

## הצעה לביטוח חיים ריסק מגן לעתיד

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

פרטי מועמד/ת לבעלות על הפוליסה	מספר זהות / ח"פ / ח"צ	שם משפחה/שם חברה	שם פרטי	דוא"ל
כתובת: רחוב	מס' בית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון נייד

פרטי מועמד ראשי (הצעיר מבין השניים)	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> גרושה/נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
	כתובת: רחוב	מס' בית	דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	מקצוע	עיסוק בפועל		

אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון הנייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח. כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אגא סמן . לדיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון \*3453 / באתר האינטרנט [WWW.HCSRA.CO.IL](http://WWW.HCSRA.CO.IL) בחירתך לשליחת המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

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/נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
	כתובת: רחוב	מס' בית	דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	מקצוע	עיסוק בפועל		

אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון הנייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח. כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אגא סמן . לדיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון \*3453 / באתר האינטרנט [WWW.HCSRA.CO.IL](http://WWW.HCSRA.CO.IL) בחירתך לשליחת המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

פרטי הביטוח	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין)	אופן הגבייה <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)
-------------	---------------------------------	---

### כיסויים ביטוחיים למועמד לביטוח

ביטוח למקרה מוות - מגן 1	
סכום ביטוח - מועמד ראשי	סכום ביטוח - מועמד משני
לגיל: _____ (ברירת מחדל עד גיל 85)	* גיל כניסה מקסימלי 70
סכום _____ ₪	סכום _____ ₪

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

**\*3453**



dt3327

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

1 מתוך 7

**ביטוח מגן לעתיד - הבטחת הכנסת תשלום חודשי במקרה פטירה של המבוטח**

גיל כניסה של המבוטח: מינימלי 18 גיל מקסימלי: 65  
 באפשרותך לקבוע סכום ביטוח ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמוטבים למקרה מוות שקבעת בטופס הצעה  
**לידיעתך - עבור כל מוטב ו/או תקופת ביטוח שונה תפתח פוליסה נפרדת**

פרטי הכיסוי		פרטי מוטבים - מועמד ראשי					
שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה למבוטח	*תקופת ביטוח בשנים	**סכום ביטוח חודשי המבוקש
_____	_____	_____	_____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

  

פרטי הכיסוי		פרטי מוטבים - מועמד משני					
שם פרטי	שם משפחה	תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה למבוטח	*תקופת ביטוח בשנים	**סכום ביטוח חודשי המבוקש
_____	_____	_____	_____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

\*תקופת ביטוח מינימלית: 10 שנים. תקופת ביטוח מקסימלית: עד גיל 80 של המועמד לביטוח.  
 \*\*סכום ביטוח חודשי מינימלי: 1,500 ₪. סכום ביטוח חודשי מקסימלי: בהתאם לטבלת החיתום בחברה.

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/קרניה) 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?
<b>תאריך: _____ חתימת המועמד ראשי: * _____ חתימת המועמד משני: *</b>		

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 החדר פרמיה) ישולמו לפקודת המבוטח ו/או מוטב בהתאם למקרה ולא לפקודת המשלם. למען הסר ספק אישור המס יירשם לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה. <b>תאריך: _____ שם מלא: _____ מס' ת"ז: _____ זיקה למבוטח: _____ חתימה: *</b>

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה מקורית				
כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חיים להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)				
מועמד ראשי		מועמד משני		
כן	לא	כן	לא	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח חיים?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. במידה וענית <b>כן</b> בסעיף 1 - האם בכונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. במידה וענית <b>כן</b> בסעיף 2 - האם ברצונך כי בקשת הביטול של הפוליסה הקיימת ברשותך תישלח באמצעות: <ul style="list-style-type: none"> <li>א. על ידך</li> <li>ב. סוכן ביטוח</li> <li>ג. באמצעות חברת הביטוח הכשרה - יש לצרף טופס בקשה לביטול (נספח ג') שם חברת הביטוח המבטחת _____</li> </ul>

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 <b>לא</b> 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		
למיטב הבנתי, עסקה זו כרוכה בהחלפת פוליסת ביטוח שבתוקף <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא 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.		
שם הסוכן	תאריך	חותמת וחתימה

