

## הצעה לביטוח הכל בה למרפאות ולמרפאת השיניים

### חבילה מודולרית למרפאות ולביטוח מרפאת שיניים

מהדורת 2018

שם הסוכן/סוכנות		מס' הסוכן/סוכנות		שם המציע		מס' ת.ז. / ח.פ.	
כתובת המרפאה		עיר		רחוב		בית	
מיקום המרפאה		טלפון		תקופת הביטוח המבוקשת:		מיקד	
קומה _____ מתוך _____ קומות בבניין				מיום _____ עד יום _____ (בחצות)			
תאור פעילות המרפאה							
<b>תשלום דמי הביטוח נא סמן/י אופן התשלום</b> <input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> מזומן <input type="radio"/> כרטיס אשראי מסוג _____							
בעל הכרטיס		ת.ז.		מס' תשלומים		תוקף הכרטיס	

- 1. תאור המבנה ותכולת המרפאה (העסק) המוצעת לביטוח**  
 בית העסק נמצא בקומה \_\_\_\_\_ של מבנה בן \_\_\_\_\_ קומות. בנוי \_\_\_\_\_  
 גג בית העסק בנוי \_\_\_\_\_ גיל המבנה \_\_\_\_\_ שנים.  
 המבנה נמצא: ☐ בבעלות המציע ☐ בשכירות ☐ בדמי מפתח.  
 האם בבית העסק או במבנה מחזיקים ו/או משתמשים בחומרי נפץ, דלקים, כימיקלים, או סחורות מסוכנות אחרות, המתלקחים או מתפוצצים? ☐ לא ☐ כן  
 פרט סוגי חומרים: \_\_\_\_\_
- 2. האם יש שעבוד לרכוש המוצע לביטוח וברצונך לכלול סעיף בפוליסה בהתאם** ☐ לא ☐ כן  
 ציין לטובת מי השעבוד ופרט הרכוש המשועבד: \_\_\_\_\_  
 כתובת המשעבד: \_\_\_\_\_
- 3. תאור העסקים בשכנות למרפאה (העסק) המוצע לביטוח**  
 האם במבנה בו נמצא העסק נמצאים גם עסקים אחרים ☐ לא ☐ כן, אם כן פרט: \_\_\_\_\_  
 פרטי המבנים הנמצאים בשכנות (עד 15 מטר) סוג המבנים והשימוש בהם: \_\_\_\_\_
- 4. אמצעי בטיחות / מיגון בעסק המוצע לביטוח / רשיון עסק**  
 האם למרפאה רשיון עסק בתוקף? ☐ לא ☐ כן  
**א. מפני סיכונים אש**  
 מטפים: ☐ אין ☐ יש מספר מטפים: \_\_\_\_\_ סוג המטפים: \_\_\_\_\_  
 ברזי שריפה: ☐ אין ☐ יש מספר הברזים: \_\_\_\_\_ קוטר צינורות ברזי השריפה: \_\_\_\_\_  
 גלאי עשן: ☐ אין ☐ יש האם הם מחוברים למוקד? ☐ לא ☐ כן  
 מתזים: ☐ אין ☐ יש סוג: \_\_\_\_\_ ☐ אוטומטי ☐ חצי אוטומטי ☐ ידני  
 האם נערכה במקום ביקורת שרותי כבאות? ☐ לא ☐ כן  
 אישור מכבי אש בתוקף? ☐ לא ☐ כן  
 האם נתגלו ממצאים שליליים כלשהם? ☐ לא ☐ כן פרט: \_\_\_\_\_
- ב. מפני סיכון פריצה**  
 סוגי כל הדלתות ואמצעי נעילתן - פרט: \_\_\_\_\_  
 סוגי הסגירה וההגנה בכל החלונות והאשנים פרט: \_\_\_\_\_  
 האם כל המזגנים החיצוניים מסורגים? ☐ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 חלון הראווה מוגן ב: ☐ תריס מתקפל ☐ דלת הזזה ☐ זכוכית משוריינת ☐ אחר פרט: \_\_\_\_\_  
 האם מותקנת מערכת אזעקה במבנה העסק? ☐ לא ☐ כן, ציין סוג המערכת: \_\_\_\_\_ וענה לשאלות:  
 מערכת קווית, האם היא מחוברת לכל פתחי בית העסק? ☐ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 מערכת נפחית, האם היא מגינה על כל חלל בית העסק? ☐ לא ☐ כן, פרט: \_\_\_\_\_  
 חיבור למוקד ☐ אלחוטי או ☐ קווי ☐ חיוגן ל- \_\_\_\_\_ מנויים.  
 שמירה קבועה: ☐ לא ☐ כן. פרט: \_\_\_\_\_  
 הגנות אחרות: \_\_\_\_\_
- ג. מפני נזקי שיטפון**  
 האם קיים בסביבה מקור מים העלול לגרום לשיטפון? (ואדי, תעלה, נהר וכד') ☐ לא ☐ כן, אם כן נא פרט: \_\_\_\_\_

