

הצעה לביטוח פנסיוני להפקדות שוטפות לשכירים או לבעלי שליטה

□ עתיד למנהלים ועובדים שכירים □ עתיד 60 פלוס למנהלים ועובדים שכירים

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/אנו החתומים מטה העובד או /ו המועמד לביטוח פונים בזה להכשרה חברה לביטוח בע"מ בבקשה להצטרף לתכנית ביטוח חיים כמפורט להלן:

שם המשווק הפנסיוני:	מס' משווק פנסיוני:
---------------------	--------------------

1. פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר חברה (ח.פ.) או זהות	שם איש קשר
רחוב	מספר	ת.ד.
מס' טלפון	מס' פקס	דוא"ל

2. פרטי המבוטח / המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
רחוב	מספר	דירה	ת.ד.	יישוב	מיקוד
מס' טלפון ביד	מס' 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 וזאת במקום קבלתם באמצעות דואר ישראל. ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן □. לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט www.hcsra.co.il בחירתך לשליחת המידע תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

תחביבים מסוכנים או ספורט אתגרי, כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה, טיס וכו' פרט: (בהתאם לרשימת ספורט אתגרי כפי שהיא מופיעה באתר האינטרנט של החברה)	לא □ כן, פרט: (במידה והתשובה הינה כן יש לצרף שאלון)
האם אתה בעל רישיון טיס / איש צוות אוויר / בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	לא □ כן, פרט: (במידה והתשובה הינה כן יש לצרף שאלון)

3. פרטי הביטוח היסודי

סוג תכנית	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין)	תאריך תחילת עבודה	הצמדת הפקדות	גיל תום תקופת ביטוח
מנהלים □ בעלי שליטה □	01 / ____ / ____	01 / ____ / ____	☒ לשכר (תקבול)	60-67 במידה שלא צוין, ייקבע גיל תום לגיל 67

4. אופן חלוקת ההפקדות בפוליסה	פיצויים	תגמולי מעסיק	תגמולי עובד	א.כ.ע*
שכר מבוסס (יסודי) _____ ש"ח	_____ %	_____ %	_____ %	☐
שעות נוספות _____ ש"ח	_____ %	_____ %	_____ %	☐
הוצאות _____ ש"ח	_____ %	_____ %	_____ %	☐

* יש לפרט תקציב לאובדן כושר עבודה בסעיף 6

5. שליטה על רכיב הפיצויים (תתאפשר בחירה של אחת מהאפשרויות)

ניתן לסמן אחד מהסעיפים מטה. בהיעדר סימון וחתימת מעסיק באחת מהאפשרויות, ברירת מחדל תהיה "לא"
הסכם לפי סעיף 14
קיים בין העובד והמעסיק הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג-1963 בהתאם לאישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורין, אם קיימת הצהרה לגבי תחולת סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין ולא הוחלט על רכיבת כסיו אבדן כושר עבודה במסגרת הצעה זו, הרי שהמועמד לביטוח והמעסיק מצהירים, כי ידוע להם שבמסגרת הצעה זו הם בחרו שלא לרכוש כסיו אבדן כושר עבודה והם פוטרם את החברה מכל אחריות בקשר לכך.

ויתור אוטומטי

המעסיק מאשר, שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נותן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.	כן □ לא □
--	-----------

זכאות בלא תנאי

לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים. המעסיק מאשר כי העובד יהיה זכאי למשוך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל ביום _____ או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעסיק ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל. המעסיק מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בפוליסת הביטוח לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל הינה הוראה בלתי חוזרת למבטח לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי והיא איננה ניתנת לביטול או לשינוי. זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג-1963. לידיעת המעסיק, במקרה של זכאות בלא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים להבדיל ממרכיב התגמולים, העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצויי הפיטורין בעת סיום עבודתו של העובד.	כן □ לא □
---	-----------

