



שם הסוכן	מספר הסוכן
מרחב	מספר הסכמ

יש לענות על כל השאלות לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות תשובות ברורות ומלאות

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

טופס הצעה לפוליסת נסיעות לחו"ל - מגדל מסע עולמי

טופס מספר **809**

א. פרטי הנסיעה והתכנית המבוקשת

אני מבקש לבטח אותי ואת בני משפחתי שפרטיהם רשומים מטה: מתאריך: ועד לתאריך:

יבשת היעד: אירופה ארצות הברית אסיה אפריקה אוסטרליה אמריקה הדרומית יותר מיעד אחד

התכנית המבוקשת: מגדל מסע עולמי פלטינום מגדל מסע עולמי פלטינום - מסלול תרמילאים

ב. פרטי המועמדים לביטוח

מועמד/ים לביטוח	מספר זהות	שם פרטי ומשפחה	תאריך לידה	מין	הרחבות										
					כבודה	ספורט חורף	ספורט אתגרי	ביטול/קיצור מסלול נסיעה 1	ביטול/קיצור מסלול נסיעה 2	תחרותי	אישיות	ביטול ה"ע לרכב שכור	הריון	החמרה למצב רפואי קיים	
ראשי				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מועמד 2				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מועמד 3				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מועמד 4				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מועמד 5				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מועמד 6				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
מועמד 7				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ראשי*	ישוב	כתובת מגורים (רחוב)	מס' בית / ת"ד	מיקוד	מספר טלפון	כתובת דואר אלקטרוני									

* יש למלא את פרטי הנציג רק עבור מועמדים לביטוח עד גיל 17 הנוסעים ללא הוריהם.

ג. הרחבות כבודה (בתוספת פרמיה)

שם המועמד	לרכישת הרחבות כבודה - יש לפרט פרטי מכשיר			
	מחשב נישא / טאבלט		טלפון נייד / GPS	
	דגם	יצרן	דגם	יצרן
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

לא ניתן לרכוש הרחבות כבודה ללא רכישת כיסוי לכבודה

ד. כיסויים הניתנים להורדה (יחול על כל המועמדים לביטוח)

חבות צד ג'
 איתור וחילוץ



ה. שאלון רפואי

מועמד 7	מועמד 6	מועמד 5	מועמד 4	מועמד 3	מועמד 2	ראשי	שאלות לכלל המועמדים
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1. האם במהלך 3 החודשים האחרונים היית מאושפז, פנית לטיפול בחדר מיון ו/או עברת ניתוח ו/או חלה החמרה במחלה קיימת?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. האם הינך סובל או סבלת בעבר ממחלה כרונית, מחלת איידס, פרקינסון, CF, לב, סרטן, טרשת נפוצה אלצהיימר, ניוון שרירים ו/או עברת או הינך מועמד להשתלת איברים?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	3. האם הינך נוטל/ת תרופות באופן קבוע?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	4. האם הומלץ לך על צורך בניתוח או טיפול רפואי בעתיד או הומלץ ע"י רופא שלא לנסוע לחו"ל?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	5. האם את נמצאת בהריון?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	6. האם במהלך הנסיעה את עתידה לעבור את שבוע 32?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	7. האם בבדיקות מעקב היריון שביצעת נמצאו ממצאים לא תקינים או ההריון אובחן ע"י רופא או הצוות המטפל כהריון בסיכון?

ו. אופן התשלום והגבייה

אופן הגבייה:

במזומן



ז. הצהרות והתחייבויות המועמדים לביטוח: יש להקריא הצהרות אלו למועמד לביטוח בטלפון

- בנוסף ומבלי לגרוע מהאמור בתנאי הפוליסה, בתנאי השימוש באתר/באפליקציה ובסודיות ופרטיות, הנני מאשר/ת, מצהיר/ה ומתחייב/ת כדלקמן:
1. הצהרה זו חלה עלי ועל כל המבוטחים הנלווים אליי והמבוטחים על פי הפוליסה אותה רכשתי באמצעות אתר האינטרנט/האפליקציה של 'מגדל חברה לביטוח בע"מ' וכי כל הפרטים והתשובות שנתתי נכונים ומלאים ומהווים בסיס להצעת המחיר והקבלה לביטוח.
 2. הפוליסה תקפה רק אם נרכשה על ידי טרם הנסיעה לחו"ל והיציאה מישראל. הכיסוי הביטוחי מכח הפוליסה הינו לנסיעה אחת בלבד.
 3. מצב רפואי קיים: לא ידוע לי על כל סיבה ו/או צורך בקבלת טיפול רפואי כלשהו שלי ו/או של הנלווים אליי והמבוטחים על פי פוליסה זו, וכן לא ידוע לי על קיומן של מחלות כרוניות כלשהן שלי ו/או של הנלווים אליי המבוטחים על פי פוליסה זו.
- המבטח לא אחראי ולא יכסה עפ"י הפוליסה, בין היתר הוצאות הקשורות ו/או הנובעות ממצב רפואי בגינו היה המבוטח בטיפול רפואי לרבות טיפול תרופתי בלבד או בהשגחה בעת צאתו לחו"ל או משך 3 חודשים שקדמו לצאתו.**
- על אף האמור לעיל, במקרה בו נרכשה הרחבה להחמרת מצב רפואי קיים בתוספת פרמיה, יינתן כיסוי על פי תנאי הרחבה במקרה של שינוי לרעה פתאומי ובלתי צפוי של מחלה או מצב בריאותי קיים ובלבד שטיפול הכרחי בחו"ל כטיפול חירום.
4. **קבלה לביטוח:** ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל את המועמד לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום שעל פיו, החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי, או כל מידע אחר רלוונטי, בשים לב למדיניות החיתום של החברה, הוראות הדין והפוליסה, ורק עם סיומו תודיעו לי אם קבלתם או לא קבלתם אתה הצעה במסגרת הליך החיתום, אם אדרש לכך על-ידי החברה, אני מתחייב להיבדק בדיקה רפואית על-ידי רופאי החברה והתשובות שתמסרנה על-ידי לרופאי החברה תחשבה כחלק מהצעת. **תאריך תחילת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.**
 5. **הליך הצטרפות:** ידוע לי כי במקום בו אפשר לצרף חלק מן המועמדים לביטוח ואילו המועמדים האחרים נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה, יתקבלו לביטוח אותם מועמדים שאפשר לקבלם. לגבי יתר המועמדים - מועמדותם לביטוח תבחן רק בתום הליך החיתום.

אני מעוניין באפשרות פיצול זו.
 6. **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, דיור 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 תאגידי).
 7. **ויתור על סודיות רפואית:** אני מיפה בזאת את כוחה של מגדל חברה לביטוח בע"מ לעיין ולקבל כל מידע רפואי הנוגע אליי ו/או למי מהמבוטחים על פי פוליסה זו, וכן משחרר בזאת כל גוף או מוסד המחזיק במידע האמור לרבות כל רופא ו/או כל מוסד רפואי ועובדיו מחובת הסודיות הרפואית על מנת למסור למגדל חברה לביטוח בע"מ ולבא כוחה כל מסמך אשר יידרש על ידם אודות המצב הרפואי ו/או הטיפול הרפואי הניתן לי ו/או לאילו הנלווים אליי והמבוטחים על פי פוליסה זו.
 8. הנני מסכים/ה כי כל המידע הנמסר ו/או שיימסר על-ידי, בין אם אשלים את תהליך הרכישה ובין אם לאו, תוכלו לעשות בו שימוש כמפורט בתנאי השימוש ובכפוף לסודיות ופרטיות של אתר האינטרנט/אפליקציה.
 9. הנוסח המלא של הפוליסה על נספחיה מצוי באתר האינטרנט של מגדל וניתן לצפות בו כאן ולהדפיסו בכל עת. הנני מצהיר כי קראתי את כל תנאי הפוליסה, החריגים והסייגים. ידוע לי כי תנאי הפוליסה והחריגים המלאים הם אלו אשר יחייבו את מגדל.
 10. המידע אודותיך בהצעה זו וכל מידע שיתקבל בעתיד, ישמרו במאגרי המידע של מגדל חברה לביטוח בע"מ ויתר חברות קבוצת מגדל וישמשו לכל עניין הקשור להצטרפות לביטוח, ליצירת קשר וניהול שוטף של תיק הביטוח. פניות במסגרת הניהול השוטף של הפוליסות יעשו באמצעי תקשורת, ככל שהדין יתיר.
 11. מגדל שומרת לעצמה את הזכות להחליף ו/או לשנות את מי ו/או כל נתוני השירות מטעמה וזאת על פי שיקול דעתה הבלעדי.
 12. הריני מאשר/ת בזאת, כי קראתי והבנתי את ההצהרות הנלוות לתהליך הרכישה באתר/אפליקציה, לרבות ובייחוד הצהרה זו, וכי אני מסכים/ה לכל האמור בהן. אישור זה יחול עלי ועל כל המבוטחים הנלווים אליי המבוטחים על פי פוליסה זו.