## 5. בהתייחס לאחד או יותר מהכיסויים המבוקשים בהצעה זאת, ענה לשאלות הבאות:

### ניסיון ביטוחי קודם

האם היית או הינך מבטוח בהווה באיילון חברה לביטוח בע"מ, או בחברה אחרת בשלוש השנים האחרונות? ☐ לא ☐ כן, אם כן נא פרט:

שם החברה: \_\_\_\_\_ סוג הביטוח: \_\_\_\_\_ תקופת ביטוח מ- \_\_\_\_\_ עד- \_\_\_\_\_

האם נדחתה אי פעם הצעתך ו/או בוטלה פוליסה שלך ביזמת חברת ביטוח ו/או סירבו לחדשה, בגין אחד או יותר מהכיסויים המבוקשים:

☐ לא ☐ כן, אם כן נא פרט הסיבות: \_\_\_\_\_

האם נדרשו ע"י חברת ביטוח כלשהי תנאים לשם קבלת הסיכון ו/או להמשך הכיסוי? ☐ לא ☐ כן, אם כן נא פרט: \_\_\_\_\_

### 6. ביטוח נוסף

האם רכוש ו/או חבויות העסק (המרפאה) המוצעים לביטוח להלן, מבטחים גם בחברות ביטוח אחרות? ☐ לא ☐ כן, אם כן נא פרט:

החברה: \_\_\_\_\_ תקופת ביטוח מ- \_\_\_\_\_ עד- \_\_\_\_\_

סוג הביטוח / הכיסוי וסכומי הביטוח: \_\_\_\_\_

### 7. תביעות / נזקים קודמים

האם בשלוש השנים האחרונות נגרמו נזקים ו/או הוגשו תביעות כתוצאה מסיכון המוצע לביטוח בהצעה זו: ☐ לא ☐ כן, אם כן נא פרט:

סוג נזק	תאריך האירוע	סכום ששולם/נתבע

אלו אמצעי הגנה ננקטו לאחר הנזק

נא לצרף דוחות סוקרים/ שמאים מתקופה זו.

### 8. נזקי טבע

פוליסה זו מכסה רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן לוותר על כיסוי זה במסגרת תוכנית הביטוח.

כל הסכומים הנקובים להלן הינם בשקלים בלבד אלא אם צוין אחרת.

