

## הצעה לביטוח מחלות קשות וביטוח חיים

### הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

אין להצעת הביטוח תוקף עד אשר התקבלה ואושרה על ידי החברה לתשומת לב ממלא הטופס. אי דיוק פרטים מדויק. אי דיוק פרטים 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/ \_\_\_\_\_

<b>שם משפחה</b>	<b>שם פרטי</b>	<b>מספר זהות</b>	<b>תאריך לידה</b>	<b>מין</b>	<b>מצב משפחתי</b>
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה/נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
<b>עיסוק</b>	<b>טלפון ביד</b>	<b>טלפון נייד</b>	<b>דואר אלקטרוני</b>		
<b>כתובת: רחוב</b>		<b>מס' בית</b>	<b>מס' דירה</b>	<b>ת.ד.</b>	<b>ישוב</b>
					<b>מיקוד</b>
<b>שם קופת חולים</b>		<b>סניף</b>			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית					
<p>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.</p> <p>כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל, אלא אם כן <input type="checkbox"/>.</p> <p>לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט <a href="http://WWW.HCSRA.CO.IL">WWW.HCSRA.CO.IL</a> בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).</p> <p>"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. ויובהר כי כל עוד לא התקבלה הודעה מהמבוטחים על שינוי הנציג כאמור, כל הודעה שתשלח לנציג תחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח.</p>					

<b>שם משפחה</b>	<b>שם פרטי</b>	<b>מספר זהות</b>	<b>תאריך לידה</b>	<b>מין</b>	<b>מצב משפחתי</b>
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה/נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
<b>עיסוק</b>	<b>טלפון ביד</b>	<b>טלפון נייד</b>	<b>דואר אלקטרוני</b>		
<b>כתובת: רחוב</b>		<b>מס' בית</b>	<b>מס' דירה</b>	<b>ת.ד.</b>	<b>ישוב</b>
					<b>מיקוד</b>
<b>שם קופת חולים</b>		<b>סניף</b>			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית					
<p>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.</p> <p>כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל, אלא אם כן <input type="checkbox"/>.</p> <p>לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט <a href="http://WWW.HCSRA.CO.IL">WWW.HCSRA.CO.IL</a> בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).</p>					

פרטי ילדים							פרטי ילדים המועמדים לביטוח מתחת לגיל 18
פרטי ילדים	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	קופ"ח	תכנית שב"ן	
1	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
2	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
4	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

ימולא ע"י הורה/ אפוסטרופוס המוסמך לחתום עבורם.

<b>מגן למחלות קשות</b>				<b>סכום ביטוח מינימלי 100,000 ש"ח</b> <b>מקסימלי 700,000 ש"ח</b> <b>גיל כניסה 20-65</b>		<b>סכום ביטוח מינימלי 50,000 ש"ח</b> <b>מקסימלי 600,000</b>	
<b>מועמד ראשי</b>		<b>מועמד משני</b>		<b>ילד 1</b>	<b>ילד 2</b>	<b>ילד 3</b>	<b>ילד 4</b>
ש"ח _____		ש"ח _____		ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____	ש"ח _____

**ביטוח למקרה מוות "מגן 1"** \_\_\_\_\_ (ברירת מחדל גיל 85)  
 לגיל תום תקופת ביטוח: \_\_\_\_\_

100,000 ש"ח מועמד ראשי  100,000 ש"ח מועמד משני

לצורך קבלת הטבה לביטוח למקרה מוות, חובה לסמן ✓ ביקורת עם מילוי מלא, אחרת לא תינתן ההטבה

**\*3453**



dt2604

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

1 מתוך 8

## שאלון השוואה / ביטול פוליסה מקורית

ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד משני		מועמד ראשי		נחלק מרכישתך פוליסת ביטוח מחלות קשות או ריסק למקרה מוות להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
<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"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם קיימת ברשותך כבר ביטוח מחלות קשות?
--	--	--	--	--	--	--	--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם קיימת ברשותך כבר ביטוח למקרה מוות?
<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"/>	<input type="checkbox"/>	3. במידה וענית <b>כן</b> בסעיף 1 ו/או 2 - 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. במידה וענית <b>כן</b> בסעיף 3 - האם ברצונך כי בקשת הביטול של הפוליסה הקיימת ברשותך תישלח באמצעות:
<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"/>	<input type="checkbox"/>	א. על ידך
<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"/>	<input type="checkbox"/>	ב. סוכן ביטוח
<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"/>	<input type="checkbox"/>	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.

