

## הצעה לביטוח בריאות למשפחה מורחבת (מרובת ילדים)

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

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

שם סוכן \_\_\_\_\_ מס' סוכן \_\_\_\_\_ תאריך תחילת ביטוח \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20  
 מועד תחילת הביטוח לא יהיה מוקדם ממועד קבלת טופס ההצעה חתום במשרדי החברה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה
עיסוק	טלפון נייד	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	תכנית שב"ן אם קיימת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית					
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 אגף סמן.					
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).					

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה
עיסוק	טלפון נייד	טלפון נייד	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	תכנית שב"ן אם קיימת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית					
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 אגף סמן.					
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).					

### פרטי ילדים

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
5						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
6						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
7						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
8						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

פרטי ילדים המועמדים לביטוח מתחת לגיל 18

06.2026 גרסה

ימולא ע"י הורה/ אפטרופוס המוסמך לחתום עבורם.

**\*3453**


dt2400

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

1 מתוך 10

## המוטבים הינם היורשים החוקיים, באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס בקשה "עדכון מוטבים בפוליסה"

**בחירת תכנית לביטוח בריאות - גיל כניסה 0-70**  
 לבחירת התכנית המבוקשת סמן x עבור כל מועמד לביטוח. בהיעדר סימון התכנית לא תיכלל בהצעה.

מועמד ראשי	מועמד משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	ילד 5	ילד 6	ילד 7	ילד 8		
<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"/>	<b>תכנית בסיס</b>	
<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"/>		תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
<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"/>		השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
<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"/>	<b>ניתוחים בישראל</b>	
<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"/>		<b>"משלים שב"ן" עם השתתפות עצמית בסך של 5000 ש"ח</b> הכיסוי מיועד אך ורק לחברים בתוכניות השב"ן של קופות החולים אם אינך מעוניין בכיסוי זה באפשרותך לרכוש את הכיסוי שלהלן:
<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"/>		<b>משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית</b> הכיסוי מיועד אך ורק לחברים בתוכניות השב"ן של קופות החולים אם אתה חבר בתוכנית השב"ן ואינך מעוניין בכיסוי משלים שב"ן או אם אינך חבר בתוכנית שב"ן כלשהי, באפשרותך לרכוש את הכיסוי שלהלן:
<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"/>	<b>כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון"</b>	
<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"/>	<b>נספחי הרחבה</b>	
<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"/>		ייעוץ ובדיקות שירותים פרימיום לילד (גיל כניסה 0-18)

**לידיעתך** - באפשרותך לרכוש תכנית ניתוחים בישראל (רובד שני) ו/או נספחי הרחבה רק אם קיימת ברשותך כל תכניות הבסיס. במידה וקיימת ברשותך אחד ו/או יותר מכיסוי בסיס בהכשרה ו/או בחברה אחרת יש להשלים תחילה את כל תכניות הבסיס ולאחר מכן ניתן יהיה לרכוש תכנית ניתוחים בישראל ו/או נספחי הרחבה. למרות האמור לעיל מועמד לביטוח מעל גיל 60 - באפשרותך לרכוש ניתוחים בישראל ו/או נספחי הרחבה ללא חובת רכישת תכנית בסיס.

<b>גיל כניסה: 0-65</b>										<b>מגן למחלות קשות</b>
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	ילד 4	ילד 5	ילד 6	ילד 7	ילד 8	
<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"/>	<b>סכום ביטוח</b>
נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	נ	

### מועמד לביטוח שרכש כיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי הניתוח בישראל ניתוחים שקל ראשון ללא השתתפות עצמית ("ניתוחים מהשקל הראשון")

מועמד לביטוח שקיימת לו תכנית "שב"ן" באחת מקופות החולים בישראל וביקש לרכוש מחברת הביטוח ניתוחים מהשקל הראשון, **חייב לתת על הצהרה זו**

- הוסבר לי, כי כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון וכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי הניתוח בישראל (ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית) וניתוחים וטיפולים מחליפי הניתוח בישראל (ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח) ("משלים שב"ן") הם מוצרים דומים, כאשר כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד לעומת כיסוי משלים שב"ן המחייב פנייה למימוש הזכויות בקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.
- הוצג בפני, כי קיים כפל ביטוחי בין כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון אל מול תכנית השב"ן בקופת החולים.
- הגורם המשווק הסביר לי, כי בתאריך 1 ביוני 2024 ("מועד החידוש") מבטח שרכש כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון יועבר באופן אוטומטי לכיסוי משלים שב"ן ופירט בפני את ההשלכות הביטוחיות של המעבר כאמור.