תאריך:	חתימת וחותמת המעסיק: X
--------	------------------------

***3453**

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

עמוד 1 מתוך 11



dt3010

6. אופן תשלום הפרמיה לאובדן כושר עבודה (הפיצוי מוגבל עד 75% מהשכר)
יש לבחור באחת מן האופציות הבאות:

- ☐ רכישה מחוץ להפקדה לתגמולים
 תקציב נפרד לצורך תשלום פרמיה לאובדן כושר עבודה על חשבון המעסיק. יש לבחור באפשרות זו רק במקרים בהם תשלום המעסיק הינו לרכישת כיסוי זה בשיעור הדרוש להבטחת 75% משכרו של העובד או בשיעור של 2.5% משכרו כאמור, לפי הנמוך. במקרה שעלות הפרמיה תעלה על התקציב הנפרד, יוקטן שיעור הפיצוי החודשי בהתאם לתקציב.
- ☐ הסכם לאובדן כושר עבודה מפעלי בעלות של % _____ מהשכר, לתקופה של _____ שנים.
לתשומת לבך, ההסכם המפעלי עם מעסיקך נקבע לתקופה של מספר שנים כמצויין מעלה, אולם, ככל שהצטרפותך להסכם המפעלי הינה באמצע תקופת ההסכם, ייתכן ובפועל התעריף המפעלי יסתיים או יעודכן עבורך במועד מוקדם יותר. ככל שיבוצע עדכון כלשהו בתעריף לאובדן כושר עבודה תישלח אליך פוליסה עדכנית הכוללת את השינוי האמור.

אחוז הפיצוי מהשכר: _____ (עד 75% מהשכר)	☐ רכישה מתוך ההפקדה לתגמולים שיעור הפיצוי יהיה קבוע לכל תקופת הביטוח וייקבע כך שהעלות המצטברת עד לכל אחד ממעדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך ההפקדות לתגמולים בפוליסה וזאת בכפוף לתקנה 3(6) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל), תשע"ג 2013. בהתאם לתנאי הפוליסה, קביעת שיעור הפיצוי תעשה על בסיס הנחות היסוד הבאות: שיעור ההפקדות לתגמולים יהיה נקוב בהצעה, תשלומים רצופים לפוליסה, גידול שכר שנתי של 2%, ריבית היוון שנתי בגובה של 2.91%. ככל שהנחות אלו לא יתקיימו ייתכן ששיעור הפיצוי החודשי יקטן והודעה על כך תישלח למבוטח.
---	---

7. מסלולי השקעה*

	מסלול השקעה	% הפקדה בתגמולים	% הפקדה בפיצויים
הכשרה - אג"ח ממשלות		%	%
הכשרה - מניות		%	%
הכשרה - משולב סחיר		%	%
הכשרה - עוקב מדדים גמיש		%	%
הכשרה - עוקב מדד S&P 500		%	%
הכשרה - כספי (שקלי) ☐ 6 חודשים ☐ 12 חודשים ☐ 24 חודשים בחירת מסלול בתום התקופה : _____ _____ _____ _____ _____			
		%	%
		%	%
		%	%
		%	%
מודל השקעה תלוי גיל		%	%
הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה		%	%
הכשרה - לבני 60 ומעלה		%	%
הכשרה - לבני 50-60		%	%
		סה"כ 100%	סה"כ 100%

* כל שלא יבחר מסלול השקעה, יושקעו הכספים במודל השקעות תלוי גיל - מסלול ברירת מחדל.

מודל השקעות תלוי גיל (מסלול ברירת מחדל) תואם את גיל המבוטח, שינוי המסלול יבוצע אוטומטית בהתאם לגילך לאד מ-3 המסלולים הבאים:

- א. הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה.
 ב. הכשרה - מסלול לבני 50-60.
 ג. הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה.

