

הצעה לביטוח חיים ריסק מגן לעתיד

יש לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים ולגברים כאחד. בשימוש בלשון זכר הוא למען פשטות הדברים בלבד, אני החתום מטה המועמד/ים לביטוח פונה/ים בזה להכשרה חברה לביטוח בע"מ להצטרף לתכנית ביטוח חיים כמפורט להלן:

שם סוכן הביטוח:	מס' סוכן הביטוח:	שם המפקח:
-----------------	------------------	-----------

פרטי מועמד/ת לבעלות על הפוליסה	מספר זהות / ח"פ / ח"צ	שם משפחה/שם חברה	שם פרטי	דוא"ל
כתובת: רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון נייד

פרטי מועמד ראשי (הצעיר מבין השניים)	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות			תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
	כתובת: רחוב	מס' בית	דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד	<input type="checkbox"/> גרושה/נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	
	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	מקצוע	עיסוק בפועל				

אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון הנייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח. כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אגא סמן . לדיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט WWW.HCSRA.CO.IL בחירתך לשליחת המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

פרטי מועמד משני	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות			תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
	כתובת: רחוב	מס' בית	דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד	<input type="checkbox"/> גרושה/נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	
	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	מקצוע	עיסוק בפועל				

אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון הנייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח. כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אגא סמן . לדיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט WWW.HCSRA.CO.IL בחירתך לשליחת המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

פרטי הביטוח	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין)	אופן הגבייה <input type="checkbox"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (נא למלא הוראה לחיוב כרטיס אשראי) <input type="checkbox"/> הוראת קבע הקיימת בפוליסה מספר _____ (על הפוליסה להיות פעילה ובעלות המבוטח)
-------------	---------------------------------	--

כיסויים ביטוחיים למועמד לביטוח

ביטוח למקרה מוות - מגן 1	
לגיל: _____ (ברירת מחדל עד גיל 85)	* גיל כניסה מקסימלי 70
סכום ביטוח - מועמד ראשי	סכום ביטוח - מועמד משני
סכום _____ ₪	סכום _____ ₪

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה	חלק יחסי (באחוזים)
מועמד ראשי	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					
	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					
	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					
	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					
מועמד משני	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					
	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					
	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					
	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					

* בהעדר מיני מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין או בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה

*3453



^dt3327

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. 6, המלאכה | מ | הכשרה חברה לביטוח בע"מ

1 מתוך 7

ביטוח מגן לעתיד - הבטחת הכנסת תשלום חודשי במקרה פטירה של המבוטח

גיל כניסה של המבוטח: מינימלי 18 גיל מקסימלי: 65
 באפשרותך לקבוע סכום ביטוח ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמטובים למקרה מוות שקבעת בטופס הצעה
לידיעתך - עבור כל מוטב ו/או תקופת ביטוח שונה תפתח פוליסה נפרדת

פרטי הכיסוי		פרטי מוטבים - מועמד ראשי					
שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה למבוטח	*תקופת ביטוח בשנים	**סכום ביטוח חודשי המבוקש
_____	_____	_____	_____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

*תקופת ביטוח מינימלית: 10 שנים. תקופת ביטוח מקסימלית: עד גיל 80 של המועמד לביטוח.
 **סכום ביטוח חודשי מינימלי: 1,500 ₪. סכום ביטוח חודשי מקסימלי: בהתאם לטבלת החיתום בחברה.

מועמד ראשי		מועמד משני		שאלות כלליות	
שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך לידה		
_____	_____	_____	_____		האם הנך עוסק/ת בפעילות ספורטיבית אתגרית ו/או יש לך תחביב מסוכן (כגון: תעופה ספורטיבית, ספורט מוטורי או ימי, טיפוס, צניחה, צלילה, אומנויות לחימה)?
_____	_____	_____	_____		האם יש לך עיסוק מסוכן (כגון חומרים כימיים/רדיואקטיביים/קרניה) או שיש סיכון מיוחד באורח חיך או עיסוקך?
_____	_____	_____	_____	האם הנך בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?	

תאריך: _____ חתימת המועמד ראשי: * _____ חתימת המועמד משני: * _____

אני החתום מטה, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים אודות אופן תשלום הגביה לרבות התשלום/ים שיבוצעו/ו עבור המבוטח/ים בטופס הצעה זה. ידוע לי כי כל תשלום של החברה לשלם מכוח בקשת הצטרפות זו או בקשר אליה (למעט החדר פרמיה) ישולמו לפקודת המבוטח ו/או מוטב בהתאם למקרה ולא לפקודת המשלם. למען הסר ספק אישור המס יירשם לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

תאריך: _____ שם מלא: _____ מס' ת"ז: _____ זיקה למבוטח: _____ חתימה: * _____

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה מקורית				
מועמד ראשי		מועמד משני		כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חיים להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)
כן	לא	כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח חיים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. במידה וענית כן בסעיף 1 - האם בכוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. במידה וענית כן בסעיף 2 - האם ברצונך כי בקשת הביטול של הפוליסה הקיימת ברשותך תישלח באמצעות: <ul style="list-style-type: none"> א. על ידך ב. סוכן ביטוח ג. באמצעות חברת הביטוח הכשרה - יש לצרף טופס בקשה לביטול (נספח ג') שם חברת הביטוח המבטחת _____

לידיעתך
 הודעת ביטול (נספח ג') בהתאם לסעיף 3ג' לעיל, תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת הביטוח הכשרה בהתאם לטופס הצעה זה.
 4. במידה וענית **לא** בסעיף 2 - אני מצהיר כי הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת בהכשרה על אף שיש בידי פוליסה ו/או כיסוי למקרה מוות המעניק לי פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים.