חתימת מבטח משני

חתימת מבטח הראשי

תאריך

**\*3453**

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

2 מתוך 10

### שאלון החלפה ושינוי

מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1	ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6		ילד 7		ילד 8	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>

**נחלק מרכישת פוליסת ביטוח בריאות להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)**

1. האם קיימת ברשותך פוליסה / כיסוי בריאות?  
 2. \*במידה וענית **כן** בסעיף 1 - האם הפוליסה כוללת אחד או יותר מהכיסויים שלהלן?  
 א. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל  
 ב. תרופות מחוץ לסל  
 ג. ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בחו"ל

מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1	ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6		ילד 7		ילד 8	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	
<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. במידה וענית **כן** בסעיף 1 - האם בכוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?  
 4. במידה וענית **כן** בסעיף 3 - 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 4 ג' לעיל, תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת הביטוח הכשרה בהתאם לטופס הצעה זה.

5. במידה וענית <b>לא</b> בסעיף 3 אני מצהיר כי הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת בהכשרה על אף שיש בידי פוליסה ו/או כיסוי המעניק לי פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים.
6. עבור מועמד מעל גיל 60 - באפשרותך לרכוש תכנית ניתוחים בישראל/אמבולטור, מבלי שרכשת תחילה את תכניות הביטוח שבפוליסה הבסיסית. במידה וענית <b>כן</b> בסעיף 3, אין באפשרותך לרכוש כיסוי המעניק ביטוח דומה מסוג שיפוי. מבלי לפגוע באמור, ככל ומדובר במוצר מסוג תרופות, הינך רשאי לרכוש כיסוי דומה מבלי לבטל את הפוליסה הקיימת, רק במקרה בו התווסף חריג רפואי בשל הליך חיתומי בחברה בפוליסה החדשה, ובפוליסה הקיימת אין את אותן החרגות <b>בכפוף לסימון מטה</b> . <input type="checkbox"/> הרני מצהיר כי הפוליסה החדשה, הינה פוליסת תרופות - אולם בשל הליך חיתומי נדרשת החרגה מסוימת בפוליסה החדשה והפוליסה הקודמת קיימת לי, הינה פוליסת תרופות ללא אותן החרגות.

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) הרני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח המקורית בה מתנהלת פוליסת ביטוח הקיימת.

\_\_\_\_\_ **תאריך**      \_\_\_\_\_ **שם הסוכן**      \_\_\_\_\_ **מספר סוכן**      \_\_\_\_\_ **חתימת סוכן**

**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:**

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

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

_____ <b>תאריך</b>	_____ <b>חתימת המועמד הראשי</b>	_____ <b>חתימת מועמד משני</b>	_____ <b>חתימת אפוסטרופוס (לילדים)</b>
--------------------	---------------------------------	-------------------------------	--