* כל שנבחר מסלול כספי (שקלי) ולא נבחר מסלול המשך בתום התקופה, צבירת הכספים במסלול הכספי תועבר למסלול ברירת מחדל (הכשרה - מסלול תלוי גיל)

* שיעור העלות השנתית הצפויה יוצג לך לאחר סיום ההצטרפות, באזור האישי שלך באתר שלנו www.hcsra.co.il.

* הצגת שיעור העלות השנתית הצפויה מהווה תחזית בלבד, ומבוססת על מגוון רחב של הנחות אשר חלקן מבוסס על נתוני שנים קודמות ועל נוסחת המרה אחידה, ואשר כולן נערכו בהתבסס על המידע שהיה זמין לגוף המוסדי בתחילת שנת הדיווח שבגינה מוצגת העלות השנתית הצפויה ובהתאם לנתונים האמורים. שיעור ההוצאות הישירות הצפוי בשל ביצוע השקעות מוצג לכל מסלול השקעה ובהתאם לצבירה בכל מסלול השקעה יחסית לצבירה הכוללת בכל מסלולים. אי לכך, אין בהצגה זו בכדי לחייב את הגוף המוסדי לגביית עלויות בהתאם לשיעור העלות השנתית הצפויה, וכי השיעור בפועל ייקבע בין היתר, בהתאם להשקעות שיבוצעו במהלך השנה, לתשואות שיושגו במהלך השנה על נכסי העמיתים במסלול ההשקעה ובהתאם לסך המשכיות וההפקדות שיבוצעו בחשבון במהלך השנה. כמו כן, הגוף המוסדי אינו מחויב בעדכון או שינוי שיעור העלות השנתית הצפויה על מנת לשקף אירועים או בסיבות שיחולו לאחר הצגתו.

8. מינוי מוטבים במות המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה	חלק יחסי (באחוזים)
			זכר ☐ נקבה ☐			
			זכר ☐ נקבה ☐			
			זכר ☐ נקבה ☐			
			זכר ☐ נקבה ☐			

בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה. יובהר כי כספי הפיצויים אינם מהווים חלק מהעזבון וישולמו לשאירים כהגדרתם בחוק פיצויי פטורין ובכפוף לחוק זה.

***3453**

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

עמוד 2 מתוך 11

9. דמי ניהול בתקופת החיסכון		
דמי ניהול מהתשלום השוטף	דמי ניהול שנתיים מהחיסכון המצטבר	
3%	0.5% יורד ל-0.2% בחיסכון מצטבר העולה על 400,000 ₪**	☐
אחר _____	אחר _____	☐

- * בשיעורי הפקדות לפוליסה שלא יפחתו מ-20.83% מהשכר המבוטח לתשומת לבך, דמי הניהול המפורטים לעיל יקבעו בהתאם לשכר ולשיעורי ההפקדות כפי שהוצהר על ידך במועד החתימה על הצעת ביטוח זו. ככל שבעתיד ישתנו התשלומים שישולמו בפועל לפוליסה, באחריותך לעדכן בכתב את החברה על שינויים אלה על מנת שדמי הניהול יעודכנו בגין פוליסה זו.
- ** במידה וההפקדות השוטפות לחיסכון יופסקו, יעודכנו דמי הניהול מהחיסכון המצטבר לשיעור שנתי של 1.05%