מועמד לביטוח	שם המועמד	תאריך	חתימה
מועמד ראשי	_____	_____	_____
מועמד משני	_____	_____	_____

הצהרת סוכן
 למיטב הבנתי, עסקה זו כרוכה בהחלפת פוליסת ביטוח שבתוקף כן לא ככל שנמצא בהליך התאמת צרכים כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה באמצעות הסוכן הביטוח (סעיף ב) הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח המקורית בה מתנהלת פוליסת ביטוח הקיימת.

שם הסוכן	תאריך	חותמת וחתימה
_____	_____	_____

*3453

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולין 1877 ת.ד. 6, המלאכה בע"מ | הכשרה חברה לביטוח בע"מ

7 מתוך 2

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהן, מכונים הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדיי או למשרד הביטחון וצה"ל ו/או למשטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ומשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או שירות התעסוקה ו/או לחברות בטוח אחרות על עובדיהן ו/או קרנות הפנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידיי חומר כזה שהועבר ע"י צד ג' כלשהו **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפותי לביטוח המבוקש** למסור להכשרה חברה לבטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.

כתב וויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את מוטביי, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. אני מוותר על סודיות זו כלפי הח"מ ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.

תאריך _____ שם המועמד הראשי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה * _____

תאריך _____ שם המועמד המשני: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה * _____

פרטי העד לחתימה: סוכן ביטוח / עו"ד / רופא

תאריך: _____ שם מלא: _____ מספר ת.ז.: _____ מספר רישיון: _____ חתימה + חותמת: * _____

תהליך הצטרפות:

לחברה שמורה הזכות לבחון את הצהרות הבריאות ולהסתמך על הפרטים בהן לצורך החלטה אם לקבל את ההצעה או לדחותה.

יובהר, כניסתו לתוקף של חוזה הביטוח תחול רק לאחר המצאת אישור בכתב מהחברה על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד, וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך חיתום ו/או בירור תנאים ו/או קבלה לביטוח, הפוליסה לא תופק ולא תיכנס לתוקף עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח וזאת עד להשלמת התהליך עבור כלל המועמדים לביטוח.

בסיומו משבצת זו, אני מביע/ה את רצוני שאם חלק מהמועמדים בטופס ההצעה נדרשים להליך חיתום ובירור בטרם קבלה לביטוח, החברה תפיק את פוליסת הביטוח עבור המועמדים אשר לא נדרש לגביהם המשך הליכי חיתום, וזאת מבלי להמתין להשלמת הליכי החיתום והקבלה לביטוח של יתר המועמדים.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי * _____ חתימת מועמד משני * _____



הצהרת המועמדים לביטוח

- אני המועמד לביטוח, מבקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הכשרה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:
- כל התשובות המפורט בהצעה ו/ או בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שככל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך הואיל וחברת הביטוח נסמכת על תשובותיי. ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
 - הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי שחוזר הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהכשרה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות.
 - קיבלתי פירוט בדבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החריגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית וכן (במקרה של ביטוח בריאות) פירוט של כללי הגילוי נאות שנקבעו על ידי המפקח על הביטוח.
 - קיבלתי פירוט בדבר גובה הפרמיה, אופן חישובה ואת העובדה כי קבלתי לביטוח ו/או בני משפחתי הכלולים בהצעה לביטוח, מותנית בהסכמת הכשרה, אשר תסתמך על הנתונים שדווחו על ידי, וכי תתכן תוספת לפרמיה לפי החיתום שיתבצע על ידי הכשרה. יודגש כי במידה ותהיה תוספת לפרמיה לפי החיתום, יהיה עלי לחתום על תנאי החיתום באופן אישי.
 - הוצע לי האפשרות לקבל את הפרטים המפורטים בסעיפים 2-4 לעיל בכתב וכן את תנאי הפוליסה וכתבי השירות הנלווים, לרבות באמצעות דוא"ל.
 - הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.
 - ההתקשרות עם הכשרה תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחלטות ולתנאים המיוחדים, ככל שהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטח.
 - במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
 - במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.

בקשה לקבלת קוד לאזור האישי באינטרנט:

אני הח"מ מבקש ומסכים לקבל בדואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של הכשרה, אודות תכניות ביטוח ו/ או מוצרים אחרים של הכשרה. ידוע לי כי קוד הפעלה ראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום לאתר האינטרנט והסכמת לתנאי השימוש האמורים בו.