הכיסוי	ערך התכולה/ סכום הביטוח ליחידה	פרמיה ליחידת כיסוי ביטוחי	סה"כ יחידות נדרשות	סה"כ פרמיה ברוטו	הערות
<b>פרק 1</b> תכולת המרפאה בסיס כל-הסיכונים.	50,000 ש"ח	175 ש"ח	x _____ = _____		<b>כולל (ללא תשלום נוסף):</b> 1. שבר שמשות ומשטחי זכוכיות <b>עד לסך 5,000 ₪.</b> 2. אובדן דמי-שכירות <b>עד 20% מסכום הביטוח לתכולה.</b> 3. תאונות אישיות לבעלים אחד בלבד <b>(מוגבל עד לגיל 70)</b> למקרה מוות ונכות <b>עד לסך 50,000 ₪.</b> 4. שחזור מסמכים <b>עד 5% מסכום הביטוח לתכולה.</b> 5. חפצי אמנות <b>עד לסך 5% מסכום הביטוח לתכולה.</b> 6. רעידת אדמה ונזקי טבע.
שחזור מסמכים נזקי מים	10,000 ש"ח 5,000 ש"ח	30 ש"ח 30 ש"ח	x _____ = _____ x _____ = _____	_____ = _____ _____ = _____	הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון מעל לכיסוי הבסיסי
<b>פרק 2</b> מבנה המרפאה כולל שיפורי מבנה וצמודות מבנה בסיס כל הסיכונים	50,000 ש"ח	150 ש"ח	x _____ = _____	_____ = _____	הכיסוי כולל רעידת אדמה ונזקי-טבע
<b>פרק 3</b> פריצה: לתכולה, למעט מחשבים וציודם ההיקפי. למחשבים וציודם ההיקפי.	50,000 ש"ח	300 ש"ח	x _____ = _____	_____ = _____	במידה וצוינו פחות יחידות בפרק זה מאשר בפרק ביטוח התכולה יהיה בסיס הכיסוי ותמחור הפרמיה על בסיס נזק ראשון. <b>פרק זה מורחב לכלול גניבה פשוטה לתכולה, למעט מחשבים וציודם, עד לסך 50,000 ₪.</b>
<b>פרק 4</b> אובדן רווחים	50,000 ש"ח	200 ש"ח	x _____ = _____	_____ = _____	<b>השתתפות עצמית: 3 ימי עבודה</b> הכיסוי כולל רעידת אדמה ונזקי טבע
<b>פרק 5</b> אובדן הכנסות	50,000 ש"ח	190 ש"ח	x _____ = _____	_____ = _____	פיצוי יומי: עד 1,000 ש"ח ועד לתקופה בת <b>100 ימים.</b> <b>השתתפות עצמית: 3 ימי עבודה</b> הכיסוי כולל רעידת אדמה ונזקי טבע עד <b>למקסימום 4 יחידות</b>
<b>פרק 6</b> אובדן דמי שכירות	50,000 ש"ח	175 ש"ח	x _____ = _____	_____ = _____	מעל לכיסוי הבסיסי. הכיסוי כולל רעידת אדמה ונזקי טבע

