



הצעה לביטוח מגן למשכנתא

ביטוח לבעלי משכנתאות - הצעה לביטוח חיים

ביטוח חיים

יש לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים ולגברים כאחד. השימוש 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 הסוכן:	מס' הסוכן:	שם המפקח:
-----------	------------	-----------

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	מין ☐ זכר ☐ נקבה	מצב משפחתי ☐ גרוש/ה ☐ נשוי/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה	כתובת: רחוב		פרטי מועמד ראשי				
						מס' בית			מס' דירה	ת.ד.	ישב	מיקוד
						טלפון נייד			טלפון נייד		עיסוק בפועל	
						דוא"ל						
						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 המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).						
האם מדובר על רכישת דירה יחידה כהגדרתה בסעיף 9(ג) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, וחלות עליך הוראות סעיף 9 (ג) (2) לחוק האמור? ☐ לא ☐ כן						האם מדובר על רכישת קרקע לבנייה עצמית או בנייה עצמית, ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על המבנה שייבנה בבנייה העצמית? ☐ לא ☐ כן						

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	מין ☐ זכר ☐ נקבה	מצב משפחתי ☐ גרוש/ה ☐ נשוי/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה	כתובת: רחוב		פרטי מועמד משני				
						מס' בית			מס' דירה	ת.ד.	ישב	מיקוד
						טלפון נייד			טלפון נייד		עיסוק בפועל	
						דוא"ל						
						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 המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).						
האם מדובר על רכישת דירה יחידה כהגדרתה בסעיף 9(ג) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, וחלות עליך הוראות סעיף 9 (ג) (2) לחוק האמור? ☐ לא ☐ כן						האם מדובר על רכישת קרקע לבנייה עצמית או בנייה עצמית, ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על המבנה שייבנה בבנייה העצמית? ☐ לא ☐ כן						

פרטי הביטוח	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין) 01 / ____ / ____	אופן הגביה ☐ הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) ☐ כרטיס אשראי (נא למלא הוראה לחיוב כרטיס אשראי) ☐ הוראת קבע הקיימת בפוליסה מספר _____ (על הפוליסה להיות פעילה ובעלות המבוטח) משלם שאינו מבוטח, יש למלא טופס "הצהרת גורם משלם שאינו המבוטח/ת ו/או בעל/ת הפוליסה"
		* גיל כניסה מקסימלי 70

פרטי הבנק המלווה	שם הבנק המלווה:	מספר סניף:	כתובת: רחוב	מספר	יישוב	מיקוד

פרטי ההלוואה	פרטי ההלוואה מקורית:	1	2	3	4
	יתרת סכום הלוואה				
	יתרת הלוואה בשנים				
	תאריך סיום הלוואה				
	* אחוזי ריבית קבועה				
* סכומי הביטוח מחושבים לפי לוח שפיצר בלבד (ריבית קבועה)					
לידיעתך, תיתכן האפשרות כי במהלך תקופת ביטוח החיים ייווצר פער בין סכום הביטוח הנקוב בפוליסה לבין יתרת ההלוואה הקיימת בבנק המלווה. עם זאת, במקרה ויתקיים פער כאמור, רשאי/ים, בעל הפוליסה או המבוטח, לפנות לחברה באמצעות סוכן הביטוח או למוקד שירות הלקוחות *3453, ולבקש להקטין את סכום ביטוח החיים בהתאם לגובה ההלוואה המעודכנת בבנק המלווה והכל בכפוף לאישור הבנק המלווה לתנאי הפוליסה וההסדר התחיקתי.					
תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: ✕ _____ חתימת מועמד משני: ✕ _____					

*3453



^dt3015

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

עמוד 1 מתוך 7

מועמד	שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה	חלק יחסי (%)
ראשי					☐ זכר ☐ נקבה		
					☐ זכר ☐ נקבה		
משני					☐ זכר ☐ נקבה		
					☐ זכר ☐ נקבה		

שאלות כלליות	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)?	☐ לא כן, ☐ צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	מועמד ראשי	מועמד משני	
	האם יש לך עיסוק מסוכן (כגון חומרים כימיים/רדיואקטיביים/קרניה) או שיש סיכון מיוחד באורח חיך או עיסוקך?	☐ לא כן, ☐ צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	☐ לא כן, ☐ צרף שאלון תחביבים ועיסוקים		
	האם הנך בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?	☐ לא כן, ☐ צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	☐ לא כן, ☐ צרף שאלון תחביבים ועיסוקים		
	תאריך: _____ חתימת המועמד ראשי: * _____ חתימת המועמד משני: *				

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה בתוקף				מועמד ראשי		מועמד משני	
		כן	לא	כן	לא	כן	לא
כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח משכנתא להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)							
1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח משכנתא?							
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 לביטוח (נספח ג') שם חברת הביטוח המבטחת: _____							
לידיעתך: הודעת ביטול (נספח ג') בהתאם לסעיף ג' 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 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:		חתימת הסוכן: X			

הצהרת בריאות - משכנתא

למועמדים מגיל 65, יש לצרף מסמך רפואי מרופא מטפל אשר יכלול, ניתוחים, תרופות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקה דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

מועמד ראשי	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת
מועמד משני	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת
מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / ☐ סיגרים/נרגילה / ☐ מקטרת / ☐ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.						