קבלת שירותים מחברות בקבוצת הכשרה ביטוח:

ידוע לי ואני מסכים כי החברה תהיה רשאית לקבל בין בתמורה ובין שלא בתמורה, שירותי ניהול ו/או תפעול, שירותי ניהול השקעות, שירותי שיווק, שירותי גבייה ושירותי מיכון המכשרה חברה לביטוח בע"מ ומכל חברה קשורה/שולטת/בעלת ענין בהכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/ או בחברה מנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח").

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:

אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוג אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חליפי, לרבות כלים דיגיטליים למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח, וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע להיתכנות תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים, המהווים פגיעה בפרטיות, וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים, שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

הסכמה לשימוש במידע אישי לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981

מובהר שלא חלה עליך חובה חוקית למסור להכשרה מידע אישי ומסירתו תלויה ברצונך ובהסכמתך, אולם אי מסירתו עלולה למנוע מהכשרה את היכולת לספק לך שירותים או ליתן מענה לפניותך. ככל שתבחר למסור להכשרה מידע אישי, עליך למסור מידע נכון מלא ומדויק. המידע האישי שתמסור להכשרה, ייאגר במאגרי המידע של הכשרה, שהינה בעלת השליטה במאגרי המידע. מאגרי המידע של הכשרה מנוהלים כדון והכשרה מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי הכשרה, כולל המטרות להן הוא ישמש, למי הוא יועבר או עם מי הוא ישותף (בישראל או מחוץ לישראל), לאילו מטרות וזכויותיך בקשר עם מידע אישי שהכשרה תעבד אודותיך (כולל הזכות לעיון והזכות לבקש תיקון או מחיקה של מידע), הם כמפורט במדיניות הפרטיות של הכשרה המתפרסמת באתר האינטרנט שלה בכתובת: www.hcsra.co.il.

בנוסף לפרטי הקשר של הכשרה שבמסמך זה, פרטי ואמצעי קשר נוספים עם הכשרה מתפרסמים באתר האינטרנט שלה.

הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות קשורות (להלן ביחד: "הקבוצה"), דברי פרסומת בדבר מוצרי ושירותי הקבוצה, באמצעות הודעה אלקטרונית (כגון: דואר אלקטרוני, WhatsApp), הודעת מסר קצר (SMS), מערכת חיוג אוטומטי, או פקסימיליה. ידוע לי כי בכל עת באפשרותי לחזור בי מהסכמה זו באמצעות כל אחד מהאופנים הבאים, בהתאם לבחירתי: מסירת הודעה לחברה בדואר אלקטרוני לכתובת: unsubscribe@hcsra.co.il או בהתאם להנחיות שתהיינה בכל דבר פרסומת שישלח אליי או באמצעות הטפסים המתאימים המצויים בקישור הבא: www.hcsra.co.il/general/marketing-consents

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי × _____ חתימת מועמד משני × _____ חתימת בעל הפוליסה: * _____

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר 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 חתרוננו, באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

1. טלפון *3453

2. אתר אינטרנט של החברה: www.hcsra.co.il

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. ככל שניתן על ידך בעבר הוראה לחברתנו להסרה מהממשק לאיתור מוצרי ביטוח, ראה הודעה זאת כמבוטלת.

משלוח הודעות לחברה

לתשומת ליבך מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקובע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרדי החברה. הערה זאת מתייחסת לפעולות הבאות: בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכת כספים, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה להפקדה חד פעמית, בקשה להגדלת דמי ביטוח, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לביצוע תשלומי משיכה, המרה, היוון עם תום תקופת הביטוח, בקשה לה' פסקת הכיסוי הביטוחי, בקשה לקיצור או הארכה של תקופת הביטוח. וכן כל מסמך נוסף הנחוץ לצורך ביצוע הוראות/ בקשות אלה, הנמסרות לחברה על ידי המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, צריכות להימסר אך ורק במשרדי החברה באחת מן הכתובות המופיעות בתנאי הפוליסה או באתר החברה בכתובת www.hcsra.co.il

הצהרת בעל רישיון

אני מצהיר בזה כי כל השאלות המופיעות לעיל הוצגו למועמד לביטוח, והתשובות הן כפי שנמסרו ע"י המועמד. כמו כן המועמד אישר כי הבין את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל. במסגרת תהליך המכירה בוצע בירור צרכי המועמד לביטוח והוצע לו ביטוח התואם את צרכיו.

תאריך _____ שם המשווק הפנסיוני _____ מס' המשווק הפנסיוני _____ חתימת המשווק הפנסיוני × _____

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

5 מתוך 7

הודעות ביטול - נספח ג'

עבור חברת ביטוח _____
 אני _____ (שם מלא), ת.ז. _____, ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. _____ (שם מלא), ת.ז. _____
2. _____ (שם מלא), ת.ז. _____
3. _____ (שם מלא), ת.ז. _____

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח _____
 הקיימת בחברתכם החל מיום _____.
 אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל _____

_____ x

חתימת המבוטח

תאריך