10. כיסוי ביטוחי למקרה מוות (מגן 1) - מתוך ההפקדה לתגמולים	
ידוע לי כי סכום הביטוח למקרה מוות יהיה צמוד למדד המחירים לצרכן, למען הסר ספק, העלות עבור הכיסוי הביטוח תגבה מתוך ההפרשות לתגמולים. העלות המצטברת עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך רכישה מתוך ההפקדה לתגמולים בפוליסה וזאת בכפוף לתקנה 3 (6) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל), תשע"ג 2013. במקרה שעלויות הכיסויים הביטוחיים תעלה על 35% מתוך ההפרשה לרכיב התגמולים, תוקטן תחילה הכיסוי למקרה מוות ולאחר מכן הכיסוי לאובדן כושר עבודה. תום תקופת ביטוח לכיסוי ביטוח זה תקבע לפי הביטוח היסודי. לתשומת ליבך, במידה ותבחר לרכוש בנוסף כיסוי לאובדן כושר עבודה מתוך ההפקדות לתגמולים במסגרת סעיף 6 כמפורט מעלה, הפרמיות לכיסוי זה ייכללו בתקרת הפרמיה לכיסויים ביטוחיים. לתשומת ליבך, במידה ותבחר לרכוש בנוסף כיסוי לאובדן כושר עבודה מחוץ ההפקדות לתגמולים במסגרת סעיף 6 כמפורט מעלה, תפחית החברה מתוך התקציב המקסימלי לרכישת כיסויים ביטוחיים תקציב של 2.5 מהשכר והיתרה תשמש לרכישת הכיסוי למקרה מוות.	* מספר משכורות (שכר מבוטח יסודי) _____ * מספר המשכורות נקבע בהתאם לשכר מבוטח יסודי כמפורט בסעיף 4 בטופס הצעה זה. סכום הביטוח יכלול את החיסכון המצטבר בפוליסה. לתשומת ליבך, ככל ונדרש סכום ביטוח גבוה מסכום ביטוח המבוקש בפוליסת מנהלים זו, באפשרותך לרכוש סכום ביטוח נוסף למקרה מוות בפוליסה פרטית נפרדת.