**\*3453**

06.2026 רכ"ט

**הצהרת סוכן**

1. הריני מצהיר בזאת כי לפני העברת הצעת הביטוח לחברה ביצעתי הליך התאמה לכל המועמדים/ים לביטוח (בירור צרכים) כמשמעותו בסעיף 3 לחוזר "צירוף לביטוח", וכן קיימתי את כל הדרישות הקבועות בחוזר הנ"ל לעניין צירוף מועמד לביטוח.
2. אני מצהיר בזה כי כל השאלות המופיעות בטופס הצעה הוצגו בפני המועמד לביטוח, והתשובות הן כפי שנמסרו על ידי המועמד. כמו כן המועמד אישר כי הבין את פרטי תכנית הביטוח, סייגיה ואת ההצהרות לעיל.
3. לפני העברת הצעת הביטוח לחברה בדקתי באמצעות "הר הביטוח" אילו תכניות ביטוח תקפות קיימות על שם המועמד לביטוח בחברות ביטוח אחרות (זולת הכשרה חברה לביטוח בע"מ).
4.  במסגרת הליך בירור צרכים ככל והתברר לי כי למועמד לביטוח יש פוליסה בביטוח רלוונטי קיים (להלן **פוליסה מקורית**). לפני משלוח הצעה לביטוח להכשרה ביצעתי הליך של השוואה וביטול של הפוליסה המקורית, כנדרש בסעיף 8 לחוזר הצירוף, לרבות השוואה בין ההחלטות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת, ככל שקיימות כאלו, לאלו שבפוליסה המקורית ובהתאם לכך הצגתי למועמד לביטוח את תוצאות הליך ההתאמה, ובכלל זה, הבדלים בין הפוליסות שהוצעו לו לרבות פרמיית הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי או השירות שיינתנו למועמד בפוליסה המומלצת או כל סיבה בשלה הומלץ למועמד לעבור פוליסה. בנוסף מסרתי למועמד לביטוח עותק מתוצאות הליך ההתאמה טרם העברת הצעת הביטוח לחברה. מצ"ב העותק שנשלח למועמד לביטוח.
5.  במסגרת הליך ההתאמה ככל והתברר כי למועמד לביטוח יש פוליסה **מסוג פיצוי** בביטוח רלוונטי קיים (להלן - **פוליסה מקורית**). לפני משלוח הצעת הביטוח להכשרה, ביצעתי הליך של השוואה וביטול של הפוליסה המקורית, כנדרש בסעיף 8 לחוזר הצירוף. המועמד לביטוח ציין בפניי כי אין בכוונתו להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה המקורית כתוצאה מהצטרפות לפוליסה המוצעת, ולכן לא ביצעתי השוואה בין ההחלטות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית.
6. טפסי ההצעה מועברים בזאת לחברה עם פירוט מלא של תכניות הביטוח התקפות הקיימות על שם המועמד לביטוח בחברות ביטוח אחרות, ככל שקיימות כאלו, לרבות תכניות ביטוח הנמנות עם פוליסת הבריאות הבסיסית, עם פוליסת ניתוחים בישראל, עם פוליסת הרחבה, עם פוליסת בריאות נוספת (אמבולטורי), עם פוליסת מחלות קשות ועם פוליסת תאונות אישיות, והכל כמשמעות מובנים אלו בחוזר "עריכת תכניות לביטוח בריאות".
7. הריני מצהיר בזאת כי התוכניות המבוקשות במסגרת ההצעה, עבור המועמד לביטוח, עולות בקנה אחד עם דרישות חוזר "עריכת תכניות לביטוח בריאות". כמו כן, בקשת הצטרפות לתכנית ניתוחים בישראל, אשר מועמד לביטוח שביקש להצטרף לתכנית ברובד השני משלים שב"ן (ללא השתתפות עצמית) או כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" הוצגה בפניו תחילה האפשרות לרכוש תכנית משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ש"ח.
8.  קיימת למועמד לביטוח תכנית ביטוח דומה בחברה אחרת אך אין חובה לבטלה הריני מצהיר כי מצאתי כי המועמד לביטוח מבטח בפוליסת שיפוי מסוג פרט בחברת ביטוח אחרת, המעניקה לו כיסוי ביטוח דומה לכיסוי המבוקש בהצעה זו, אך הפוליסה בחברה האחרת לא בוטלה בשל קיום אחד מהמקרים הבאים יש לסמן את האפשרות המתאימה:  
 הפוליסה שהוצעה למועמד לביטוח לרכוש כוללת רק את יתרת הכיסוי הביטוחי.  
 שיעור עלות הכיסוי הביטוחי הדומה בין הפוליסות אינו עולה על עשרה אחוזים מגובה הפרמיה שאושרה על ידי הממונה.  
 בשל הליך חיתומי נדרשת החרגה מסוימת בפוליסה וברשותו של המועמד לביטוח פוליסה ישנה ללא אותן ההחלטות.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הסוכן: \_\_\_\_\_ מספר סוכן: \_\_\_\_\_ 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.
- 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 משי: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

**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 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 מוטבתי, 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 משי: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

