

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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	מין ☐ זכר ☐ נקבה	מצב משפחתי ☐ גרוש/ה ☐ נשוי/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה
	כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב
	מיקוד				
	טלפון נייד	טלפון נייד	מקצוע	עיסוק בפועל	
	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 אגא סמן ☐ .					
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).					
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? ☐ לא ☐ כן					
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? ☐ לא ☐ כן					

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	מין ☐ זכר ☐ נקבה	מצב משפחתי ☐ גרוש/ה ☐ נשוי/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה
	כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב
	מיקוד				
	טלפון נייד	טלפון	מקצוע	עיסוק בפועל	
	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 אגא סמן ☐ .					
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).					
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? ☐ לא ☐ כן					
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? ☐ לא ☐ כן					

תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין)	אופן הגביה ☐ הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) ☐ כרטיס אשראי (נא למלא הוראה לחיוב כרטיס אשראי) ☐ הוראת קבע הקיימת בפוליסה (על הפוליסה להיות פעילה ובבעלות המבוטח) משלם שאינו מבוטח, יש למלא טופס "הצהרת גורם משלם שאינו המבוטח/ת ו/או בעל/ת הפוליסה"
---------------------------------	---

שם הבנק המלווה:	מספר סניף:
כתובת: רחוב	מספר
	יישוב
	מיקוד

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)				
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.				
תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: ✕ _____ חתימת מועמד משני: ✕ _____				

*3453



^dt3015

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

עמוד 1 מתוך 7

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 ☐ נקבה		
					☐ זכר ☐ נקבה		
	משני				☐ זכר ☐ נקבה		

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

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

הערות / תוספות: _____

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה בתוקף			
מועמד ראשי		מועמד משני	
ק	לא	ק	לא
☐	☐	☐	☐
כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח משכנתא להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)			
☐	☐	☐	☐
1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח משכנתא?			
☐	☐	☐	☐
2. במידה וענית כן בסעיף 1 - האם בכוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?			
☐	☐	☐	☐
3. במידה וענית כן בסעיף 2 - 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 לביטוח (נספח ג') שם חברת הביטוח המבטחת: _____			
לידיעתך הודעת ביטול (נספח ג') בהתאם לסעיף 3' 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	
מועמד ראשי		תאריך	
מועמד משני		חתימה	
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.			
תאריך: _____		שם הסוכן: _____	
חתימת הסוכן: * _____			

הצהרת בריאות מקוצרת - ביטוח לריסק ומשכנתא

סכום ביטוח מקסימלי 1,000,000 ₪ | גיל כניסה ביטוחי 20 עד 55

סכומי הביטוח מצטברים וכוללים סכומי ביטוח קיימים וחדשים לכל מועמד בכל הפוליסות וההצעות בחברה.

מועמד ראשי	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
הרגלי עישון		האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? ☐ לא ☐ כן					
		אם כן: ☐ אני מעשן/עישנתי בשנתיים אחרונות: ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.					
מועמד משני	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
הרגלי עישון		האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? ☐ לא ☐ כן					
		אם כן: ☐ אני מעשן/עישנתי בשנתיים אחרונות: ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.					

שאלות כלליות	מועמד ראשי		מועמד משני	
	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)?		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)?	
	האם יש לך עיסוק מסוכן (כגון חומרים כימיים/רדיואקטיביים/קרינה) או שיש סיכון מיוחד באורח חייך או עיסוקך?		האם יש לך עיסוק מסוכן (כגון חומרים כימיים/רדיואקטיביים/קרינה) או שיש סיכון מיוחד באורח חייך או עיסוקך?	
	האם הנך בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?		האם הנך בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?	
תאריך: _____ חתימת המועמד ראשי: * _____ חתימת המועמד משני: *				

הצהרת בריאות

	מועמד ראשי		מועמד משני	
	כן	לא	כן	לא
1. האם בחמש שנים האחרונות השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐ סמים (שאלון 4) ☐ אלכוהול (שאלון 5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.	☐	☐	☐	☐
2. האם בשלוש שנים אחרונות אושפזת בבית חולים מעל יומיים (שאלון 1)	☐	☐	☐	☐
3. האם בשנתיים אחרונות נותחת או המליצו לך ו/או בכוונתך לעבור ניתוח (שאלון 28)	☐	☐	☐	☐
4. האם בשלוש שנים האחרונות: ☐ הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? ☐ הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?	☐	☐	☐	☐
5. האם בחמש שנים האחרונות עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ו/או הנך נמצא/ת היום במהלך בדיקות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? כגון: קולונוסקופיה, ממוגרפיה, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, בדיקות לאבחון בעיות לב כגון צנתור, מיפוי לב, אקו לב, בדיקות הדמיה: C.T/M.R.I, אולטרסאונד (למעט במעקב הריון), מיפוי עצמות, בדיקות דם ושתן (למעט שגרתיות) בדיקה לגילוי איידס. אם כן, יש לפרט איזה בדיקות ומה היו תוצאותיהן: _____	☐	☐	☐	☐
6. האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים: א. לב וכלי דם בחמש שנים האחרונות (לרבות הפרעות קרישה, יתר לחץ דם (שאלון 8) או שומנים בדם (שאלון 7) ב. סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (שאלון 6) ג. סרטן / מחלה ממארת או גידולים ממאירים או חשש לגידול (שאלון 26) ד. ☐ מחלות עיכול/מעי כגון: קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס (שאלון 15) ☐ מחלות כבד, הפרעה בתפקודי כבד שחמת או צהבת או מחלות לבלב (*מכתב מרופא) ה. מוח ומערכת עצבים (*מכתב רופא) ו. ריאות ונשימה: (שאלון 11) ז. הפרעה ו/או מחלה נפשית כגון דיכאון, חרדה, פוסט טראומה, מחלת נפש, אשפוז פסיכיאטרי (שאלון 13) ח. כליות ודרכי השתן (*מכתב מרופא) ט. מחלות זיהומיות/חיסוניות: איידס/נשאות איידס, לופוס (זאבת), דלקת פרקים, סקלרודרמה, מחלת חום מעל 3 חודשים (*מכתב רופא) י. האם נקבעה לך נכות מעל 35% בגין מום מולד או נרכש, פציעה או מחלה או שהנך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או נמצא כעת באי כושר לעבודה? (*מכתב רופא / פרוטוקול קביעת נכות).	☐	☐	☐	☐