11. כיסוי לאובדן כושר עבודה ושחרור מתשלום פרמיה (מגן להכנסה)																					
הערות לגבי הכיסוי הביטוחי לאובדן כושר עבודה	סוג הכיסוי																				
כיסויים ביטוחיים לרכישה מתוך ההפקדה לתגמולים: 1. ידוע לי כי שיעור הכיסוי הביטוחי לאובדן כושר עבודה יחושב וייקבע לאורך כל תקופת הביטוח במועד רכישת הכיסוי מתוך התגמולים על בסיס ההנחות הקבועות בתנאי הפוליסה. שיעור הכיסוי עלול לקטון בשל אי התממשות ההנחות הקבועות בתנאי הפוליסה. 2. העלות המצטברת של הכיסויים הביטוחיים הנרכשים מתוך התגמולים עבור תקופת הביטוח של הפוליסה עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח, לא תעלה על 35% מסך ההפקדות למרכיב התגמולים שמופקדים על ידי ועל ידי המעסיק עד לאותו מועד ("התקרה") והכל בהתאם להסדר התחקירתי כפי שיקבע מעת לעת ולתנאי הפוליסה. כיסויים ביטוחיים לרכישה מעל ההפקדה לתגמולים: ככל שהכיסוי לאובדן כושר עבודה יירכש בתקציב נפרד על חשבון המעסיק, מעל ההפקדה לתגמולים, כפי שהוגדר בסעיף 6 לעיל, ידוע לי כי ככל שהתקציב לכיסוי לאובדן כושר עבודה, על חשבון המעסיק לא יכסה את עלות הכיסוי החודשי לאובדן כושר עבודה, יירכש עבורי כיסוי ביטוחי מוקטן מהמבוקש בגין אובדן כושר עבודה.	השכר המבוטח: זהה לשכר המבוטח בפוליסה כפי שהוגדר לעיל הכיסוי יירכש מתוך / מעל ההפקדה לתגמולים כפי שהוגדר לעיל ב"אופן חלוקת ההפקדות בפוליסה" גיל תום לכיסוי _____ (עד 67-60) בהעדר הנחיות ברירת המחדל תהיה 67 <table border="1"> <thead> <tr> <th>הערות</th><th>הרחבות לכיסוי בסיס</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td>☒ אובדן כושר עבודה חלקי</td></tr> <tr> <td>☐ מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה</td><td>☐ הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)</td></tr> <tr> <td>☐ לא ניתן לרכוש יחד עם קיצור תקופת המתנה</td><td>☐ פרנצי'זה</td></tr> <tr> <td>☐ לא ניתן לרכוש יחד עם פרנצי'זה.</td><td>☐ קיצור תקופת המתנה 1 חודש</td></tr> <tr> <td>☐ מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.</td><td>☐ הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה</td></tr> <tr> <td>☐ יש לסמן אחת מהאפשרויות</td><td>☐ 1% ☐ 2%</td></tr> <tr> <td></td><td>☐ הגדלת גג חתם 25%</td></tr> <tr> <td></td><td>☐ תשלום נוסף במקרה סיעודי</td></tr> <tr> <td></td><td>☐ ביטול קיזוז מגורם ממשלתי</td></tr> </tbody> </table> * בקרת מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% מממוצע השכר המבוטח ב-12 החודשים או ב-3 חודשים טרם קרת מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכל בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה. ** הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים, לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי דמי ניהול בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תחשיבית של 2.5%.	הערות	הרחבות לכיסוי בסיס		☒ אובדן כושר עבודה חלקי	☐ מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה	☐ הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)	☐ לא ניתן לרכוש יחד עם קיצור תקופת המתנה	☐ פרנצי'זה	☐ לא ניתן לרכוש יחד עם פרנצי'זה.	☐ קיצור תקופת המתנה 1 חודש	☐ מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.	☐ הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה	☐ יש לסמן אחת מהאפשרויות	☐ 1% ☐ 2%		☐ הגדלת גג חתם 25%		☐ תשלום נוסף במקרה סיעודי		☐ ביטול קיזוז מגורם ממשלתי
הערות	הרחבות לכיסוי בסיס																				
	☒ אובדן כושר עבודה חלקי																				
☐ מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה	☐ הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)																				
☐ לא ניתן לרכוש יחד עם קיצור תקופת המתנה	☐ פרנצי'זה																				
☐ לא ניתן לרכוש יחד עם פרנצי'זה.	☐ קיצור תקופת המתנה 1 חודש																				
☐ מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.	☐ הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה																				
☐ יש לסמן אחת מהאפשרויות	☐ 1% ☐ 2%																				
	☐ הגדלת גג חתם 25%																				
	☐ תשלום נוסף במקרה סיעודי																				
	☐ ביטול קיזוז מגורם ממשלתי																				
הצהרת בעל הרשיון לענין כיסוי ביטוחי קיים על הכנסות מעבודה והתאמת הכיסוי הביטוחי למבוטח																					
חתימת בעל הרשיון - הנני מצהיר/ה בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה, כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוטח בקרן פנסיה ו/או הכנסה שאינה מבוטחת בחברת ביטוח בשיעור של 75%. במידה ורכשתי עבור המבוטח הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פירטתי בפני המבוטח אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם יופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ירכוש את ההרחבה.																					
תאריך: _____	חתימת בעל הרשיון: X _____																				

12. כיסוי ביטוחי למקרה מוות - ריסק פרט (שלא ע"ח הפקדה לתגמולים, יירכש בפוליסה נפרדת, יש לצרף אמצעי תשלום נפרד)

□ מגן 1 (כיסוי לגיל 85) סכום ביטוח _____ ש"ח
המוטבים למקרה מוות יהיו אותם המוטבים שנקבעו במסגרת סעיף 8 בהצעת ביטוח זו, אלא אם כן ייקבע אחרת ע"י המבוטח, במפורש ובכתב.

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה מקורית (רלוונטי אך ורק ללקוח שרוכש ריסק פרט)

מועמד לביטוח		כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חיים להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)
לא	כן	
☐	☐	1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח חיים?
☐	☐	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 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.

שם המועמד לביטוח	תאריך	חתימה

הצהרת סוכן

למיטב הבנתי, עסקה זו כרוכה בהחלפת פוליסת ביטוח שבתוקף □ כן □ 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

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

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:

1. טלפון 3453*

2. 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.