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

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

**\*3453**

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

4 מתוך 10



## הצהרת בריאות - ביטוח 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)					
פריטים אישיים	ראשי									
	משני									
	ילד 1									
	ילד 2									
	ילד 3									
	ילד 4									
	ילד 5									
	ילד 6									
הרגלי עישון (מגיל 16)	ראשי	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.								
	משני	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.								
	שם הילד: _____	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.								
	שם הילד: _____	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / סיגרטים / נרגילה / מקטרת, סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.								
מועמד										
<p>א. שאלות כלליות:</p> <p>אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/נת, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.</p>										
8 ילד	7 ילד	6 ילד	5 ילד	4 ילד	3 ילד	2 ילד	1 ילד	משני	ראשי	1. <input type="checkbox"/> יעצו לך לעבור ניתוח (28) <input type="checkbox"/> אושפזת (1) ב- (28) נותחת (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"/>	2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב-5 השנים האחרונות לגילוי/אבחון של: <input type="checkbox"/> סרטן (יש לפרט סוג סרטן) (26) בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT) 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"/>	3. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הגר בטיפולי רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> הגר במעקב רפואי <input type="checkbox"/> הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> נדרשת למעקב רפואי
<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 בחמש 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"/>	5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: <input type="checkbox"/> בירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> בירידה בזיכרון
<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 נקבעו לך אחוזה נכות ממחלה/תאונה/מום או הגשת בקשה לקביעתם? (3) <input type="checkbox"/> האם נפצעת/סבלת משבר ב-5 השנים האחרונות? (3)
<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. האם אובחנת כלוקה ב: <input type="checkbox"/> מחלת נפש <input type="checkbox"/> הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון <input type="checkbox"/> הפרעות אכילה 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"/>	8. 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"/>	9. 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/ניוון מוטורי <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיפתיה <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> פוליציסטיות <input type="checkbox"/> אלצהיימר <input type="checkbox"/> פרקינסון ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)

06.2026 19A

**\*3453**

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

5 מתוך 10



## המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

מועמד		ראשי		משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6		ילד 7		ילד 8	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<p><b>ב. האם הנר סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה?</b>  <b>אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות.</b>  <b>כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים.</b>  <b>אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.</b></p>																					
<p>1. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברונכיטיס  <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)</p>																					
<p>2. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב וכלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופתייה  <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)</p>																					
<p>3. <input type="checkbox"/> בעיות דם וקרישה <input type="checkbox"/> אנמיה (12)</p>																					
<p>4. <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</p>																					
<p>5. <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                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15)</p>																					
<p>6. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות  <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (16)</p>																					
<p>7. <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</p>																					
<p>8. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מין ועור <input type="checkbox"/> אלרגיות <input type="checkbox"/> פסוריאזיס (25)  <input type="checkbox"/> שומות במעקב (26)</p>																					
<p>9. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס</p>																					
<p>10. <input type="checkbox"/> מחלות ובעיות פרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים  <input type="checkbox"/> בעיות בגב, צוואר, עמוד השדרה (24) <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוס (18)  <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> בריחת סידן <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס</p>																					
<p>11. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים)                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (26)</p>																					
<p>12. <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות  <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים  <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות <input type="checkbox"/> F.M.F (19)</p>																					
<p>13. <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"/> קרטוקונוס                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)</p>																					
<p>14. <input type="checkbox"/> בעיות אזניים ושמיעה <input type="checkbox"/> דום נשימה <input type="checkbox"/> סחרחורות  <input type="checkbox"/> הפרעות בשיווי משקל <input type="checkbox"/> מיגרנה/כאבי ראש <input type="checkbox"/> בעיות אף וגרון                      ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (23)</p>																					
<p>15. האם בחמש שנים אחרונות סבלת או שיש לך סימנים ל:  <input type="checkbox"/> בקע/ הרניה כולל מפשעת, בטני, טבורי, סרעפתי</p>																					
<p>16. <b>לנשים מגיל 18 בלבד:</b>  <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> אנדומטריוזיס <input type="checkbox"/> דימומים <input type="checkbox"/> מחלות שדיים  <input type="checkbox"/> בעיות פרויון <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות <input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי <input type="checkbox"/> הגדלת חזה                      האם כעת את בהיריון? (29)</p>																					
<p>17. <b>ילידים עד גיל 18 בלבד:</b>  <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ על מעקב/טיפול רפואי  <input type="checkbox"/> הפרעה/עיכוב בגדילה <input type="checkbox"/> נולד/ה פג (ילידים עד גיל 3 יש לצרף                      מכתב עדכני מרופא ילדים) <input type="checkbox"/> הפרעה או בעיה רגשית?  <input type="checkbox"/> חר/שפה שסועה - האם נותח/ה?                      "כן" - מתי? _____                      "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא  <input type="checkbox"/> אשר תמיר - האם נותח/ה?                      "כן" - מתי? _____                      "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>																					
<p><b>מועמד</b></p>																					
<p><b>ג. הצהרת בריאות לתינוק עד גיל חצי שנה למילוי על ידי ההורים בלבד</b></p>																					
<p>1. האם המבוטח נולד לפני שבוע 36 או האם התינוק נולד פג? האם שהה                      בפגייה ו/או טיפול במרץ ו/או כל מחלקה אחרת שאינה מחלקת ילודים?                      ו/או היה תחת פיקוח רפואי כלשהו לאחר הלידה ו/או לאחר שחרורו?</p>																					
<p>2. האם הומלץ בעת השחרור ו/או לאחר השחרור על המשך מעקב ספי-                      ציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים ו/או ממתין לתוצאות בדיקות ו/                      או הומלץ לבצע בדיקות לאחר השחרור?</p>																					

