

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

פרטי מועמד ראשי (הצעיר מבין השניים)	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
	כתובת: רחוב	מס' בית	דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	מקצוע	עיסוק בפועל		
	כתובת 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 המיידעים 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	מצב משפחתי
	כתובת: רחוב	מס' בית	דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
	מס' טלפון נייד	מס' טלפון	מקצוע	עיסוק בפועל		
	כתובת 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 המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

פרטי הביטוח	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין)	אופן הגבייה
	01 / ____ / ____	☐ הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) ☐ כרטיס אשראי (נא למלא הוראה לחיוב כרטיס אשראי) ☐ הוראת קבע הקיימת בפוליסה מספר _____ (על הפוליסה להיות פעילה ובבעלות 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 _____ ש"ח	סכום _____ ש"ח

מוטבים במות המבוטח	מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה	חלק יחסי (באחוזים)
						☐ זכר ☐ נקבה		
						☐ זכר ☐ נקבה		
						☐ זכר ☐ נקבה		
	מועמד משני					☐ זכר ☐ נקבה		
						☐ זכר ☐ נקבה		
						☐ זכר ☐ נקבה		
						☐ זכר ☐ נקבה		

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

***3453**


dt3327

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

7 מתוך 1

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 מהמבוטחים למקרה מוות שקבעת בטופס ההצעה
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 ☐ נקבה			ש _____
				☐ זכר ☐ נקבה			ש _____
				☐ זכר ☐ נקבה			ש _____
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 ☐ נקבה			ש _____
				☐ זכר ☐ נקבה			ש _____
				☐ זכר ☐ נקבה			ש _____

*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.

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

הצהרת משלם שאינו המבוטח	אני החתום מטה, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים אודות אופן תשלום הגביה לרבות התשלום/ים שיבוצעו/ו עבור המבוטח/ים בטופס הצעה זה. ידוע לי כי כל תשלום של החברה לשלם מכוח בקשת הצטרפות זו או בקשר אליה (למעט החזר פרמיה) ישולמו לפקודת המבוטח ו/או מוטב בהתאם למקרה ולא לפקודת המשלם. למען הסר ספק אישור המס יירשם לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.
תאריך: _____ שם מלא: _____ מס' ת"ז: _____ זיקה למבוטח: _____ חתימה: *	

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה מקורית				
כחלק מרישיתך פוליסת ביטוח חיים להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)				
מועמד ראשי		מועמד משני		
כן	לא	כן	לא	
☐	☐	☐	☐	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.			
מועמד לביטוח	שם המועמד	תאריך	חתימה
מועמד ראשי			
מועמד משני			

