



הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

הצעה לביטוח מחלות קשות

אין להצעת הביטוח תוקף עד אשר התקבלה ואושרה על ידי החברה
לתשומת לב ממלא הטופס אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח,
התשמ"א - 1981 ועשוי להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

שם סוכן _____ מס' סוכן _____ תאריך תחילת ביטוח _____/_____/20 01/

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ זכר ☐ נקבה	☐ נשוי/ה ☐ גרוש/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה
עיסוק	טלפון בייד	טלפון בייח	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב		מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב
שם קופת חולים		סניף	תכנית שב"ן אם קיימת		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית		☐ כן ☐ לא			
אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות אמצעים דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון הנייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח. כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן ☐ . לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט WWW.HCSRA.CO.IL בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים). "נציג" - אדם ששמו נרשם בטופס הצעה זה כנציג, ישמש כנציג המבוטחים לצורך קבלת הודעות מהחברה עבור כל המבוטחים, אלא אם נקבע אחרת על פי דין. יובהר כי כל עוד לא התקבלה הודעה מהמבוטחים על שינוי הנציג כאמור, כל הודעה שתשלח לנציג תחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח.					

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ זכר ☐ נקבה	☐ נשוי/ה ☐ גרוש/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה
עיסוק	טלפון בייד	טלפון בייח	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב		מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב
שם קופת חולים		סניף	תכנית שב"ן אם קיימת		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית		☐ כן ☐ לא			
אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות אמצעים דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון הנייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח. כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן ☐ . לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט WWW.HCSRA.CO.IL בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).					

פרטי ילדים המועמדים לביטוח מתחת לגיל 18	פרטי ילדים	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	קופ"ח	תכנית שב"ן
	1	☐ זכר ☐ נקבה					☐ כן ☐ לא
	2	☐ זכר ☐ נקבה					☐ כן ☐ לא
	3	☐ זכר ☐ נקבה					☐ כן ☐ לא
	4	☐ זכר ☐ נקבה					☐ כן ☐ לא

ימולא ע"י הורה/ אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם.

המוטבים הינם היורשים החוקיים, באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס בקשה "עדכון מוטבים בפוליסה"					
מגן למחלות קשות	גיל כניסה: 0-65 סכום ביטוח מירבי למבוגר - 700,000 ש"ח סכום ביטוח מירבי לילד - 600,000 ש"ח				
	מועמד ראשי	מועמד משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3
סכום ביטוח	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____

***3453**

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

8 מתוך 1

שאלון השוואה / ביטול פוליסה מקורית

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח בריאות להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)											
מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח בריאות?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. במידה וענית כן בסעיף 1 - האם בכוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. במידה וענית כן בסעיף 2 - האם ברצונך כי בקשת הביטול של הפוליסה הקיימת ברשותך תישלח באמצעות:											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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 בריאות 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

- 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, סייגיה ואת ההצטרפות לעיל. במסגרת תהליך המכירה בוצע בירור צרכי המועמד לביטוח והוצע לו ביטוח התואם את צרכיו. וכן הוצגו פרטי הביטוח המוצע על פי כללי הפרסום וההמחשה שפורסמו על ידי המפקח על הביטוח.
- במידה והתשובות לסעיפים (1) ו-(2) חיוביות, וייקבעו החרגות לכיסויים המבוקשים בפוליסה זו, יהיה על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות שנקבעו, לכל מועמד לביטוח, בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה המקורית ולמסור עותק מתוצאות ההליך למועמד לביטוח.
- 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.