למועמדים מגיל 60, יש לצרף מסמך רפואי מרופא מטפל אשר יכלול, ביתוחים, תרופות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקה דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
	גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
הרגלי עישון	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____					
	☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת / ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת, ☐ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.					

תשובת המועמד לביטוח		א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיובית/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.
כן	לא	
☐	☐	1. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: ☐ מחלת הסרטן (יש לפרט סוג סרטן) _____, ☐ בעיות ומחלות לב ☐ סכרת ☐ מחלות ניווניות/כרוניות ☐ בעיות ומחלות נפשיות ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ כליות פוליציסטיות ☐ פרקינסון
☐	☐	2. בעשר השנים האחרונות: ☐ האם אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון ☐ האם נותחת ☐ האם יעצו לך לעבור ניתוח?
☐	☐	3. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות בחמש השנים האחרונות: ☐ לגילוי סרטן ☐ לאבחון בעיות לב ☐ בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) ☐ מיפיו עצמות ☐ בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי ☐ בדיקה לגילוי איידס
☐	☐	4. האם בחמש השנים האחרונות: ☐ הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? ☐ הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?
☐	☐	5. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: ☐ האם נקבעה לך נכות או הגושה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה (2). תאונה (3) או מום מולד?
☐	☐	6. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐ סמים (4) ☐ אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____
כן	לא	ב. האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הנך מטופל/ת ו/או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון ו/או מסמכים רפואיים.
☐	☐	1. ☐ סכרת (6) ☐ יתר שומנים בדם (7) ☐ יתר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8)
☐	☐	2. ☐ מערכת העצבים והמוח ☐ אירוע מוחי ☐ שיתוק ☐ הפרעות תחושה/תנועה ☐ סחרחורות ☐ אפילפסיה (9) ☐ שיתוק מוחין ☐ פרקינסון ☐ טרשת נפוצה ☐ הפרעות קשב וריכוז (10) ☐ אוטיזם ☐ פיגור
☐	☐	3. ☐ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: ☐ ירידה בקוגניציה ☐ ירידה בזיכרון?
☐	☐	4. ☐ ריאות ☐ דרכי הנשימה ☐ אסטמה ☐ ברונכיטיס ☐ אמפיזמה ☐ מחלת ריאות חסימתית ☐ שחפת (11)
☐	☐	5. ☐ בעיות ומחלות לב ☐ בעיות ומחלות כלי הדם ☐ התקף לב ☐ קרדיومیופתיה ☐ טרומבозה ☐ מחלת לב איסכמית ☐ אי ספיקת לב ☐ הפרעות קצב הלב ☐ בעיות מסתמי הלב ☐ מומי לב ☐ דלקת כלי הדם/וסקוליטיס ☐ אנמיה (12)
☐	☐	6. ☐ מחלת נפש ☐ הפרעה נפשית ☐ חרדה ☐ דיכאון (13)
☐	☐	7. ☐ בעיות ומחלות כבד ☐ הפטיטיס/צהבת ☐ שחמת הכבד ☐ כבד שומני ☐ הפרעה בתפקודי הכבד (14)
☐	☐	8. ☐ בעיות מעיים ☐ דרכי העיכול ☐ קרוהן ☐ קוליטיס ☐ אולקוס/כיב קיבה ☐ מעי רגז ☐ פיסורה ☐ טחורים (15)
☐	☐	9. ☐ בעיות ומחלות כליות ☐ דרכי השתן ☐ אי ספיקת כליות ☐ כליות פוליציסטיות ☐ דם או חלבון בשתן (16)
☐	☐	10. ☐ מחלת איידס ☐ נשאות איידס
☐	☐	11. ☐ בעיות ראומטולוגיות ☐ מחלת ובעיות מפרקים ועצמות ☐ דלקת פרקים ☐ פיברומיאלגיה (17) ☐ גאوت (18) ☐ פוליו ☐ בריחת סידן ☐ אנקילוזינג ספונדיליטיס F.M.F. (19)
☐	☐	12. ☐ סרטן ☐ מחלות ממאירות ☐ גידולים (ממאירים או שפירים)
☐	☐	13. ☐ מחלות אוטואימוניות ☐ מחלות ניווניות ☐ מחלות כרוניות ☐ לופוס/זאבת ☐ ניוון שרירים ☐ סרקואידוזיס ☐ הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות כולל בעיות ומחלות בלוטות
☐	☐	14. ☐ מחלות עיניים וראייה: ☐ גלאוקומה ☐ רטיניטיס פיגמנטוזה ☐ קוצר ראייה (מספר עדשות מעל 7) ☐ קרטוקונוס ☐ בעיה אחרת (22)
☐	☐	15. ☐ מחלות אף אוזן וגרון: ☐ ירידה בשמיעה ☐ טנטון ☐ אף ☐ גרון (23)
☐	☐	16. ☐ בעיות אורטופדיות: ☐ כאבי גב ו/או צוואר (24) ☐ בעיה בעמוד שדרה (24) ☐ בלט דיסק ו/או פריצת דיסק (24) ☐ בעיות ו/או קרעיות ברצועות או במיניסקוס ☐ CTS ☐ בעיה אחרת

