל זורם" (ריו-אבירטו), NLP, תנועה אותנטית	<input type="checkbox"/>
טיפול בדרמה, מוסיקה וצבע	<input type="checkbox"/>
טיפול בשיטת פלדנקרייז	<input type="checkbox"/>
טיפול בטכניקת אלכסנדר	<input type="checkbox"/>
טיפול בשיטת ורדי	<input type="checkbox"/>

מק"ט 410120058 (מהדורה 04.2020)



**ב. סוג הפעילות לכיסוי המבוקש - תיאור מלא של הפעילות והעיסוק העיקריים בגינם נדרש הכיסוי - המשך**  
**2. פרא רפואי - בעלי רישיון ממשד הבריאות ו/או חברי י.ה.ת. - (האיגוד הישראלי לתרפיה באמצעות הבעה ואומנות)**

גבול אחריות מבוקש

1,000,000 ש"ח למקרה ולכל תקופת הביטוח  2,000,000 ש"ח למקרה ולכל תקופת הביטוח  4,000,000 ש"ח למקרה ולכל תקופת הביטוח

יש לסמן גם פעילויות שבוצעו בעבר (גם אם אינך עוסק בהן היום) ובגינן נדרש כיסוי

סוג הפעילות	נא סמן V בשורות המתאימות
פיזיותרפיה	<input type="checkbox"/>
פסיכולוגיה	<input type="checkbox"/>
פסיכותרפיה	<input type="checkbox"/>
מרפאים בעיסוק או באומנויות	<input type="checkbox"/>
קלינאי תקשורת ודיאטנים בעלי רישיון ממשד הבריאות.	<input type="checkbox"/>
COACHING (אימון אישי / רפואי - לא עסקי) לא תכוסה כל תביעה בקשר לייעוץ כלכלי ו/או עסקי.	<input type="checkbox"/>

**3. מטפל משפחתי - למטפל מוסמך לטיפול במשפחה ובנישואין.**

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

גבול אחריות מבוקש

2,000,000 ש"ח למקרה ולכל תקופת הביטוח  4,000,000 ש"ח למקרה ולכל תקופת הביטוח

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

ההכשרה המקצועית	נא סמן V בשורות המתאימות
עובד סוציאלי	<input type="checkbox"/>
פסיכולוגיה	<input type="checkbox"/>
טרפיסט באומנויות	<input type="checkbox"/>
תואר בחינוך	<input type="checkbox"/>
קרימינולוגיה	<input type="checkbox"/>

**ג. כללי**

**1. תעודות הסמכה: יש לצרף את המסמכים:**

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

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 להפסקה 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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן ◀ אם כן, פרט:			
3. האם הוגשה ב-7 השנים האחרונות תביעה כלשהי בגין אחריות מקצועית ו/או באחריות כלפי צד שלישי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. ◀ נא פרט:			
5. האם ננקטו נגדך צעדים משמעותיים על ידי רשות כלשהי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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 ("המבטח"). ידוע לי כי השאלות המופיעות בטופס הצעה זה תחשבנה כעניין מהותי על פי הוראות סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א 1981.

תאריך  שם החותם  חתימה וחותמת

2. הצהרות והסכמות לפי חוק הגנת הפרטיות  
אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך 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 שבדני. אני מסכים כי המידע שמסרתי ימסר לסוכן הביטוח/בעל רישיון לצרכי שירות לגורמים נוספים כמתחייב בד"ן (לרבות במקרה של שינוי במבנה תאגידי).

תאריך  שם החותם  חתימה וחותמת

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 כיוויים 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 חיוב 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)

תאריך  שם המועמד לביטוח  חתימה וחותמת

מק"ט 410120058 (מהדורה 04.2020)