תאריך _____ שם הסוכן _____ מס' סוכן _____ חתימת הסוכן _____

הצהרת מועמד לביטוח מגן למחלות קשות בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה:

חובה למלא במידה וקיימת למועמד/ים פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה - בחר אחת מהאפשרויות מטה:

☐ הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:

- הצירוף לביטוח בהכשרה הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי.
- במועד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי בעת צירופי לביטוח יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *

☐ הריני מאשר כי בכוונתי לבטל פוליסה קיימת, וזאת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. כמו כן, ידוע לי כי ביטול הפוליסה הקיימת על ידי הינו באחריות, וכי אין בחתימתי על טופס זה בכדי להוות הודעת ביטול ו/או בכדי לאשר כניסתו לתוקף של ביטול הפוליסה הקיימת **

* אין באמור משום אישור על קיומה של פוליסה בחברתנו. ** יש להעביר בקשת ביטול במקביל להצעה.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי _____ חתימת מועמד משני _____ חתימת אפוסטרופוס (ילדים) _____

***3453**

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

2 מתוך 8

הצהרת בריאות - מחלות קשות

למועמדים מעל גיל 65 יש להמציא מכתב מפורט מרופא מטפל המתייחס לכל בעיות הבריאות כולל אבחנות, ניתוחים, אשפוזים בחמש השנים האחרונות, טיפול (תרופתי ואחר), תוצאות בדיקות דימות שבוצעו בחמש השנים האחרונות ומצב כיום.

מועמד	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	גובה (מגיל 14)	משקל (מגיל 14)
ראשי					
משני					
ילד 1					
ילד 2					
ילד 3					
ילד 4					

הרגלי עישון (מגיל 16)	שם הילד:
☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.
☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.

מועמד												
א. שאלות כלליות:												
אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/וא, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.												
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	1. האם בעשר השנים האחרונות: ☐ אושפזת (1) ☐ נותחת (28) ☐ יעצו לך לעבור ניתוח (28)
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב- 5 השנים האחרונות לגילוי / אבחון של: ☐ סרטן (יש לפרט סוג סרטן) (26) ☐ בעיות לב ☐ בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT) ☐ מחלות ניווניות/ כרוניות ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ כליות ☐ פוליו ☐ ציסטות פרקינסון ☐ מיפיו עצמות ☐ בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי ☐ בדיקה לגלוי איידס
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	3. האם בחמש השנים האחרונות: ☐ הנך בטיפול רפואי או תרופתי ☐ הנך במעקב רפואי ☐ הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי ☐ בדרשת למעקב רפואי
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	4. האם בחמש השנים האחרונות סבלת מ: ☐ סכרת (6) ☐ יתר לחץ הדם (8) ☐ יתר שומנים בדם (7). אם כן, נא צרף שאלון מתאים
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: ☐ בירידה בקוגניציה ☐ בירידה בזיכרון
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	6. האם נקבעו לך אחוזי נכות ממחלה/תאונה/מום או הגשת בקשה לקביעתם? (3) ☐ האם נפצעת/סבלת משבר ב-5 השנים האחרונות? (3)
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	7. האם אובחנת כלוקה ב: ☐ מחלת נפש ☐ הפרעה נפשית ☐ חרדה ☐ דיכאון ☐ הפרעות אכילה אם כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	8. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐ סמים (4) ☐ אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	ב. האם הנך סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	1. ☐ בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח ☐ ארוע מוחי ☐ שיתוק ☐ הפרעות תחושה/תנועה ☐ אפילפסיה (9) ☐ שיתוק מוחין ☐ פרקינסון ☐ טרשת נפוצה ☐ הפרעות קשב וריכוז (10) ☐ אוטיזם ☐ פיגור (יופנה להורה או אפוטרופוס של קטין/פסול דין)
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	2. ☐ בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה ☐ אסטמה ☐ ברונכיטיס ☐ אמפיזמה ☐ מחלת ריאות חסימתית ☐ שחפת ☐ כלל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)

*3453



dt2498

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. | המלאכה 6, ת.ד.