06.2026 יבט

**\*3453**

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

6 מתוך 10

## המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

ד. הערות - פירוט ממצאים חיוביים:					
שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא (תרופה/ניתוח וכדומה)	שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא (תרופה/ניתוח וכדומה)
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:

## הצהרות המועמד לביטוח

- אני המועמד לביטוח, החתום מטה מבקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ("להלן: **"הכשרה"**) לבטח אותי בהתאם לתנאי הביטוח לתכנית/יות המסומנות בטופס זה לרבות הצהרת הבראות (להלן: **"הצהרה"**) אני מסכים ומתחייב כדלקמן:
- כל התשובות המפורטות בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי. הוסבר לי, שכלל שלא אעשה כך, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח ואף לפטור את הכשרה מתשלום תגמולי ביטוח בהתאם לחוק האויל והכשרה נסמכת על תשובותי.
  - ידוע לי שקבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקולה הבלעדי של הכשרה בכפוף להוראות הדיו וכי חוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהכשרה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות.
  - אני מאשר כי הוצג בפני טרם חתימתי על הצעה זו, מידע מהותי וגילוי נאות אשר כלל, לכל הפחות את פירוט דבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החריגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית ככל שיש חחרגות לרבות חריג מצב רפואי קודם.
  - ידוע לי כי באפשרותי לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.
  - אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה נעשה בירור של צרכי והוצגו בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד, בהתאם לכך והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי ונמסרו לי תוצאות הליך התאמת הצרכים כאמור.
  - הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישורן או בעקיפין למצב בריאותי הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסתי לביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
  - 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 מבניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטח.
  - הגני מאשר כי ידוע לי שכל הנחה ו/או תוספת רפואית (תוספת בדמי ביטוח בשל מצב רפואי), ככל ויינתנו לי על ידי החברה, יחושבו לפי תעריף הספר של החברה/התעריף הבסיסי של המוצר.**
  - קיבלתי פירוט דבר גובה הפרמיה, אופן חישובה ואת העובדה כי קבלתי לביטוח ו/או בני משפחתי הכלולים בהצעה, 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.
  - הצהרה זו, תחול גם על ילדי הקטינים ששמותיהם נקובים בהצעה והגני משיב גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.
  - שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבראות שברשותך, כנפו להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
  - הוסבר לי שאני יכול לרכוש תכנית ביטוח בהרכבים שונים וזאת ללא תלות בין הכיסויים הביטוחיים, בהתאם למוצרים הנמכרים בהכשרה. ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תוכנית הבסיס יבא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התוכניות הנוספות שגלו לתכנית הבסיס.
  - ביטול תקופת אכשרה במקרה שקיימת פוליסה ביטוח בריאות פעילה בחברה אחרת ("**פוליסה קודמת**") ונרכשת פוליסה חדשה בהכשרה ("**פוליסה מחליפה**") ידוע לי כי בגין הכיסויים החופשיים בלבד תבטול תקופת אכשרה ("רצף ביטוח"). לצורך רצף ביטוחי נדרש להעביר דף פרטי ביטוח של הפוליסה המקורית לרבות אישור תשלומים (3 חודשי תשלום שקדמו למועד תחילת הביטוח) למען הסר ספק, אין באמור לגרוע מזכותה של החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך ביטול תקופת אכשרה.
  - למען הסר ספק החברה תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בתנאי הפוליסה, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל.
  - ידוע לי כי ביטוח בריאות זה מיועד לתושבי ישראל בלבד והריני לאשר כי במהלך השנה האחרונה שקדמה להצעה זו, התגוררתי בישראל לפחות 180 ימים.
  - שים לב - לפי הוראות הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון, אם הביטול של פוליסת הבראות הבסיסית הקיימת על שמך בחברה נעשה בתוך 6 חודשים מיום רכישת הפוליסה, אזי ככל שקיימת על שמך בחברתנו פוליסת ביטוח ניתוחים בישראל ו/או פוליסה לביטוח אמבולטורי, חברתנו מחויבת לבטל גם כיסויים אלו, אם הם נרכשו על-ידיך לאחר יום 1 באוקטובר 2023.**
  - למען הסר ספק, הוראות הביטוח המיוחדות חלות רק על ביטול של פוליסת בריאות בסיסית, והן לא רלבנטיות לביטול של פוליסות בריאות אחרות. לפי חוזר עריכת תכניות ביטוח, חברת ביטוח תאפשר למבוטח שרכש פוליסת ניתוחים בישראל, פוליסת הרחבה או פוליסת בריאות נוספת לבטל בכל עת, מבלי להתנות את הביטול האמור בביטול אחת או יותר מפוליסות ביטוח בריאות אחרות שבידי המבוטח. בוטלה פוליסה כאמור, ביטולה לא יגרם לביטול הנחה בפוליסה אחרת.