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

***3453**

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

מתוך 7

הצהרת בריאות- ריסקים

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 ליום במשך _____ שנים. ☐ 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
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיובית/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.											
☐	☐	☐	☐	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 נפשיות _____ ☐ טרשת נפוצה _____ ☐ הנטינגטון _____ ☐ כליות פוליציסטיות _____ ☐ פרקינסון _____ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)							
☐	☐	☐	☐	2. האם בעשר השנים האחרונות: ☐ אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון (1) ☐ האם נותחת (28) ☐ האם יעצו לך לעבור ניתוח? (28)							
☐	☐	☐	☐	3. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות בחמש השנים האחרונות: ☐ לגילוי סרטן _____ ☐ לבאבחון בעיות לב _____ ☐ בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) _____ ☐ מיפוי 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 הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד? (3)							
☐	☐	☐	☐	6. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐ סמים (4) ☐ אלכוהול (5) _____ נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____							
☐	☐	☐	☐	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) ☐ ביתר לחץ דם ☐ ביתר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8)							
☐	☐	☐	☐	2. ☐ מערכת העצבים והמוח ☐ אירוע מוחי ☐ שיתוק ☐ הפרעות תחושה/תנועה ☐ סחרחורות ☐ אפילפסיה (9) ☐ שיתוק מוחין ☐ פרקינסון ☐ טרשת נפוצה ☐ אוטיזם ☐ פיגור יופנה להורה או אפוסרפוס של פסול דין							
☐	☐	☐	☐	3. ☐ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: ☐ ירידה בקוגניציה ☐ ירידה בזיכרון?							
☐	☐	☐	☐	4. ☐ ריאות ☐ דרכי הנשימה ☐ אסטמה ☐ ברוניטיס ☐ אמפיזמה ☐ מחלת ריאות חסימתית ☐ שחפת ☐ דום נשימה בשינה (11)							
☐	☐	☐	☐	5. ☐ בעיות ומחלות לב ☐ בעיות ומחלות כלי הדם ☐ התקף לב ☐ קרדיומיופטיה ☐ טרומבוזת ☐ מחלת לב איסכמית ☐ אי ספיקת לב ☐ הפרעות קצב הלב ☐ בעיות מסתמי הלב ☐ מומי לב ☐ דלקת כלי הדם/וסקוליטיס ☐ אנמיה (12) ☐ בעיות קרישה							
☐	☐	☐	☐	6. ☐ מחלת נפש ☐ הפרעה נפשית ☐ חרדה ☐ דיכאון (13)							
☐	☐	☐	☐	7. ☐ בעיות ומחלות כבד ☐ הפטיטיס/צהבת ☐ שחמת הכבד ☐ כבד שומני ☐ הפרעה בתפקודי הכבד							
☐	☐	☐	☐	8. ☐ בעיות מעיים ☐ דרכי העיכול ☐ קרוהן ☐ קוליטיס ☐ אולקוס/כיב קיבה							
☐	☐	☐	☐	9. ☐ בעיות ומחלות כליות ☐ דרכי השתן ☐ אי ספיקת כליות ☐ כליות פוליציסטיות ☐ דם או חלבון בשתן (16)							
☐	☐	☐	☐	10. ☐ מחלת איידס ☐ נשאות איידס							
☐	☐	☐	☐	11. ☐ בעיות ראוטולוגיות ☐ מחלת ובעיות מפרקים ועצמות ☐ דלקת פרקים ☐ פיברומיאלגיה (17) ☐ גאוט (18) ☐ פוליו ☐ אנקילוזינג ספונדיליטיס F.M.F (19)							
☐	☐	☐	☐	12. ☐ סרטן ☐ מחלות ממאירות ☐ גידולים (ממאירים או שפירים) ☐ חשד לגידול/שומות במעקב (26)							
☐	☐	☐	☐	13. ☐ מחלות אוטואימוניות ☐ מחלות ניווניות ☐ מחלות כרוניות ☐ לופוס/זאבת ☐ ניוון שרירים ☐ סרקואידוזיס ☐ הנטינגטון							
☐	☐	☐	☐	14. ☐ הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות ☐ בעיות ומחלות בלוטות ☐ ערמונית/פרוסטטה (20) ☐ בלוטת המגן/התריס (21) ☐ ביתרת המוח ☐ ביתרת הכליה ☐ בלוטת הרוק ☐ הלבבל							



dt3020

*3453

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

מתוך 3

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 *** _____

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 עובדיו 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 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 המפורטות בהצעה זו / או בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שכלל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך והואיל וחברת הביטוח נסמכת על תשובותי. 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 שחוזר 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 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.
 - הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותי הלקוח, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסתי לביטוח 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.
 - 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 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 להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שהיו 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 האישוי 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 בחברה מנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח").

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:

אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה ו/או אודותי 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/לספק 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 נמסר 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 לדין.

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 × _____ חתימת בעל הפוליסה: × _____

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 אודותי 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 × _____ 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

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

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 581801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

5 מתוך 7

מבוסס 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 בחשבונך 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 _____

☐ 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 בחסרם 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 סילוק ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם ביחס לרטיסי שיובקע במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי, כי ביצוע תשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לבזכר חיוב שיוצב אליה על ידי חברת הביטוח.

נא לסמן מועד גביה רצוי: ☐ 5 ☐ 10 ☐ 25 תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס

לכבוד: _____										
בנק: _____										
סניף: _____										
כתובת סניף: _____										
☐ הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות. או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות										
מספר חשבון					סוג חשבון					קוד מסלקה
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק
										סניף
										בנק

כתובת סניף: _____

☐ תקרת סכום לחיוב: _____ ₪.

☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____/_____/_____

נא לסמן מועד גביה רצוי: ☐ 5 ☐ 10 ☐ 25

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

1. אני/והח"מ	מס' זהות / ח.פ	כתובת:	רחוב	מס' ישוב	מיקוד
שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק					

הכשרה חברה לביטוח בע"מ
האגף לביטוח חיים
רח' המלאכה 6
חולון 581180

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מידי פעם בפעם ואשר מס' מספר חשבונו בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה, רשמנו לפניה את ההוראות ונפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת בליציעו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצאו/ בעל/י החשבון מההסדר. אישור זה לא יפגע בתחתיבותיכם בביתנו ככלפינו, ששנתם על ידיכם.

תאריך: _____ סניף: _____ חתימה וחותמת הסניף: _____



***3453**

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

6 מתור 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