\*3453

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

7 מתוך 2



**הצהרה - ויתור על סודיות רפואית**

אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהן, מכונייהם הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדי או למשרד הביטחון וצה"ל ו/או למשטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ומשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או שירות התעסוקה ו/או לחברות בטוח אחרות על עובדיהן ו/או קרנות הפנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר ע"י צד ג' כלשהו **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפותי לביטוח המבוקש** למסור להכשרה חברה לבטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קבלתי 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. 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 המשני: \_\_\_\_\_ 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.

בסימון משבצת זו, אני מביע/ה את רצוני שאם חלק מהמועמדים בטופס ההצעה נדרשים להליך חיתום ובירור בטרם קבלה לביטוח, החברה תפיק את פוליסת הביטוח עבור המועמדים אשר לא נדרש לגביהם המשך הליכי חיתום, וזאת מבלי להמתין להשלמת הליכי החיתום והקבלה לביטוח של יתר המועמדים.

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



**הצהרת המועמדים 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 המפורט בהצעה זו / או בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שככל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך והואיל וחברת הביטוח בסמכת על תשובותיי. ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
1. 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.
  2. 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 גאות שנקבעו על ידי המפקח על הביטוח.
  3. הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותו הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקפו או שהתגלו בתקופת האכשרה.
  4. 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.
  5. הוצע לי האפשרות לקבל את הפרטים המפורטים בסעיפים 2-4 לעיל בכתב וכן את תנאי הפוליסה וכתבי השירות הנלווים, לרבות באמצעות דוא"ל.
  6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.
  7. ההתקשרות עם הקבוצה תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחלטות ולתנאים המיוחדים, ככל שהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטח.
  8. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
  9. במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.

**בקשה לקבלת קוד לאזור האישי באינטרנט:**

**אני הח"מ מבקש ומסכים לקבל בדואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של הכשרה, אודות תכניות ביטוח ו/או מוצרים אחרים של הכשרה. ידוע לי כי קוד הפעלה ראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום באתר האינטרנט והסכמת לתנאי השימוש האמורים בו.**

**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 חברה 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.

**היסמה 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/לספד 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. לפיכך יבדד 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 לדיון. ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות לממונה על הגנת הפרטיות או לממונה על פניות הציבור.

**הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים**

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי × \_\_\_\_\_ חתימת מועמד משני × \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה: \* \_\_\_\_\_

**ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח**

ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון 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:

1. טלפון \*3453
2. אתר אינטרנט של החברה: [www.hcsra.co.il](http://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 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 להי פסקת 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)

**הצהרת בעל רישיון**

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.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המשווק הפנסיוני \_\_\_\_\_ מס' המשווק הפנסיוני \_\_\_\_\_ חתימת המשווק הפנסיוני × \_\_\_\_\_

**\*3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

5 מתוך 7

03.2026 גרסה 19

### 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.
  - ההשתתפות בהסדר זה היא בשיטה הדומה להצגת הקים - והיא ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת הצגתה.
  - החברה מתחייבת בזה שלא למשוך כספים מעבר לסכומים המגיעים לה בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל הפוליסה / המשלם הפעלת הסדר זה.
  - הסדר זה אפשרי גם על תשלומים בגין החזר הלוואות
  - מספר פוליסה/ות \_\_\_\_\_

### הוראה לחיוב כרטיס אשראי

ויזה- לאומי קארד  ויזה כ.א.ל  ישראל קארד  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 חתימת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

### הוראה לחיוב חשבון

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

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 לחיובים מסוימים ובלבד, שהודעה לכך תימסר על ידינו 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 זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
  9. רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
  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: \_\_\_\_\_

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

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 מגיעה חוקית או אחרת לביצוע, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

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

\*3453



dt3200

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

6 מתוך 7

## הודעות ביטול - נספח ג'

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 \_\_\_\_\_

הקיימת בחברתכם החל מיום \_\_\_\_\_.

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ x

חתימת המבוטח

\_\_\_\_\_

תאריך