## בהצעה לרכישת פוליסת משלים שב"ן

- הכיסוי בגין ניתוחים ע"י הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקופה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש חולים על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
- דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- בעת סיום החברות בתכנית שב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או המועמד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

## קבלת שירותים מחברה 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 זיהויו 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 פרטיות, 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 אף לא חייבת להקליט את התקשורת שתקיים עמי בקווי התקשורת.

## הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתסמור 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/לטפל בפנייתך.

המידע המבוקש נדרש לנו, בין היתר, לצורך מתן הצעה לביטוח ו/או התקשורת בעסקת ביטוח ו/או מתן שירות לפוליסה קיימת ו/או טיפול בתביעות ו/או תיווך ביטוח ושיווק פנסינג, 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 דבר 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 במאגרי 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 אודותיי ישמר במאגרי הקבוצה ובכלל זה, עיבוד, 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 על ע"י מסירת הודעה לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il).

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי \* \_\_\_\_\_ חתימת מועמד משני \* \_\_\_\_\_

## ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון (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 ידיך 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 כנספס הצטרפות יוגדר ככביר 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 ככביר לצורך זיהוי, עליך ליצור קשר עם חברתנו לצורך עדכון כאמור.

לידיעתך, רק בגיר שיוגדר ככביר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של קטין בהם הוגדר ככביר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל.

לצורך עדכון ניתן לפנות לחברתנו באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

1. טלפון 3453\*

2. באתר האינטרנט [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

## הוראה לחיוב חשבון / הוראה לחיוב כרטיס אשראי

- מבוטח נכבד!
- בחודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשוך הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הנ"ל בחשבוני 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.
  - ההשתרות 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  ישראלכארט  דינרס  אמריקן אקספרס  אחר

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

מס' כרטיס אשראי \_\_\_\_\_ תוקף \_\_\_\_\_

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 כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופסק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי, כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

נא לסמן מועד גביה רצוי:  25  10  3 תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_

## הוראה לחיוב חשבון

לכבוד: \_\_\_\_\_  
 בנק: \_\_\_\_\_  
 סניף: \_\_\_\_\_  
 כתובת סניף: \_\_\_\_\_

הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות.  
 או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום לחיוב: ₪. \_\_\_\_\_  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

נא לסמן מועד גביה רצוי:  25  10  5

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 \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות / ח.פ. \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

- נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבוננו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם ע"י הכשרה חברה לביטוח בע"מ, בכפוף למגבלות שסומנו (ככל שסומנו).
1. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
  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 לבנק וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
  4. נהיה רשאים לבטל לחיוב מסוימים ובלבד, שהודעה לכך תימסר עלינו בכתב לבנק, לאיחור מ-3 ימים עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
  5. נהיה רשאים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
  6. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
  7. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
  8. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
  9. רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
  10. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
  11. נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (העקרונות לקביעתם): תנאי פוליסה/ות כפי שיהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

חתימת בעל החשבון \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

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 מידי פעם בפעם ואשר מס' 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 לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעל/ה החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעל/ה החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

תאריך: \_\_\_\_\_ בנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסניף: \_\_\_\_\_

\*3453



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. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ (שם מלא), ת.ז. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ (שם מלא), ת.ז. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ (שם מלא), ת.ז. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ (שם מלא), ת.ז. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ (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

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

10 מתוך 10