

הצעה לביטוח חיים ריסק

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/נשואה <input type="checkbox"/> רווקה/אלמנה <input type="checkbox"/>
	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 . 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 <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> גרושה/נשואה <input type="checkbox"/> רווקה/אלמנה <input type="checkbox"/>
	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 . 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 <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 | הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלכה 6, ת.ד.

1 מתוך 8

מועמד ראשי	מועמד משני	
<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/קרינה) 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?
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 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 כן בסעיף 1 - האם בכוונתך 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 כן בסעיף 2 - האם ברצונך כי בקשת הביטול של הפוליסה הקיימת ברשותך תישלח באמצעות: <ul style="list-style-type: none"> א. על ידך ב. סוכן ביטוח ג. באמצעות חברת הביטוח הכשרה - יש לצרף טופס בקשה לביטול (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
מועמד ראשי				חתימה
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 חולון 1877 ת.ד. | המלאכה 6, ת.ד. | הכשרה חברה לביטוח בע"מ

8 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.

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		שם קופת חולים	סניף		
מועמד ראשי	פרטים אישיים	גובה	משקל	כתובת	
מועמד ראשי	הרגלי עישון	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים/ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			
מועמד משני	פרטים אישיים	גובה	משקל	כתובת	
מועמד משני	הרגלי עישון	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים/ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			

מועמד				
מועמד ראשי	מועמד משני			
כן	לא	כן	לא	לא
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיובית/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.				
<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"/>	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"/>	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"/>	4. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: <input type="checkbox"/> האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד? (3)
<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 _____
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.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יתר שומנים בדם (7) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8)
<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 <input type="checkbox"/> להורה או אפוטרופוס של פסול דין
<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"/>	4. <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברוניטיס <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"/>	5. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופתיה <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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	10. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. <input type="checkbox"/> בעיות ראומטולוגיות <input type="checkbox"/> מחלת ובעיות 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 <input type="checkbox"/> F.M.F (19)
<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"/>	13. <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <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"/>	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"/> יתרת המוח <input type="checkbox"/> יתרת הכליה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק

05.2026 גרסה



dt3020

***3453**

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

8 מתוך 3

הערות:		
פירוט ממצאים חייבים:		
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 בחתימתי 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 משני:	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 עובדיהם או למשרד הביטחון וצה"ל ו/או למשטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ומשרד הממשלה על עובדיהם ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או לשירות 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 בידיו חומר כזה שהועבר ע"י צד ג' כלשהו ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפתי 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 ירשתי, 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 משני:	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.		
<input type="checkbox"/> בסימון משבצת זו, אני מביעה/את רצוני שאם חלק מהמועמדים בטופס הצעה 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 משני:	מספר ת.ז.: _____ חתימה * _____

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 * _____

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 הניתן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שכלל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך האויל וחברת הביטוח נסמכת על תשובתי. ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
1. שהכשרה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות.
 2. קיבלתי פירוט בדבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החריגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית וכן (במקרה של ביטוח בריאות) פירוט של כללי הגילוי גאות שנקבעו על ידי המפקח על הביטוח.
 3. הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותו הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
 4. קיבלתי פירוט בדבר גובה הפרמיה, אופן חישובה ואת העובדה כי קבלתי לביטוח ו/או בני משפחתי הכלולים בהצעה לביטוח, מותנית בהסכמת הכשרה, אשר תסתמך על הנתונים שדווחו על ידי, וכי תתכן תוספת לפרמיה לפי החיתום שיתבצע על ידי הכשרה. יודגש כי במידה ותהיה תוספת לפרמיה לפי החיתום, יהיה עלי לחתום על תנאי החיתום באופן אישי.
 5. הוצע לי האפשרות לקבל את הפרטים המפורטים בסעיפים 2-4 לעיל בכתב וכן את תנאי הפוליסה וכתבי השירות הנלווים, לרבות באמצעות דוא"ל.
 6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.
 7. ההתקשרות עם הקבוצה תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחלטות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטח.
 8. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
 9. במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.

בקשה לקבלת קוד לאזור האישי באינטרנט:

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

ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות לממונה על הגנת הפרטיות או לממונה על פניות הציבור.

הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות קשורות (להלן ביחד: "הקבוצה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת בדבר מוצרי ושירותי הקבוצה, באמצעות דוא"ל, מערכת חיוב 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 הנוגעות 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 לה- פסקת הכיסוי הביטוחי, בקשה לקיצור או הארכה של תקופת הביטוח. וכן כל מסמך נוסף הנוחץ לצורך ביצוע הוראות/ בקשות אלה, הנמסרות לחברה על ידי המבוטח, פסוק 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 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

8 מתוך 5

מידע מהותי וטופס בקשה להצטרפות להטבות Extra Risk ו-Family Risk

טופס נלווה להצעה לביטוח חיים ("מגן 1")

Extra Risk

במקרה מוות של אחד המבוטחים – יוכפל סכום הביטוח של המבוטח שנותר בחיים ללא הוכחת מצב בריאות וללא עלות פרמיה נוספות (טרם הכפלת סכום הביטוח), סכום הביטוח שיוכפל יהיה סכום ביטוח של המבוטח שנותר בחיים טרם מקרה הביטוח ועד 1,500,000 ₪ לפי הנמוך מביניהם.