3 מתוך 8

המשך הצהרת בריאות - מחלות קשות

מועמד		ראשי		משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
3. בעיות ומחלות לב וכלי הדם ☐ התקף לב ☐ קרדיומיופתי ☐ טרומבוזת ☐ מחלת לב איסכמית ☐ אי ספיקת לב ☐ הפרעות קצב הלב ☐ בעיות מסתמי הלב ☐ מומי לב ☐ דלקת כלי הדם/וסקולטיס													
4. ☐ בעיות דם וקרישה ☐ אנמיה (12)													
5. ☐ בעיות ומחלות כבד ☐ הפטיטיס/צהבת ☐ שחמת הכבד ☐ כבד שומני ☐ הפרעה בתפקודי הכבד													
6. ☐ בעיות מעיים ודרכי העכול ☐ קרוהן ☐ קוליטיס ☐ אולקוס/כיב קיבה ☐ מעי רגז ☐ פיסורה ☐ טחורים ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15)													
7. ☐ בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן ☐ אי ספיקת כליות ☐ כליות פוליציסטיות ☐ דם או חלבון בשתן ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (16)													
8. ☐ בעיות ומחלות בלוטות ☐ ערמונית/פרוסטטה (20) ☐ בלוטת המגן/התריס (21) ☐ יותרת המוח ☐ יותרת הכליה ☐ בלוטת הרוק ☐ הלבלב													
9. ☐ בעיות ומחלות מין ועור ☐ אלרגיות ☐ פסוריאזיס (25) ☐ שומות במעקב (26)													
10. ☐ מחלת איידס ☐ נשאות איידס													
11. ☐ מחלות ובעיות פרקים ועצמות ☐ דלקת פרקים ☐ בעיות בגב, צוואר, עמוד השדרה (24) ☐ פיברומיאלגיה (17) ☐ גאוס (18) ☐ פוליו ☐ בריחת סידן ☐ אנקילוזינג ספונדיליטיס													
12. ☐ סרטן ☐ מחלות ממאירות ☐ גידולים (ממאירים או שפירים) ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (26)													
13. ☐ מחלות אוטואימוניות ☐ מחלות ניווניות ☐ מחלות כרוניות ☐ הנטינגטון ☐ פוליו ☐ לופוס/זאבת ☐ ניוון שרירים ☐ סרקואידוזיס ☐ F.M.F ☐ אנדוקרינולוגיות (19)													
14. ☐ בעיות ומחלות עיניים וראיה ☐ גלאוקומה ☐ רטיניטיס פיגמנטוזה ☐ קוצר ראייה (מעל 8) ☐ קטרקטוס ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)													
15. ☐ בעיות אזניים ושמייעה ☐ דום נשימה ☐ סחרחורות ☐ הפרעות בשיווי משקל ☐ מיגרנה/כאבי ראש ☐ בעיות אף וגרון ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (23)													
16. האם בחמש שנים אחרונות סבלת או שיש לך סימנים ל: ☐ בקע/הרניה כולל מפשעת, בטני, טבורי, סרעפתי													
17. לנשים מגיל 18 בלבד: ☐ בעיות ומחלות גניקולוגיות ☐ אנדומטריוזיס ☐ דימומים ☐ מחלות שדיים ☐ בעיות פרויון ☐ הפלות חוזרות ☐ ניתוח קיסרי ☐ הגדלת חזה ☐ האם כעת את בהיריון?													
18. ילדים עד גיל 18 בלבד: ☐ הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ על מעקב/טיפול רפואי ☐ הפרעה/עיכוב בגדילה ☐ נולד/ה פג (ילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים) ☐ הפרעה או בעיה רגשית? ☐ חר/שפה שסועה - האם נותח/ה? ☐ "כן" - מתי? ☐ לא ☐ "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ כן ☐ לא ☐ אשר תמיר - האם נותח/ה? ☐ "כן" - מתי? ☐ לא ☐ "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ כן ☐ לא													
19. תולדות משפחה: ☐ האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) ☐ לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: ☐ סרטן השד ☐ סרטן שחלות ☐ סרטן מעי ☐ סרטן ערמונית (פרוסטטה) ☐ מחלות ניוון שרירים/נירון מוטורי ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופתי ☐ כליות פוליציסטיות ☐ אלצהיימר ☐ פרקינסון ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)													

ד. הערות:

פירוט ממצאים חיוביים:

שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, סוג טיפול (תרופה/ניתוח וכדומה)

אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימת ידי שתשובותיי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובותיי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו.

תאריך: _____ שם מועמד ראשי: _____ מספר ת.ז: _____ חתימה: _____
 תאריך: _____ שם מועמד משני: _____ מספר ת.ז: _____ חתימה: _____

***3453**



dt2498

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

4 מתוך 8

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.

בסימון 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 המשיך הליכי חיתום, וזאת מבלי להמתין להשלמת הליכי החיתום והקבלה לביטוח של יתר המועמדים.