הכיסוי	ערך התכולה/ סכום הביטוח ליחידה	פרמיה ליחידת כיסוי ביטוחי	סה"כ יחידות נדרשות	סה"כ פרמיה ברוטו	הערות
פרק 7 שבר שמשות ומשטחי זכוכית	10,000 ש"ח	250 ש"ח	X	=	מעל לכיסוי הבסיסי.
פרק 8 נזקי טרור	100,000 ש"ח	80 ש"ח	X	=	הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון, מכסימום יחידה אחת.
פרק 9 כספיים	5,000 ש"ח	105 ש"ח	X	=	
פרק 10 גיבוי פלוס (בטוח מאגרי מידע ומערכות ממוחשבות) פרק משנה 1 - הרכוש - ציוד נייד (*לגבי מחשב נייד ראה פירוט בסוף הטבלה)	ליחידה הראשונה: 30,000 ש"ח השניה ואילך: 10,000 ש"ח	200 ש"ח	X	=	נא לצרף רשימת ציוד מפורטת הכוללת את תיאור הציוד וערכו הכספי
פרק משנה 2 - כיסוי מאגרי מידע ותוכנה	5,000 ש"ח	30 ש"ח	X	=	
פרק משנה 2א' - כיסוי מאגרי מידע ותוכנה מקיף * אם רוכשים פרק משנה 2א' אין צורך לרכוש פרק משנה 2.	35,000 ש"ח	400 ש"ח	X	=	עד למכסימום 2 יחידות. השתתפות עצמית 10% מהנזק, מינימום 2,000 ש"ח.
פרק משנה 3 - הוצאות תפעול נוספות	3,000 ש"ח	30 ש"ח	X	=	פיצוי של עד 10 ימים. השתתפות עצמית: 3 ימי עבודה
פרק 11 חבות כלפי צד שלישי	500,000 ש"ח למקרה 1,000,000 ש"ח לתקופה	450 ש"ח למקום אחד	X	=	
פרק 12 חבות מעבידים		80 ש"ח לעובד	X	=	גבולות האחריות: 20,000,000 ₪ למקרה ולתקופה
פרק 13 תאונות אישיות (יש למלא פרטי המבוטחים כמפורט להלן*) מוות, נכות או מוות, נכות ופיצוי שבועי	50,000 ש"ח 50,000 ש"ח 800 ש"ח	100 ש"ח 250 ש"ח	X X	=	בנוסף לכיסוי הבסיסי שניתן חינם לאחד מבעלי המרפאה. גיל כניסה מירבי: 70 שנה. פיצוי שבועי - החל מהיום ה - 8.
הרחבת כיסוי תאונות אישיות גם לכל המחלות. פיצוי שבועי	800 ש"ח	500 ש"ח	X X	=	גיל כניסה מירבי: 55 שנה. פיצוי שבועי - החל מהיום ה - 15.
ביטוח תאונות אישיות אחר (יש למלא על ידי כל אחד מהמועמדים לביטוח)					
האם ברשותך פוליסת ביטוח דומה לפוליסה המתחדשת הנערכת באמצעות איילון חברה לביטוח?					
במידה וכן, האם ברצונך לבטל פוליסה זאת ?					
תשומת ליבך כי במידה והינך מבקש לבטל פוליסה זאת יש לשלוח הודעת ביטול באמצעות טופס ביטול פוליסה כמקובל					
במידה ואינך רוצה לבטל את הפוליסה הדומה האם הוסבר לך, טרם חתימתך על טופס זה, כי פוליסה זאת הינה פוליסה נוספת המבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה הקיימת שבידך וכי ייגבו ממך דמי ביטוח נפרדים עבור כל אחת מהפוליסות					
* כיסוי למחשב נייד הרחבה לפרק 10	יצרן/דגם	שווי המחשב כחדש	תעריף	סה"כ פרמיה ברוטו	הערות
א. ללא פריצה מרכב ב. כולל פריצה מרכב		ש"ח ש"ח	3% 5%	ש"ח ש"ח	בכפוף לתנאי מיגון אלה:
פרק 15.1 ביטוח סייבר צד ראשון	50,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח	₪	X	=	עד למקסימום 4 יחידות.
הרחבת הוצאות בדבר הודעה ללקוח	עד 20% מגבול האחריות לפרק זה				אופציונלי
פרק 15.2 ביטוח אחריות סייבר כלפי צד שלישי	50,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח	₪	X	=	עד למקסימום 4 יחידות.
הרחבת הוצאות יחסי ציבור	עד 20% מגבול האחריות לפרק זה				אופציונלי
הוצאות בדבר הודעה ללקוח	עד 20% מגבול האחריות לפרק זה				אופציונלי

ביטוח סחורה בהעברה (בתוספת פרמיה): ☐ כן ☐ לא

בכפוף לכל התנאים, ההתניות והסייגים של פרק 14 - ביטוח סחורה בהעברה.  
בנוסף לאמור לעיל, כולל הכיסוי בהרחבה זו שחזור של צילומי רנטגן, תוכניות ועבודות פרוטטיקה.

הרחבת פריצה לגבי סחורה בהעברה (בתוספת פרמיה): ☐ כן ☐ לא

גבול אחריות מרבי לכיסוי על פי פרק זה לא יעלה על סך של 50,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח, לרבות הרחבת פריצה עד לסך של 5,000 ₪.

ביטוח שבר מכני (בתוספת פרמיה): ☐ כן ☐ לא

בכפוף לכל התנאים, ההתניות והסייגים של פרק 16 - ביטוח שבר מכני.