הערות	

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

09.2025 10:17

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 עובדיהם 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 וויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את מוטביי, את 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 לביטוח:** _____ **מספר ת.ז.:** _____ **חתימה *** _____

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

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

הצהרות המועמד 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 המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שכלל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך הוואל וחברת הביטוח נסמכת על תשובותי. ידוע לי כי עלי לידע אתכם על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית/קבלת ההצעה. הנני מתחייב להודיע לכם אם בעתיד יחול שינוי במידע שמסרתי וזאת מייד אם היוודע לי על השינוי.

- הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי שחזרה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהכשרה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות, בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה הראשונה בפועל, לפי המוקדם מביניהם.
- קיבלתי פירוט בדבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החריגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המסגרת והשתתפות עצמית וכן (במקרה של ביטוח בריאות) פירוט של כללי הגילוי נאות שנקבעו על ידי המפקח על הביטוח.
- הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישורן או בעקיפין למצב בריאותי הלקו, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
- 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. הוצעה 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 כאסטרופוס/ית טבעי/ת.
- ידוע לי כי ההתקשרות עם הקבוצה תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת תשלום בגין הפקדה ראשונה ובאישור החברה המועמד לביטוח.
- במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
- במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפניי דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.
- יובהר, כי בנוסף לדמי הניהול החברה תנכה מהכיסון המצטבר הוצאות ניהול וביצוע השקעות, כך שחישוב התשואה במסלולי ההשקעה ויתרות הכספים שהופקדו בפוליסה ייעשה לאחר ניכוי הוצאות אלו. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מנכסי הקופה, בהתאם לבתי ההשקעות השונים, מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hcsra.co.il
- ככל שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שיוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1988, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבלת לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.

הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה:

אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוסס על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי המוצהרת הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. בנוסף ככל שפרשנה עבורי הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פורטו בפניי אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם אופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ארכוש את ההרחבה.

הסכמה למסירת פרטים למעסיקי:

אני מסכים כי נתונים ומידע אודות דמי הביטוח ששולמו על ידי המעסיק וכן על ידי וכן מידע לגבי החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים וכל מידע שעל פי ההסדר התחיקתי המעסיק זכאי לקבלו, יהיה זכאי המעסיק לקבלו והכשרה תהיה רשאית למסור לו מידע כאמור.