תאריך: _____ שם מועמד ראשי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____
 תאריך: _____ שם מועמד משני: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכונייהם הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדיהם 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 בידי 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 קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבונ, את יורשי, את מוטבי, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדיי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת 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 מועמד ראשי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____
 תאריך: _____ שם מועמד משני: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____

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

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

הצהרת משלם שאינו המבוטח

אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים אודות אופן תשלום הפרמיה והגביה ועל כך שהתשלום יבוצע עבור המבוטח וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

תאריך: _____ שם המשלם: _____ מספר ת.ז.: _____ זיקה למבוטח: _____ חתימה: _____

הצהרות המועמד 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 המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שכלל 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 שחווה 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, חריגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית וכן (במקרה של ביטוח בריאות) פירוט של כללי הגילוי נאות שנבקעו על ידי המפקח על הביטוח.
- הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותי הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
- 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 הקבוצה 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 ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחלטות ולתנאים המיוחדים, ככל שהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
- 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.
- שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסות ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
- הוסבר לי שאני יכול לרכוש תכנית ביטוח בהרכבים שונים וזאת ללא תלות בין הכיסויים הביטוחיים, בהתאם למצבים הנמכרים בחברה. ככל ששיעור של תוכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תוכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבטלו גם התוכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.

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 מהכשרה 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 אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוג אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חליפי, לרבות כלים דיגיטליים למרות שאני 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 תתא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים, שהחברה תתא אחראית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתמסור ישמר במאגרי המידע של הקבוצה ומוגן בהתאם לחוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981. תשומת ליבך, לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע, אך היה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/לספק בפנייתך. המידע המבוקש נדרש לנו, בין היתר, לצורך מתן הצעה לביטוח ו/או התקשרות בעסקת ביטוח ו/או מתן שירות לפוליסה קיימת ו/או טיפול בתביעות ו/או תיווך בביטוח ושיווק פנסיוני, המידע משמש את הכשרה גם לצורך עיבוד נתונים על לקוחות החברה. המידע ימסר לגורמים התומכים בפעילות הביטוחית של החברה וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים, בין היתר, גם בקשר למטרות אלו. לפירוש בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא ימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hcsra.co.il במדיניות הפרטיות של החברה, תמצא גם מענה באשר לאופן מימוש זכותך לעיין במידע השמור אודותיך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדיון. ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות לממונה על הגנת הפרטיות או לממונה על פניות הציבור.

הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות קשורות (להלן ביחד: "הקבוצה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת בדבר מוצרי ושירותי הקבוצה, באמצעות דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטית, הודעת מסר קצר (SMS) ורשתות חברתיות ובכל דרך אחרת. אני מסכים שהמידע אודותיי ישמר במאגרי הקבוצה ובכלל זה, עיבודו, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל, וכן פעולות אחרות הנלוות לשימושים האמורים ו/או הנדרשות לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של הקבוצה. ידוע לי כי בכל עת באפשרותי לחזור בי מהסכמה זו ע"י מסירת הודעה לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו: www.hcsra.co.il.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי × _____ חתימת מועמד משני × _____

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון ("להלן: "הרשות") קיים אתר אינטרנט מאובטח ("הר הביטוח") המאפשר לך לראות 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, ככל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו, ראה הודעה זו כמבטלת.

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

בנוסף הרשות מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. גורם המשלם בטופס הצטרפות יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, באפשרותך לשנות את הבגיר ו/או להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי על מנת לקבל מידע אודות מוצרי הביטוח של הקטין, במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, עליך ליצור קשר עם חברתנו לצורך עדכון כאמור.