תיאור הציוד הנדרש לביטוח שבר מכני

תיאור המכונה: יצרן/דגם/מפרט טכני או במידה ונערך סקר לציין עפ"י דו"ח סוקר מס'	שנת ייצור	ערך כחדש (כינון)	האם קיים הסכם שרות/אחזקה לציוד המוצע לביטוח? במידה וכן, יש לפרט את שם נותן שירות	האם הציוד תחת אחריות היצרן/ספק

## ביטוח מזקי סייבר וחבות סייבר כלפי צד ג'

### 1. כללי

- א. כמה מחשבים (יחידות קצה) בבית העסק? \_\_\_\_\_
- ב. כמה שרתים בבית העסק? \_\_\_\_\_
- האם שמירת המידע נעשית באופן חופף או שקיימת חלוקה בין אופן השמירה וגיבוי המידע בשרתים השונים? \_\_\_\_\_
2. מחזור ההכנסות הצפוי של העסק לתקופת הביטוח \_\_\_\_\_ ₪
3. האם חלק ממחזור הכנסות של המציע נובע או עתיד לנבוע מפעילות בארה"ב ו/או מול לקוחות מארה"ב? ☐ כן ☐ לא
4. האם המציע עוסק במכירת מוצרים ו/או מתן שירותים באמצעות האינטרנט? ☐ כן ☐ לא
5. האם הוגשו תביעות נגד המציע או מי מטעמו או שהתעוררו נסיבות שהיו עלולות להוביל לתביעות נגדו ו/או נגד מי מטעמו בקשר עם פעילות אינטרנט של המבוטח, מערכת/ות המחשב שלו, אתר האינטרנט שלו, מיילים שלו ו/או של מי מהפועלים מטעמו ו/או כל פעילות רשת או אינטרנט אחרת? ☐ כן ☐ לא
- במידה וכן, נא פרט: \_\_\_\_\_
6. האם נתגלתה בעבר פריצה ו/או חדירה ו/או אירוע ו/או חשד לאירוע חדירה לרשת המחשבים של המבוטח על אירועים כאמור אשר נטען על ידי צד שלישי שאירוע עקב מעשה ו/או מחדל ו/או באחריותו של המבוטח? ☐ כן ☐ לא
- במידה וכן, נא תאר את האירוע והאמצעים שנקטו על ידי המציע כדי למנוע הישנותו: \_\_\_\_\_
7. האם פעילות המציע כוללת מי מהשירותים הבאים:
  - א. שירות תשלום באמצעות האינטרנט ☐ כן ☐ לא
  - ב. פתרונות ו/או שירותים למוסדות רפואיים ☐ כן ☐ לא
8. האם ברשות המבוטח ובכל מחשבי המבוטח מיושמים אמצעי הבטיחות הבאים?
  - א. תוכנת להגנה מפני חדירה של צדדים שלישיים ו/או וירוסים (Firewall). ☐ כן ☐ לא
  - ב. גיבוי מידע, קבצים ותוכנות לפחות אחת לחודש ☐ כן ☐ לא
  - ג. החלפת סיסמאות לפחות אחת ל- 6 חודשים ☐ כן ☐ לא
  - ד. החלפה מידית של שמות משתמש סיסמאות ואמצעי ביטחון אחרים במידה שהמציע גילה או שקיים חשד סביר לכך שאמצעי בטיחות אלה נחשפו לצדדים שלישיים. ☐ כן ☐ לא

### תאריך רטרואקטיבי:

תאריך רטרואקטיבי (התאריך הקובע) לכיסוי יהיה יום תחילת הביטוח או מועד עריכת הכיסוי לראשונה על פיו. אם אחרת נא ציין: \_\_\_\_\_

(בכפוף לקיום פוליסות ביטוח לתאריכים הקודמים לתקופת הביטוח בפוליסה זו)

במידה והתאריך הרטרואקטיבי המבוקש שונה מיום תחילת הביטוח או מועד עריכת כיסוי זה לראשונה, פרט את שם חברות הביטוח בהן היית מבוטח בביטוח בגין חבות סייבר כלפי צדדים שלישיים בתקופות החופפות לתאריך הרטרואקטיבי המבוקש:

### לתשומת לב המבוטח:

הכיסוי על פי פרק זה הינו על בסיס מועד הגשת התביעה. דהיינו הכיסוי הביטוחי הינו אך ורק בגין תביעה המוגשת כנגד המבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח המצוינת ברשימה ושארעה לאחר התאריך הרטרואקטיבי המצוין ברשימה.

בהעדר תאריך רטרואקטיבי קודם, יהיה התאריך הרטרואקטיבי בפרק זה מועד תחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה ו/או מועד עריכת הכיסוי לראשונה על פיו, המאוחר מביניהם.