*3453



^dt3025

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

עמוד 3 מתוך 7

הערות:		
פירוט ממצאים חייביים:		
שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא אירועים חוזרים כן/לא, סוג טיפול (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 המועמד הראשי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה * _____

תאריך: _____ שם המועמד המשני: _____ מספר ת.ז.: _____ 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. ☐ בסיומן 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 המשני: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה * _____

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית	
אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכוניהם הרפואיים 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 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: * _____

הצהרת משלם שאינו המבוטח	
אני החתום מטה, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים אודות אופן תשלום הגביה לרבות התשלום/ים שיבוצע/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 יירשם לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.	
תאריך:	שם מלא: _____ מס' ת"ז: _____ זיקה למבוטח: _____ חתימה: * _____

הצהרת המועמדים 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 ו/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 והאיל וחברת הביטוח נסמכת על תשובותיי. ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
 - הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי שחזרה 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, החרגים והסייגים המהותיים.
 - הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותי הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף.
 - 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 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 להחזרת 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 מיון 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 שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח, וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע להיתכנות תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים, המהווים פגיעה בפרטיות, וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים, שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתמסור ישמר במאגרי המידע של הקבוצה ומוגן בהתאם לחוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981. תשומת ליבך, לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע, אך היה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/לטפל בפנייתך. המידע המבוקש נדרש לנו, בין היתר, לצורך מתן הצעה לביטוח ו/או התקשרות בעסקת ביטוח ו/או מתן שירות לפוליסה קיימת ו/או טיפול בתביעות ו/או תיווך בביטוח ושיווק פנסיוני. המידע משמש את הכשרה גם לצורך עיבוד נתונים על לקוחות החברה. המידע יימסר לגורמים התומכים בפעילות הביטוחית של החברה וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים, בין היתר, גם בקשר למטרות אלו. לפירוט בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hcsra.co.il 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.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי: * _____ חתימת מועמד משני: * _____

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, 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.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי: * _____ חתימת מועמד משני: * _____

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:

- טלפון *3453
- אתר אינטרנט של החברה: 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 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 הוצע 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: * _____

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 581801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

עמוד 5 מתוך 7

הוראה לחיוב חשבון / הוראה לחיוב כרטיס אשראי

- מבוטח נכבד!
- בחודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשיך הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הנ"ל בחשבוןך 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	☐ דיינרס	☐ 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 חובים 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 שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ויישאר 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: ☐ 5 ☐ 10 ☐ 25 **תאריך:** _____ **חתימת בעל הכרטיס** _____

הוראה לחיוב חשבון

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

אם יישלחו ע"י המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו ע"י הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לכבוד: _____
בנק: _____
סניף: _____
כתובת סניף: _____

☐ **הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות. או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:**

☐ **תקרת סכום לחיוב:** _____ **ש.**
☐ **מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום** ____/____/____

נא לסמן מועד גביה רצוי: ☐ 5 ☐ 10 ☐ 25

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

1. אני/והח"מ _____ **כתובת:** _____ **מס' זהות / ח.פ.** _____ **שם בעלי החשבון** כמופיע בספרי הבנק _____ **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).
2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
3. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
4. 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.
5. נהיה ראויים לבטל לחיוב מסוים ולבטל, 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.
6. נהיה ראויים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
7. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
8. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
9. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
10. רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
11. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
12. נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו 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.

תאריך: _____ **חתימת בעל החשבון** _____

מספר חשבון		סוג חשבון	קוד מסלקה
בנק		סניף	
קוד מוסד		אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה	
409			

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 לכביצונו, כל עוד לא התקבלה 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.

תאריך: _____ **בנק:** _____ **סניף:** _____ **חתימה וחותמת הסניף:** _____

***3453**



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 _____.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____