

## 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 אמצעים 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 אמצעים 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	
לגיל: _____ (ברירת מחדל עד גיל 85)	* גיל כניסה מקסימלי 70
סכום ביטוח - מועמד ראשי	סכום ביטוח - מועמד משני
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 | מ | הכשרה חברה 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 ש"ח. 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

## הצהרת בריאות - משכנתא/ריסק

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

מועמד ראשי	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
מועמד משני	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	

מעולם לא עישנתי  
 אני מעשן: \_\_\_\_\_  
 עישנתי בעבר, בין השנים \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ כמות של \_\_\_\_\_ סיגריות / \_\_\_\_\_ סיגרים / \_\_\_\_\_ נרגילה / \_\_\_\_\_ מקטרת / \_\_\_\_\_ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.  
 עישנתי בעבר, בין השנים \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ כמות של \_\_\_\_\_ סיגריות / \_\_\_\_\_ סיגרים / \_\_\_\_\_ נרגילה / \_\_\_\_\_ מקטרת / \_\_\_\_\_ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.

מועמד ראשי				מועמד משני				מועמד			
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<b>א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיובית/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.</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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. האם בעשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון (1) <input type="checkbox"/> האם נותחת (28) <input type="checkbox"/> האם 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 בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> לגילוי סרטן <input type="checkbox"/> לאבחון בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי 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 בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: <input type="checkbox"/> האם נקבעה לך נכות או הגישה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד? (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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____											
<b>ב. האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הנך מטופלת ו/או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון ו/או מסמכים רפואיים.</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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יתור שומנים בדם (7) <input type="checkbox"/> יתור לחץ דם בחמש השנים האחרונות (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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <input type="checkbox"/> סחרחורת <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 יופנה להורה או אפטרופוס של פסול דין											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: <input type="checkbox"/> ירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> ירידה 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברונכיטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> דום נשימה בשינה (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"/>
5. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופתייה <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"/> אנמיה (12) <input type="checkbox"/> מחלות דם (לרבות הפרעות קרישה)											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> מחלת נפש <input type="checkbox"/> הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון (13)											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 כבד <input type="checkbox"/> הפטיטיס/צהבת <input type="checkbox"/> שחמת הכבד <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי הכבד (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"/>
8. <input type="checkbox"/> בעיות מעיים ודרכי העיכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה (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"/>
9. <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 (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"/>
10. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נגשאות 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"/>
11. <input type="checkbox"/> בעיות ראומטולוגיות <input type="checkbox"/> מחלת זעזועים <input type="checkbox"/> מפרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> פיברומיאליגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוט (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס 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"/>
12. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים) <input type="checkbox"/> חשד לגידול/שומות במעקב (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"/>
13. <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוביות <input type="checkbox"/> לופוס/זבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> הנטינגטון											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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. <input type="checkbox"/> הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות <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											

072026 גרסה

**\*3453**



dt3020



### 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.
- 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.
  - 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 כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.
  - 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 יכנס 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.

### 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 לאתר האינטרנט והסכמתי 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 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 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 ישותף (בישראל או מחוץ לישראל), לאילו מטרות וזכויותך 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](http://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 בו מהסכמתי זו באמצעות כל אחד מהאופנים הבאים, בהתאם לבחירתי: מסירת הודעה לחברה בדואר אלקטרוני לכתובת [unsubscribe@hcsra.co.il](mailto: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](http://www.hcsra.co.il/general/marketing-consents)

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 כמבטלת.

### 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 לה' 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



## 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 \_\_\_\_\_