מותנה במפורש כי הכיסוי על פי פרק זה איננו מכסה חבות כלשהי בגין תביעה/ות או מקרה/ים או נסיבה/ות העלולים/ות להוות עילה לתביעה - אשר הובאו לידיעת המבוטח ו/או יחידיו ו/או נציגיו לפני תחילת תוקפו של כיסוי זה, וזאת בין אם אוזכרו ובין אם לא אוזכרו בהצעת הביטוח ו/או במידע החיתומי שהועבר למבטח לקראת הוצאת פוליסה זאת או עריכת הכיסוי או חידושו.

** ביטוח תאונות אישיות/פרטי המבוטחים				
לתשומת לבכם: במידה ויש יותר ממועמד אחד לביטוח, ששאלון זה חל עליו, על כל מועמד לביטוח לענות על שאלון זה.				
המוצעים לביטוח				
שם פרטי ומשפחה				
תאריך לידה				
מקצוע/עיסוק				
פרט מחלה ו/או פגיעה גופנית שגרמה לשינוי שגרת חייך, מום, נכות				
(בעבר/בהווה): אם התשובה חיובית, יש לענות בהתאם לשאלון (2) דלקמן	יש <input type="radio"/> אין <input type="radio"/>	יש <input type="radio"/> אין <input type="radio"/>	יש <input type="radio"/> אין <input type="radio"/>	יש <input type="radio"/> אין <input type="radio"/>
ביטוח תאונה (פרט סכומי הביטוח המבוקשים)				
למקרה מוות				
למקרה נכות				
פיצוי שבועי למקרה אי כושר				
ביטוח מחלה (פרט סכומי הביטוח המבוקשים)				
שמות המוטבים (במקרה מות המוצע לביטוח)				

לשימוש משרדי: מיון/פרמיה

שאלון 1 - שאלון איתור סיכונים כללי: השאלון מיועד למבוטח המעוניין בהרחבת מחלות במידה ויש יותר ממועמד לביטוח אחד, על כל מועמד לביטוח לענות על שאלון זה.

1. האם התגלו אצל קרובי משפחתך (הורייך, אחייך, אחיותייך או ילדייך) המחלות הבאות (סמן/ני בטור הנכון את התשובה הנכונה):

המועמד לביטוח	המחלה	כן, פרט	לא	פרט אצל מי מקרוביך הנ"ל
	סרטן			
	אפילפסיה			
	מחלות לב			
	סכרת			
	מחלות נפש			
	מקרי התאבדות			

2. עישון, משקאות וסמים

המועמד לביטוח	האם את/ה מעשן/נת?	מהי צריכתך השבועית הממוצעת של משקאות חריפים?
	כן, <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> סגירות ליום, במשך _____ שנים	_____
האם את/ה צורך/כת או צרכת בעבר סמים כלשהם (למעט במסגרת טיפול רפואי)? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן		

3. מצב בריאות כללי (בתשובות חיוביות נא לפרט):

האם סבלת או הינך סובל/ת עתה מ:

- א. פצע שאינו מתרפא ו/או מחלת עור או בלוטות
- ב. דימום בלתי רגיל (כגון: דימום בקיבה, במעי הגס, בשתן)
- ג. קשיים בבליעה
- ד. שינויים בנקודות חן או ביבלת
- ה. שיעול ממושך ו/ או חוזר

- ☐ לא ☐ כן
- ☐ לא ☐ כן
- ☐ לא ☐ כן
- ☐ לא ☐ כן
- ☐ לא ☐ כן

4. האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או מקבל/ת טיפול רפואי כלשהו או תרופות כלשהן? ☐ לא ☐ כן

5. האם היית מסוגל/ת לעבוד במשך 12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו? ☐ לא ☐ כן  
אם לא, פרט/י הסיבה, המגבלות ומשך הזמן: \_\_\_\_\_

6. חשיפה לסיכונים

האם היית או הינך חשוף/ה באופן ישיר או עקיף לחומרים הבאים: (אם כן, יש לפרט: מקום, משך הזמן במשך היום, אופן ההגנה בפני חשיפה)