ח. הסכמה לפניות שיווקיות

אני מסכים / לא מסכים כי המידע ישמש את מגדל חברה לביטוח בע"מ ו/או חברות מקבוצת מגדל ו/או גורם מטעמן, לרבות סוכן הביטוח שלי, לצורך שיווק ודיור ישיר של מוצרים ושירותים מקבוצת מגדל בכל אמצעי תקשורת ולפנייה בהצעה לרכישתם. 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

תחיתמת מועמד ראשי / נציג מועמדים עד גיל 18 ★	תחיתמת בן/בת זוג ★	תאריך
--	--------------------	-------

ט. הצהרות הסוכן

1. דיברתי עם המועמד הראשי לביטוח באופן אישי, הקראתי לו את ההצהרות לעיל והמועמד אישר לי מפורשות כי הבין את משמעותן.
2. הסברתי למועמד הראשי לביטוח את עיקרי התוכנית התנאים והסייגים.
3. הסברתי למועמד הראשי כי הפוליסה אינה מכסה מקרה ביטוח הנובע ו/או הקשור למצב בריאותי בגינו היה המבוטח/ת בטיפול או בהשגחה בעת צאתו/ה לחו"ל או במשך שלושת החודשים שקדמו ליציאה.





מגדל
מבלי לפגוע בזכויות
ובטענת ההתיישנות

תאריך:

מבוטח נכבד,

הנדון: אישור תנאי קבלה לביטוח נסיעות לחו"ל

מספר פוליסה:

שם התכנית:

הננו מתכבדים להודיעך כי נקבל את הצעתך לביטוח בחברתנו, מבלי לגרוע מיתר החריגים והסייגים כקבוע בתכנית הביטוח ובנוסף להם, בתנאי החיתום המפורטים מטה:

שם המבוטח	מספר זיהוי	תוספת לדמי הביטוח (בגין הרחבה להחמרה במצב רפואי קיים)	הסיבה לתוספת / להחרגה / להגבלה

הערות:

התנאים המיוחדים לביטוח המפורטים במסמך זה, נקבעו לאור הסיבות המפורטות לעיל, לאחר בחינת ההצעה לביטוח ומצבך הבריאותי, ובהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי או מידע אחר. ככל שהנך מעוניין במידע מפורט נוסף, אנא צור עמנו קשר באמצעות סוכן הביטוח שלך או במייל פניות הציבור - חיתום pniothitum@migdal.co.il.

בברכת בריאות ואריכות ימים,
חיתום רפואי, ביטוח נסיעות לחו"ל.

העתק: סוכן הביטוח



הודעה בנושא ביטוח לפי חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות

מידע על זכויות של אדם עם מוגבלות ברכישת ביטוח (בקנייה של ביטוח)

אתה מקבל הודעה זו כי חברת הביטוח החליטה שלא לבטח אותך או לבטח אותך בתנאים שונים לעומת מבטחים אחרים (כלומר, לתת לך יחס שונה).

החלטה שלא לבטח והחלטה על מתן יחס שונה ייחשבו הפליה אסורה במקרים אלה:

- א. אם חברת הביטוח לא ביססה את ההחלטה על נתונים או על מידע שהם אמינים ורלוונטיים; הנתונים והמידע צריכים להיות רלוונטיים להערכת הסיכון הביטוחי המסוים לגביך (נתונים אקטואריים או סטטיסטיים או מידע רפואי או מידע אחר) או
- ב. אם ההחלטה של חברת הביטוח אינה סבירה בניסיונות העניין.

