

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 המפקח:	מס' הסוכן:	שם הסוכן:
-----------	------------	-----------

פרטי מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
	כתובת: רחוב		מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
	טלפון נייד	טלפון ניח	מקצוע		עיסוק בפועל		
	דוא"ל						
<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 אנא סמן <input type="checkbox"/>.</p> <p>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).</p> <p>האם מדובר על רכישת דירה יחידה כהגדרתה בסעיף 9(ג1) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, וחלות עליך הוראות סעיף 9(ג1) (2) לחוק האמור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>							

פרטי מועמד משני	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
	כתובת: רחוב		מס' בית	דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
	טלפון נייד	טלפון	מקצוע		עיסוק בפועל		
	דוא"ל						
<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 אנא סמן <input type="checkbox"/>.</p> <p>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).</p> <p>האם מדובר על רכישת דירה יחידה כהגדרתה בסעיף 9(ג1) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, וחלות עליך הוראות סעיף 9(ג1) (2) לחוק האמור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>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? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p>							

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

פרטי הבנק המלווה	שם הבנק המלווה: כתובת: רחוב מספר יישוב מספר סניף: 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)					
<p>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.</p> <p style="text-align: center;">תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: * _____ חתימת מועמד משני: * _____</p>					

***3453**

dt3015

פרטי מוטבים סכום הביטוח עד לגובה יתרת ההלוואה ישולם למוטב הבלתי חוזר, הבנק המלווה, יתרת סכום הביטוח, אם קיימת, ישולם בהתאם לפירוט הבא:

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

* בהעדר ציון מוטבים ישולמו הכספים, ככל שקיימת יתרה, ליורשים ע"פ דין או קיום צוואה.

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

הערות / תוספות:

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה בתוקף			
מועמד ראשי	מועמד משני	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"/>

לידיעתך:

הודעת ביטול (נספח ג') בהתאם לסעיף 3ג' לעיל, תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת הביטוח הכשרה בהתאם לטופס הצעה זה.

4. במידה וענית לא בסעיף 2 - אני מצהיר כי הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת בהכשרה על אף שיש בידי פוליסה ו/או כיסוי למקרה מוות המעניק לי פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים.

מועמד לביטוח	שם המועמד	תאריך	חתימה
מועמד ראשי			
מועמד משני			

הצהרת סוכן 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.

חתימת הסוכן: * _____

שם הסוכן: _____

תאריך: _____

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהן, מכוניהם הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדין 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 הצטרפתי לביטוח המבוטח** למסור להכשרה חברה לבטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.

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

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

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

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

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

תהליך הצטרפות:

לחברה שמורה הזכות לבחון את הצהרות הבריאות ולהסתמך על הפרטים בהן לצורך החלטה אם לקבל את ההצעה או לדחותה. יובהר, כניסתו לתוקף של חוזה הביטוח תחול רק לאחר המצאת אישור בכתב מהחברה על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד, וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך חיתום ו/או בירור תנאים ו/או קבלה לביטוח, הפוליסה לא תופק ולא תיכנס לתוקף עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח וזאת עד להשלמת התהליך עבור כלל המועמדים לביטוח.

בסיומו משבצת זו, אני מביע/ה את רצוני שאם חלק מהמועמדים בטופס ההצעה נדרשים להליך חיתום ובירור בטרם קבלה לביטוח, החברה תפיק את פוליסת הביטוח עבור המועמדים אשר

לא נדרש לגביהם המשך הליכי חיתום, וזאת מבלי להמתין להשלמת הליכי החיתום והקבלה לביטוח של יתר המועמדים.

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

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

הצהרת משלם שאינו המבוטח

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

למען הסר ספק אישור המש"מ יירשם 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 ("הכשרה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי: כל התשובות המפורטות בהצעה זו / או בהצהרת הבריות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שככל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך והאילו וחברת הביטוח נסמכת על תשובתי. 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.
- 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 הכשרה תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחלטות 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.

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 / 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 אישי לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א-1981

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

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

הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים

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

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי x _____ חתימת מועמד משני x _____

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 למשרדי 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 x _____

*3453

www.hcsra.co.il | המלאכה בע"מ | ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000

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