- 1) חומרים כימיים/אזורים ☐ לא ☐ כן
- 2) אסבסט ☐ לא ☐ כן
- 3) חומרים רעילים ☐ לא ☐ כן
- 4) חומרים רדיו אקטיביים ☐ לא ☐ כן

לנשים בלבד (מלאי מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום)

- א. האם הינך בהריון? ☐ לא ☐ כן, בחודש \_\_\_\_\_
- ב. האם סבלת או את סובלת ממחלות המאופיינות כמחלות נשים? ☐ לא ☐ כן,
- ג. האם נבדקת בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים)? ☐ לא ☐ כן, אם כן, מתי? \_\_\_\_\_
- ד. האם נבדקת בבדיקה פפסמיר (בדיקת צואר הרחם)? ☐ לא ☐ כן, אם כן, מתי? \_\_\_\_\_

7. האם הינך עוסק בענף ספורט הנחשב לענף מסוכן במיוחד כגון: סקי מים, גלישת מצוקים, טיפוס הרים, ספורט חורף, צניחה, גלישה או דאייה באוויר, היאבקות, אגרוף, צלילה, ציד ורכיבה על סוסים (להלן: "ספורט אתגרי") מכל סוג שהוא? ☐ לא ☐ כן, אם כן, פרט את ענף הספורט האתגרי בו הינך עוסק: \_\_\_\_\_

8. האם הינך ספורטאי רשום בקבוצת ספורט כלשהי? ☐ לא ☐ כן. אם כן, פרט \_\_\_\_\_

במידה ולמועמד לביטוח נגרמו פגיעה/פגיעות גופניות ו/או מחלות ו/או תאונות מכל סוג שהוא בעבר או בהווה או שהוא סובל מנכות ו/או מום ו/או ליקוי גופני כלשהו יש לענות על שאלון 2 דלקמן.

לתשומת לבכם: במידה ויש יותר ממועמד אחד לביטוח, ששאלון זה חל עליו, על כל מועמד לביטוח לענות על שאלון זה.

שאלון 2 מצב בריאות מיוחד:

- א. פרט מום, או מחלה או ליקויים תורשתיים מולדים שאובחנו בך לפני מועד ההצטרפות לביטוח בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח: \_\_\_\_\_
- ב. האם נקבעו לך אחוזי נכות כללית? ☐ לא ☐ כן, \_\_\_\_\_  
אם כן, בשל אילו ליקויים? \_\_\_\_\_ על ידי איזה גורם? \_\_\_\_\_ שיעור אחוזי הנכות: \_\_\_\_\_
- ג. האם היו לך פגיעות גופניות כתוצאה מתאונות או מחלות? ☐ לא ☐ כן, \_\_\_\_\_
- ד. האם סבלת בעבר מאובדן כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה או מחלה? ☐ לא ☐ כן, \_\_\_\_\_  
אם כן, פרט אחוז אובדן הכושר הזמני: \_\_\_\_\_ משך אובדן הכושר הזמני: \_\_\_\_\_
- ה. האם אושפזת אי פעם במוסד רפואי? ☐ לא ☐ כן, אם כן, פרט מתי, מדוע ולאילו תקופה: \_\_\_\_\_

וויתור על סודיות רפואית (יחתם ע"י כל אחד מהמוצעים לביטוח הרשומים לעיל בנפרד):			
אני החתום מטה מצהיר שהתשובות דלעיל נכונות ואמיתיות ושלא העלמתי דבר בנוגע לביטוח זה. אני נותן בזה רשות לקופת חולים, לבית חולים, ולכל מוסד רפואי אחר ו/או לעובדיהם הרפואיים וכן לכל רופא, למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקש") כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותיי בעבר, בהווה ובעתיד, ומשחרר אתכם 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. ויתור זה יחייב לאחר מותי את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.			
1. חתימה ותאריך	2. חתימה ותאריך	3. חתימה ותאריך	4. חתימה ותאריך

סה"כ הפרמיה למזומן: \_\_\_\_\_  
הנחת מבנים שמורים 24 שעות ביממה. (10% מכל פרקי הפוליסה למעט גיבוי פלוס וחבויות): \_\_\_\_\_  
סה"כ הפרמיה לתשלום במזומן, (כפוף למינימום של 1,200 ש"ח): \_\_\_\_\_