מועמד ראשי				מועמד משני				מועמד	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיובית/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: מחלות הסרטן (יש לפרט סוג סרטן) _____, בעיות ומחלות לב _____, סוכרת _____, מחלות ניווניות/כרוניות _____, בעיות ומחלות נפשיות _____, טרשת נפוצה _____, הנטינגטון _____, כליות פוליציסטיות _____, פרקינסון _____, ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. האם בעשר השנים האחרונות: ☐ אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון (1) ☐ האם נותחת (28) ☐ האם יעצו לך לעבור ניתוח? (28)									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות בחמש השנים האחרונות: ☐ לגילוי סרטן ☐ לאבחון בעיות לב ☐ בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) ☐ מיפוי עצמות ☐ בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי ☐ בדיקה לגילוי איידס									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. האם בחמש השנים האחרונות: ☐ הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? ☐ הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. נכות, אחוזי נכות וזמן מולד: ☐ האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד? (3)									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. האם השתמשו או שהנך משתמש ב: ☐ סמים (4) ☐ אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ב. האם יש לך /או אובחנת /או הנך מטופל/ת /או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון /או מסמכים רפואיים.									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1. ☐ סוכרת (6) ☐ יתר שומנים בדם (7) ☐ יתר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8)									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. ☐ מערכת העצבים והמוח ☐ אירוע מוחי ☐ שיתוק ☐ הפרעות תחושה/תנועה ☐ סחרחורות ☐ אפילפסיה (9) ☐ שיתוק מוחין ☐ פרקינסון ☐ טרשת נפוצה ☐ אוטיזם ☐ פיגור יופנה להורה או אפוסרפוס של פסול דין									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ☐ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: ☐ ירידה בקוגניציה ☐ ירידה בזיכרון?									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ☐ ריאות ☐ דרכי הנשימה ☐ אסטמה ☐ ברוניטיס ☐ אמפיזמה ☐ מחלת ריאות חסימתית ☐ שחפת ☐ דום נשימה בשינה (11)									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ☐ בעיות ומחלות לב ☐ בעיות ומחלות כלי הדם ☐ התקף לב ☐ קרדיומיופטיה ☐ טרומבוז ☐ מחלת לב איסכמית ☐ אי ספיקת לב ☐ הפרעות קצב הלב ☐ בעיות מסתמי הלב ☐ מומי לב ☐ דלקת כלי הדם/וסקוליטיס ☐ אנמיה (12) ☐ בעיות קרישה									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ☐ מחלת נפש ☐ הפרעה נפשית ☐ חרדה ☐ דיכאון (13)									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ☐ בעיות ומחלות כבד ☐ הפטיטיס/צהבת ☐ שחמת הכבד ☐ כבד שומני ☐ הפרעה בתפקודי הכבד									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ☐ בעיות מעיים ☐ ודרכי העיכול ☐ קרוהן ☐ קוליטיס ☐ אולקוס/כיב קיבה									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ☐ בעיות ומחלות כליות ☐ ודרכי השתן ☐ אי ספיקת כליות ☐ כליות פוליציסטיות ☐ דם או חלבון בשתן (16)									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ☐ מחלת איידס ☐ נשאות איידס									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. ☐ בעיות ראוטולוגיות ☐ מחלת ובעיות מפרקים ועצמות ☐ דלקת פרקים ☐ פיברומיאלגיה (17) ☐ גאוט (18) ☐ פוליו ☐ אנקילוזינג ספונדיליטיס F.M.F. (19)									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ☐ סרטן ☐ מחלות ממאירות ☐ גידולים (ממאירים או שפירים) ☐ חשד לגידול/שומות במעקב (26)									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. ☐ מחלות אוטואימוניות ☐ מחלות ניווניות ☐ מחלות כרוניות ☐ לופוס/זאבת ☐ ניוון שרירים ☐ סרקואידוזיס ☐ הנטינגטון									
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ☐ הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות ☐ בעיות ומחלות בלוטות ☐ ערמונית/פרוסטטה (20) ☐ בלוטת המגן/התריס (21) ☐ יתרת המוח ☐ יתרת הכליה ☐ בלוטת הרוק ☐ הלבלב									



~dt3020

*3453

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

עמוד 3 מתוך 7

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 שתשובותי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובותי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו.		
תאריך	שם המועמד הראשי:	מספר ת.ז.: חתימה *
תאריך	שם המועמד משני:	מספר ת.ז.: חתימה *