5. במידה וענית **לא** בסעיף 3 - אני מצהיר כי הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת בהכשרה על אף שיש בידי ביטוח מחלות קשות או ריסק למקרה מוות המעניק לי פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים.

מועמד לביטוח	שם המועמד	תאריך	חתימה
<b>מועמד ראשי</b>			
<b>מועמד משני</b>			

### 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, לרבות שמדובר על שני ביטוחים שונים, ביטוח חיים מסוג "מגן 1" וביטוח מחלות קשות סייגיה ואת 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.
- 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 תהליך המועמד 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 מחלות קשות או ביטוח חיים 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 (חובה לסמן את סוג הפוליסה)
- מחלות קשות
- ביטוח למקרה מוות
- 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 אפוטרופוס (לילדים) × \_\_\_\_\_

**\*3453**

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

8 מתוך 2

## 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)	ראשי	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.				
	משני	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד:	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד:	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				

מועמד												
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/ות, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.												
<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"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם בעשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> אושפזת (1) נותחת (28) <input type="checkbox"/> יעצו לך לעבור ניתוח (28)
<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"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב-5 השנים האחרונות לגילוי/אבחון של: <input type="checkbox"/> סרטן (יש לפרט סוג סרטן) (26) <input type="checkbox"/> בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT) <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות/כרוניות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> ציסטות פרקינסון <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי <input type="checkbox"/> בדיקה לגלוי איידס
<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"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם אובחנת כלוקה ב: <input type="checkbox"/> מחלת נפש/הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון <input type="checkbox"/> הפרעות אכילה <input type="checkbox"/> אם כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.
<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"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם השתמשת או שהגר משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.
<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"/>	<input type="checkbox"/>	5. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: <input type="checkbox"/> סרטן השד <input type="checkbox"/> סרטן שחלות <input type="checkbox"/> סרטן מעי <input type="checkbox"/> סרטן ערמונית (פרוסטטה) <input type="checkbox"/> מחלות ניוון שרירים/נירון מוטורי <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופתיה <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> אלצהיימר <input type="checkbox"/> פרקינסון ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)
<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"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> היגר בטיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> היגר במעקב רפואי <input type="checkbox"/> הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> נדרשת מעקב רפואי
מועמד												
ב. האם הגר 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.												
<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"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם בעשר השנים האחרונות סבלת מ: <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יתר לחץ הדם (8) <input type="checkbox"/> יתר שומנים בדם (7).
<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"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: <input type="checkbox"/> בירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> בירידה בזיכרון <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> ארוע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <input type="checkbox"/> אפילפסיה (9) <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פיגור <input type="checkbox"/> יופנה להורה או אפוסרופוס של קטי/פסול דיון <input type="checkbox"/> תסמונת דאון