חברת הביטוח חייבת לצרף להודעה זו הסבר בכתב לכך שהחלטה שלא לבטח אותך או לתת לך יחס שונה. חברת הביטוח גם חייבת לצרף תמצית (סיכום) בסיס הנתונים או תמצית המידע שעליהם התבססה בהחלטה שלה.

כיצד אתה רשאי לפעול אם אתה סבור שנהגו כלפיך בהפליה אסורה?

אתה רשאי לפעול בכל אחת מהאפשרויות האלה:

- א. אתה יכול להגיש תביעה נגד חברת הביטוח לבית המשפט;
- ב. אתה יכול להגיש תלונה למפקח על הביטוח במשרד האוצר. הכתובת והפרטים של המפקח על הביטוח מופיעים בהמשך הודעה זו. לאחר שקיבלת תשובה מהמפקח על הביטוח, יש לך 45 ימים שבהם תוכל לערער לבית המשפט המחוזי על החלטת המפקח;
- ג. אם לא קיבלת תשובה מהמפקח על הביטוח בתוך 90 ימים מיום הגשת התלונה, אתה יכול להעביר את התלונה לוועדת התלונות במשרד המשפטים. הכתובת והפרטים של ועדת התלונות מופיעים בהמשך הודעה זו. לאחר שקיבלת תשובה מוועדת התלונות, יש לך 45 ימים שבהם תוכל לערער לבית המשפט המחוזי על החלטת הוועדה.

לידיעתך:

- א. לאדם עם מוגבלות שנהגו כלפיו בהפליה אסורה, כלומר, שבקשתו לביטוח נדחתה או שקיבל יחס שונה שלא כדין (בלי סיבה מוצדקת) יש זכות להגיש תביעה כנגד חברת הביטוח ולקבל פיצויים בלי להוכיח שנגרם לו נזק, לפי התנאים שבחוק.
- ב. אם קרה מקרה ביטוח לאחר שחברת הביטוח סירבה לבטח אותך מסיבה שאינה מוצדקת, תוכל לתבוע ממנה פיצויי בבית המשפט אף שאינך מבטח אצלה. לשם כך עליך לעמוד בשני תנאים אלה:
 1. להגיש תלונה למפקח על הביטוח בתוך 30 ימים מיום שנודע לך על ההחלטה של חברת הביטוח לגביך ולפני שקרה מקרה הביטוח.
 2. לעשות מאמץ סביר לבטח את עצמך אצל חברת ביטוח אחרת.
 - ג. נטל ההוכחה - חובת ההוכחה שההחלטה של חברת הביטוח לגביך עומדת בתנאים של החוק ואינה מהווה הפליה אסורה מוטלת על חברת הביטוח. כלומר, חברת הביטוח תצטרך בתשובה שלה למפקח על הביטוח או לוועדת התלונות או לבית המשפט, להוכיח שההחלטה שלה התקבלה על בסיס נתונים או מידע שהם אמינים או רלוונטיים להערכת הסיכון הביטוחי המסוים לגביך.

שים לב, המידע בהודעה זו מבוסס על הוראות חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח – 1998. המידע המלא מופיע בחוק, ולשון החוק (מה שכתוב בחוק) היא הנוסח המחייב. אפשר לקבל מידע גם באתר נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות. הכתובת והפרטים של הנציבות מופיעים בהמשך הודעה זו. תלונה או בירור בנושא ביטוח יש להפנות לאחת מהכתובות המפורטות להלן:

המפקח על הביטוח במשרד האוצר: המפקח על הביטוח, היחידה לפניות הציבור, אגף שוק ההון הביטוח והחיסכון, משרד האוצר, רח' קפלן 1, ת"ד 13195, ירושלים 9195015 טלפון 3002*, פקס 02-5695352, אוצר ברשת www.mof.gov.il.

ועדת התלונות של משרד המשפטים: ועדת התלונות על חוזה ביטוח, לשכת המנכ"ל (המנהל הכללי), משרד המשפטים, רח' צלאח א-דין 29, ת"ד 49029, ירושלים, 9149001, טל 02-6466533, פקס 02-6467002.

נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות: משרד המשפטים, נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, רח' צלאח א-דין 29, ירושלים 9149001, טל 02-5087000, פקס 02-5088025, www.justice.gov.il/negishut.

כ"ח בשבט התשע"ו (7 בפברואר 2016)