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 המשך הליכי חיתום, וזאת מבלי להמתין להשלמת הליכי החיתום והקבלה לביטוח של יתר המועמדים.		
תאריך	שם המועמד הראשי:	מספר ת.ז.: חתימה *
תאריך	שם המועמד 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, מכוניהם הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדיו 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 בידיו 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 עזובני, 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 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 הגביה לרבות התשלום/ים שיבוצעו/ עבור המבוטח/ים בטופס הצעה זה. ידוע לי כי כל תשלום של החברה לשלם מכוח בקשת הצטרפות זו או בקשר אליה (למעט החזר פרמיה) ישולמו לפקודת המבוטח ו/או מוטב בהתאם למקרה ולא לפקודת המשלם. למען הסר ספק אישור המש"ר לשם לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.		
תאריך:	שם מלא:	מס' 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 זו / 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 שחוזת 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.
- הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותו הלקון, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף.
- 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.
- 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 יכנס 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.

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 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 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 יהיה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/לטפל 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 יימסר לגורמים התומכים בפעילות הביטוחית של החברה וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים, בין היתר, גם בקשר למטרות אלו.

לפירוט בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, 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 לדין.

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 מטרות שיווקים

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 אודותי 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 × _____

ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון 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 חברתנו, באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

- טלפון *3453
 - באתר האינטרנט www.hcsra.co.il
- לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. ככל שניתנה 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 למשרד החברה. הערה זאת מתייחסת לפעולות הבאות: בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, 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

הצהרת הסוכן

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. וכן הוצגו פרטי הביטוח המוצע על פי כללי הפרסום וההמחשה שפורסמו על ידי המפקח על הביטוח.

תאריך _____ שם הסוכן _____ מס' הסוכן _____ חתימת הסוכן × _____

***3453**

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

עמוד 5 מתוך 7

הוראה לחיוב חשבון / הוראה לחיוב כרטיס אשראי

- מבוסס נכבד!
- בחדש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשוך הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הנ"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 ☐ ישראלכארד ☐ דיינרס ☐ 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 כרזאל לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי, הנני מסכים, כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף עד לכיוון כרטיסי שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור עליו מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי החברה הביטוח.

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 סג'ר:

☐ הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות.
או הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות
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: _____ רחוב _____ מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____

1. כמו כן, יחולו ההוראות הראיות:

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 ראויים לבטל לחיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי נובכת לבנק, לא יאוחר מ-3 ימים עסקיים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה

5. נביא בושאם לדכויש מהבנה בבודעה רבתה לרבי' סייב אים פשויר אונז מוצא אים מוצע פשויע פסוקים שוהרבע רבבושא, און אים פסוקים שוהרבע רבבושא, אים נהרעו בערך יום מתן הודעת הביטול.

הרוב אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שרצינו לריו המשובר.

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 החלטת תוך ציון הסיבה.

11. ג'ד אצוּר ל- "הכּוּשֵׁב סָבֵב לְכוֹנִיּוֹת בֵּית"ח" בַּסֵּפֶר הַסְּמוּךְ לַזֶּה בְּהַלֵּךְ הַכוֹנִיּוֹת אֵלֶּי מִמֶּנּוּ/מִכֵּן הַסֵּבִיב וּמִשָּׁדוּ וּבֵּינָם מֵעַתָּה וְעַד "הַכּוּשֵׁב סָבֵב לְכוֹנִיּוֹת בֵּית"ח" עַל פִּי

11. נא אשר ל- "הכשרה חברה כביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה כביטוח בע"מ", על פי (העברונות להריעסחם): חוצי פוליסה/וח רפי ושיהיו על פי השינויים ושינוי רפוליסות מעת לעת.

(העקרון הזה נקבע גם על ידי חוקרים שונים שביצעו ניסויים דומים).

תאריך: _____

חתימת בעל החשבון _____

קוד מסלקה			סוג חשבון			מספר חשבון									
בנק		סניף													
קוד מוסד / 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 שזוּפּוּעוּ באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מִיָּד פֶּעַם בפעם ואשר מִס' מספר חשבוכם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה, רשמנו לפנינו את ההוראות ונעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחראת בליצועו, 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 בהתאביותוֹתִים כלפינו, לפי כתב השיפוע, שנתת לנו בִּיָּדִי.

תאריך: _____ בנק: _____ סניף: _____ חתימה וחותמת הסניף: _____ 



^dt3200

***3453**

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

עמוד 6 מתוך 7

נספח ג'

הודעת ביטול

עבור חברת ביטוח _____

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

1. _____ (שם ומספר ת.ז.)

2. _____ (שם ומספר ת.ז.)

3. _____ (שם ומספר ת.ז.)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח מס' _____

הקיימת בחברתכם החל מיום _____

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל: _____

_____ x

חתימת המבוטח

תאריך