לידיעתך, רק בגיר שיוגדר כבגיר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של קטין בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל. לצורך עדכון ניתן לפנות לחברתנו באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

- טלפון *3453
- באתר האינטרנט www.hcsra.co.il

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 להפסקת 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

***3453**

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

6 מתוך 8

הוראה לחיוב חשבון / הוראה לחיוב כרטיס אשראי

- מבוסס נכבד!
- בחודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשוך הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הני"ל בחשבונך יהווה אישור על תשלום הפרמיה ללא צורך בהוכחה נוספת.
- האפשרות לשלם פרמיות לפי תכנית זו כפופה בכל מקרה להסכמת החברה ולהסכמת הבנק לפעול על פי הסדר זה.
- ההשתתפות בהסדר זה היא בשיטה הדומה להצגת הקים - והיא ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת הצגתה.
- החברה מתחייבת בזה שלא למשוך כספים מעבר לסכומים המגיעים לה בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל הפוליסה / המשלם הפעלת הסדר זה.
- הסדר זה אפשרי גם על תשלומים בגין החזר הלוואות
- מספר פוליסה/ות: _____

הוראה לחיוב כרטיס אשראי

☐ ויזה- לאומי קארד ☐ ויזה כ.א.ל ☐ ישראל קארד ☐ דייןרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר _____

שם בעל הכרטיס	מספר תעודת זהות	כתובת

[illegible]

מאשר בזאת כי ברצוני לשלם את החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי, הנני מסכים, כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף עד ל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד תשלום האמור לעיל סיומה האחר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בחיוב קבוע לחיוב כרטיס שינועם במקום. בטופס זה וישנם מספר אחר. ידוע לי, כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה בהסדר חברת האשראי לחיוב שינועם כרטיס בחיוב קבוע לחיוב כרטיס. תחלת התשלום נקבעה בטופס זה.

נא לסמן מועד גביה רצוי: ☐ 3 ☐ 10 ☐ 25 תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס

הוראה לחיוב חשבון

מספר חשבון										סוג חשבון			קוד מסלקה	
													סניף בנק	
קוד מוסד										אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה				
409														
שם המוסד: הכשרה חברה לביטוח בע"מ														

לכבוד:

בוק:

סביר:

כתובת סניף: _____

☐ הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:

☐ תקרת סכום לחיוב: _____ ₪.

☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום ____/____/____

נא לסמן מועד גביה רצוי: 5 ☐ 10 ☐ 25 ☐

אם יישלחו ע"י המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/והח"מ _____ מס' זהות / ח.פ. _____ כתובת: _____

1. כמו כן יחולו ההוראות הראות:

2. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.

3. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.

4. נהיה רשאים לבטל לחיוב מסויסו בלבד, שהודעה לכרתי מסרעלידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה

5. נבוקו כושלצום לדבוקו מדינה בודדוה בכתב לרבויל שוב אם המוכר אינו מוצאם אם מיועד פשוט המופם ושנהבכו ברכושאם, או אם המכומים ושנהבכו ברכושאם, אם נהבכו בערך יום מתן הודעת הביטול.

6. הרבה אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שרצינו לרין המוסר.

7. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.

8. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

9. רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

11. נדע אגב, ל- "בראשית פרק ל' לוינוס ב"ח"ל" רפסס פמפער לזכר ברלס פראנצ, אלס פמפער/מאנז פארס פמפער/מאנז, אבער פמפער לעס ז"ל "בראשית פרק ל' לוינוס ב"ח"ל" אל פו

11. נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחבר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (העקרונות להריע/חח) חנאי פוליחה/ות רפי ושיהי' על פי השינויים ושורבוח רפוליסוח מעת לעת.

תאריך: _____ חתימת בעל החשבון _____

קוד מסלוק		סוג חשבון		מספר חשבון									
בנק	סניף												
קוד מוסד				קוד מס' מזהה של הלקוח בחברה									
409													

לכבוד:

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

האגף לביטוח חיים

רח' המלאכה 6

חולון 581180

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מיד פנים בפנים ואשר מ"ס מספר חשבונם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה, רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בתהליכי/ביטוחים בכתב על ידי בעל/י החשבון, שחנכו ידכים.

תאריך: _____ סניף: _____ חתימה וחותמת הסניף: _____



***3453**

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801

7 מתוך 8

נספח ג'

הודעת ביטול

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 מס' _____

הקיימת בחברתכם החל מיום _____

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל: _____

_____ x

חתימת המבוטח

תאריך



^dt2497

***3453**
www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון ת.ד. 1877 המלאכה 6, ת.ד.

8 מתוך 8