בקשה לקבלת קוד לאזור האישוי האינטרנטי:

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 גיבוי 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 אודות באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוג אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט הודעת מסר קצר (SMS) ורשתות חברתיות ובכל דרך אחרת. אני מסכים שהמידע אודותי יישמר במאגרי הקבוצה ובכלל זה, עיבודו, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל, וכן פעולות אחרות הנלוות לשימושים האמורים ו/או הנדרשות לשם השלמתם, 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

חתימת מועמד לביטוח: *

תאריך

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 אודותי יישמר 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 מהסכמתי זו ע"י מסירת הודעה לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו www.hcsra.co.il.

חתימת מועמד לביטוח: *

תאריך

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 יהיה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעביר 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 ייסמר 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 ייסמר, 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 אודותך ולתקן 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.

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, חיוון עם תום תקופת הביטוח, 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 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. וכן הוצגו פרטי הביטוח המוצע על פי כללי הפרסום וההמחשה שפורסמו על ידי המפקח על הביטוח.

חתימת המשוק הפנסיוני *

מס' המשוק הפנסיוני

שם המשוק הפנסיוני

תאריך

הצהרה בדבר תהליך השיווק הפנסיוני

אני הח"מ, מצהיר כי הוסבר לי שעל המשוק הפנסיוני להתאים את השיווק לצרכי הלקוח ובהתאם לכך לבחור עבורו את סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי המלצה מהמשוק הפנסיוני לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני לאחר שבייר עימי את מטרות החסכון שלי באמצעות מוצר פנסיוני להון או לקצבה, את מצבי הכספי בדרך כלל ואת החסכון הקיים שלי באמצעות מוצרים פנסיונים ככל שהסכמתי למסור מידע לגביהם. כמו כן קיבלתי מהמשוק הפנסיוני מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים לגבי כדאיות החסכון שלי באמצעות מוצר פנסיוני.

חתימת מועמד לביטוח: *

תאריך

(מינוי בעל רישיון) (נספח ב'2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו
(□ צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד _____
(שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: _____ מספר זיהוי _____

כתובת: _____

מיופה הכוח: במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד /תאגיד): _____ רישיון מס'

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אשר הינו: (1 יועץ פנסיוני □ 2 סוכן ביטוח פנסיוני □ סמן את האפשרות המתאימה.

טלפון _____ מניין _____

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותי להצטרפות למוצר או העברת בקשותי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדיון. העברת מידע אודותי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעסיק או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיזיפה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצרי.

¹ "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לת קנות בפיקוח על שירותים פיננסיים (ליעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיונית) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית). התשע"ב - 2012

² "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

³ **"מידע אודות מוצר" -** לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוח, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שגדרש.

⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31 ט(ז) (2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

⁵ "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא גלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (רשות)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
☐		
☐		

- * במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
- * במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לציין את ספרות המסלול.
- * אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
- * **אם סימנתי ✓ בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.**

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)
 שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

- ☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.
- ☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

✓ **חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.**

2. תוקפו של ייפוי כוח

שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

- ☐ הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה
- ☐ הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום _____.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

תאריך החתימה

חתימת סוכן הביטוח/היועץ הפנסיוני

שם סוכן הביטוח/ היועץ הפנסיוני

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 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 כלשהי 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
 ☐ ישראלכארד
 ☐ 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 חובותי 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 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: ☐ 3 ☐ 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: _____
 שם המוסד: הכשרה חברה לביטוח בע"מ

☐ 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: ☐ 5 ☐ 10 ☐ 25

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

1. אני/והח"מ _____ כתובת: _____
 שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' זהות / 9.ח. _____
 נותנים לכך 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 בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
5. נהיה רשאים לבטל לחיוב מסוים ולבטל, שהודעה על כך תימסר על ידינו בכתב לבנק, לאיאוחר מ-3 ימים עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעה תיטול נתינתה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
6. 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.
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 זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
10. רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, 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: _____
 שם המוסד: 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 לביצוע, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעל/ה החשבון או כל עוד לא הוצא/ה בעל/ה החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

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

***3453**



dt3200

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

עמוד 10 מתוך 11

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 * _____