הערות כלליות/תנאים:
1. כל מרפאה הנמצאת במפלס הרחוב, חייבת באמצעי מיגון שיכללו: דלת פלדה בכניסה (מסוג "פלדלת" או דומה) סורגים על שאר כל הפתחים ומע' אזעקה מחוברת למוקד. (אלא אם כן אושר אחרת בכתב, ע"י המבטח).
2. במידה ולא סומנו היחידות המבוקשות לכיסוי מסוים (וממילא לא חושבה הפרמיה בגינו בסך כל הפרמיה לתשלום) יחשב הדבר כהצהרת המבוטח על אי-רצונו לרכוש כיסוי זה.

הצהרת המציע	
אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לבעלות הפוליסה ו/או לביטוח מבקשים בזאת מהמבטח לקבלנו לביטוח. אנו מסכימים, מצהירים בזה ומתחייבים כי:	
1. כל התשובות, כמפורט בהצעה זו, הינן מלאות וכנות.	
2. לא הסתרתי/נו עובדות או פרטים כלשהם בידיעה שהם עניין מהותי, שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או בתנאים שבו, וידוע לנו כי אם נעשה כן כוונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981.	
3. מוסכם בזאת כי הצעה זו תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין איילון חברה לביטוח בע"מ ("המבטח").	
4. הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים.	
5. ידוע לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק אם תאושר הצעה זו על ידי המבטח ובתנאי שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.	
6. הנני מתחייב לשלם את הפרמיה במלואה.	
7. אני/נו מצהיר/ים בזאת, כי המידע המבוקש נמסר מרצוני/נו ובהסכמתי/נו, וידוע לי/נו כי הוא נחוץ למבטח לצורך הוצאת פוליסה, גביית תשלומים בגינה, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. אני/ו מסכים/ים כי המידע שנמסר על ידי, יועבר לגורמים מטעמו של המבטח לשם מתן שירותי ביטוח, וכן לבנק לצורך גביית תשלומים. האמור לעיל יחול גם לגבי מידע שאמסור למבטח בעתיד, בקשר עם שירותי ביטוח.	
8. הרינו מסכימים כי המידע יימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהמבטח ימצא לנכון לצורך הפקת פוליסת ביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה, והקשורים בה.	
תאריך	חתימה וחותמת המציע

הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות (דיוור ישיר) - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבוטח	
<p>1. הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותיי ישמשו את המבטח ו/או תאגידיים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") לצורך יצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון ולצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיווק השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.</p> <p>2. הנני מסכים כי תכנים שיווקיים מהגורמים האמורים יועברו אלי בדרך של דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.</p> <p>3. ידוע לי כי בכל עת אני רשאי לבקש מהמבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: <a href="mailto:mail@ayalon-ins.co.il">mail@ayalon-ins.co.il</a> כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.</p>	
תאריך ושעה	חתימת המועמד לביטוח

**הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיקון מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושידורים), התשס"ח - 2008 - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבוטח**

1. הנני מאשר כי מהידע והנתונים וכל עדכון שלהם שמסרתי ושאמסור, לרבות באמצעות אתר האינטרנט של המבטח, נמסר בהסכמתי וברצוני המלא וכי הנני מסכים, שמידע ונתונים אלה ישמשו את המבטח, ו/או תאגידים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") בכפוף לכל דין, כמאגר מידע לדיוור ישיר וליצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון לצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.
2. אני מסכים כי מידע, כאמור, ישוגר אלי אף באמצעות דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.
3. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה, כאמור, ידוע לי כי הנני רשאי בכל עת להודיע למבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: [mail@ayalon-ins.co.il](mailto:mail@ayalon-ins.co.il) כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

תאריך ושעה	חתימת המועמד לביטוח
------------	---------------------

הערות מקבל העסק (לשימוש החברה בלבד)		חתימת דואר נכנס (לשימוש החברה בלבד)	
תאריך	שם משפחה ופרטי	חתימה	