### המשך הצהרת בריאות מחלות קשות

ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		משני		ראשי													
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן												
<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"/>	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> סיסטיק פובריזיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב וכלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופטיה <input type="checkbox"/> טרומבוזת <input type="checkbox"/> מחלת לב איסכמית <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> הפרעות קצב הלב <input type="checkbox"/> בעיות מסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב <input type="checkbox"/> דלקת כלי הדם/וסקוליטיס (27)											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/> בעיות דם וקרישה <input type="checkbox"/> אנמיה (12)											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כבד <input type="checkbox"/> הפטיטיס/צהבת <input type="checkbox"/> שחמת הכבד <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי הכבד <input type="checkbox"/> בעיות מעיים ודרכי העכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה <input type="checkbox"/> מעי רגז <input type="checkbox"/> פיסורה <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15)											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	7. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטייות <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (16)											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות בלוטות <input type="checkbox"/> ערמונית/פרוסטטה (20) <input type="checkbox"/> בלוטת המגן/התריס (21) <input type="checkbox"/> יותרת המוח <input type="checkbox"/> יותרת הכליה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק <input type="checkbox"/> הלבלב											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	9. <input type="checkbox"/> מחלת איידס/נשאות איידס <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> הובטינגטון <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות F.M.F (19)											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	10. <input type="checkbox"/> מחלות ובעיות פרקים <input type="checkbox"/> בעיות בגב ועמוד שדרה (24)											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים) <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (26)											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	12. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות עיניים וראיה <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה <input type="checkbox"/> קוצר ראייה (מעל 8) <input type="checkbox"/> קרטוקובוס <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	13. <input type="checkbox"/> בעיות אזניים ושמיעה (23)											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	14. <b>לנשים מגיל 18 בלבד:</b> <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> דימומים <input type="checkbox"/> מחלות שדיים <input type="checkbox"/> ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (29)											
ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		משני		ראשי		ג. הצהרת בריאות לתינוק עד גיל חצי שנה למילוי על ידי ההורים בלבד											
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן												
<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"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם המבוטח נולד לפני שבוע 36 או האם התינוק נולד פג? האם שהה בפגייה ו/או טיפול נמרץ ו/או כל מחלקה אחרת שאינה מחלקת ילודים ו/או היה תחת פיקוח רפואי כלשהו לאחר הלידה ו/או לאחר שחרורו?											
<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"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם הומלץ בעת השחרור ו/או לאחר השחרור על המשך מעקב ספציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים ו/או ממתין לתוצאות בדיקות ו/או הומלץ לבצע בדיקות לאחר השחרור?											
<b>ד. הערות - פירוט ממצאים חיוניים:</b>																							
שם המועמד			מספר שאלה			אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא			שם המועמד			מספר שאלה			אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא								
אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימת ידי שתשובתי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובתי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו.																							
תאריך:			שם מועמד ראשי:			מספר ת.ז.:			חתימה:			תאריך:			שם מועמד משי:			מספר ת.ז.:			חתימה:		

מועמד ראשי	מועמד משני	שאלות כלליות
<input type="checkbox"/> לא כן, <input type="checkbox"/> צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	<input type="checkbox"/> לא כן, <input type="checkbox"/> צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	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)?
<input type="checkbox"/> לא כן, <input type="checkbox"/> צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	<input type="checkbox"/> לא כן, <input type="checkbox"/> צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	האם יש לך עיסוק מסוכן (כגון חומרים כימיים/רדיואקטיביים/קרינה) או שיש סיכון מיוחד באורח חייו או עיסוקך?
<input type="checkbox"/> לא כן, <input type="checkbox"/> צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	<input type="checkbox"/> לא כן, <input type="checkbox"/> צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	האם הנך בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?
<b>תאריך:</b> _____ <b>חתימת המועמד ראשי:</b> * _____ <b>חתימת המועמד משני:</b> * _____		

### 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:** \_\_\_\_\_ **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, מכוניהם הרפואיים ומעבדותיהם 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 הצטרפות 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 עזבוני, את יורשיי, את מוטביי, 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:** \* \_\_\_\_\_

**פירטי 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:** \* \_\_\_\_\_

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 מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי דין או בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה

**\*3453**

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

8 מתוך 5

## 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, החריגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית וכן (במקרה של ביטוח בריאות) פירוט של כללי הגילוי נאות שנקבעו על ידי המפקח על הביטוח.
  - הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישורן 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 כאפטרופוס/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 המוגדל המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו 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.
  - 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 למוצרים הנמכרים בחברה. ככל ששיווקה 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, יבוטלו גם התוכניות הנוספות שגלו לתכנית הבסיס.
  - יובהר כי המוצרים שברצונך לרכוש, ביטוח חיים מסוג "מגן 1" וביטוח מחלות קשות, ייקלטו בחברה בשתי פוליסות נפרדות, פוליסת בריאות ופוליסה לביטוח חיים.**

**למען הסר ספק, ההטבה בביטוח חיים כפופה לתנאים ולקריטריונים כפי שנקבעו מראש על ידי החברה, ועל פי הזכאות במועד ההצטרפות.**

### 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 אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוג אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חלופי, 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 היה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/לפטל 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](http://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 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 אוטומטי, 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 מהסכמתי זו ע"י מסירת הודעה לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il).

חתימת מועמד משני X

חתימת מועמד ראשי X

תאריך

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון (להלן: "הרשות") קיים אתר אינטרנט מאובטח (להלן: "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 כמבוטלת. 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](http://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](http://www.hcsra.co.il)



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](http://www.hcsra.co.il) | 03-7960000 | 5811801 חולון | ת.ד. 1877 חולון | המלאכה 6, ת.ד. 5811801 חולון | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון | המלאכה 6, ת.ד. 5811801 חולון

8 מתוך 8