להלן שתי דוגמאות:

- שני מבוטחים רכשו כל אחד סכום ביטוח בסך 1,500,000 ₪, במקרה מוות של אחד המבוטחים, סכום הביטוח של המבוטח שנותר בחיים יוכפל לסך 3,000,000 ₪ (יוכפל פי שתיים).
- שני מבוטחים רכשו כל אחד סכום ביטוח בסך 2,500,000 ₪, במקרה מוות של אחד המבוטחים, סכום הביטוח של המבוטח שנותר בחיים יגדל לסך 4,000,000 ₪ (יוגדל בעוד 1,500,000 ₪)

Family Risk

הכפלת סכום ביטוח במקרה פטירה של שני המבוטחים בטווח של 12 חודשים, שנובע כתוצאה של אותו אירוע (ללא התאבדות של המבוטח השני) יקבלו המוטבים פיצוי כפול ועד סכום ביטוח מקסימלי מוכפל עבור כל אחד מהמבוטחים בסך 1,500,000 ₪ לפי הנמוך מביניהם.

להלן שתי דוגמאות:

- שני מבוטחים רכשו כל אחד סכום ביטוח בסכום בסך 1,500,000 ₪, במקרה מוות של שני המבוטחים, יוכפל הפיצוי וישולמו למוטבים (עבור שני המבוטחים) פיצוי בסך 6,000,000 ₪.
- שני מבוטחים רכשו כל אחד סכום ביטוח בסכום בסך 2,500,000 ₪, במקרה מוות של שני המבוטחים, ישולמו למוטבים (עבור שני המבוטחים) פיצוי בסך 8,000,000 ₪ (פיצוי נוסף בסך 1,500,000 ₪ לכל מבוטח, עבור שני המבוטחים 3,000,000 ₪)

תנאים לקיום הטבה:

- סכום ביטוח מינימלי של 500,000 ש"ח לשני בני הזוג יחד באותה הפוליסה.
- הטבות תחולנה על סכום הביטוח במועד הצטרפות (ללא הגדלת סכום ביטוח בהמשך).
- סכום הביטוח למוטבים ב-"Extra Risk" ו-"Extra Risk" לא יעלה על סכום ביטוח 1,500,000 ₪ (לכל מבוטח).

הצהרת מועמדים לביטוח

מוסכם ומוצהר בזה כי בנוסף לאמור בתנאי הפוליסה, בהתאם לתנאי ההטבות המפורטות בטופס זה תחולנה הוראות המפורטות להלן: בהתאם לתנאי ההטבה סכום הפיצוי יהיה צמוד למדד המחירים לצרכן לפי היחס שבין המדד הידוע ביום תשלום תגמולי ביטוח לבין המדד היסודי הרשום בדף פרטי ביטוח.

למען הסר ספק, במקרה ביטוח בו נפטרו שני בני הזוג כמפורט בהטבה "Family Risk" לא תחול הטבה "Extra Risk" של הכפלת סכום ביטוח.

בכל מקרה של אי תשלום תגמולי ביטוח בשל דחיית התביעה או הפחתת תגמולי ביטוח בשל הפרת חובת הגילוי, הכלל כמפורט בתנאי הפוליסה ובהתאם להוראות כל דין, ההטבה כאמור לא תחול.

תוקף ההטבה יבוא לידי סיום, בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן, לפי המועד המוקדם ביניהם:

- ביטול הפוליסה מכל סיבה שהיא וזאת טרם זכאות לתשלום תגמולי ביטוח.
- ביטול של אחד מהמבוטחים מהפוליסה מכל סיבה שהיא.
- הקטנת סכום ביטוח מתחת לסכום המינימלי בסך 500,000 ₪.
- הגיעו של אחד המבוטחים לגיל ביטוחי 65.

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימה
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימה

הצהרת סוכן

אני מצהיר בזה כי הוצגו למועמדים לביטוח תנאי ההטבה והמועמדים אישרו כי הבינו את פרטי ההטבה וסייגיה. במסגרת תהליך המכירה בוצע בירור צרכי המועמדים לביטוח והוצע להם ביטוח התואם את צרכיהם.

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימה

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | קבלה לביטוח מותנית בחיתום רפואי בהתאם לנהלי החיתום בחברה | אין באמור בכדי לגרוע מזכותה של החברה להודיע על הפסקת ההטבה בכל עת | הטבות תינתנה בכפוף לעמידה בתנאי ההטבה כמפורט בטופס זה, בכפוף לתנאי הפוליסה וחריגיה ותנאי החיתום שלה חברה | סכום הביטוח שיקבע במועד התשלום יהיה לפי סכום הביטוח במועד הכניסה או סכום הביטוח במועד תשלום התביעה לפי הנמוך מביניהם | כל הכתוב אינו מהווה ייעוץ או תחליף לייעוץ המתחשב בצרכים הפרטניים של כל אדם | החברה רשאית לשנות ו/או להפסיק את ההטבות בכל עת ומכל סיבה שהיא, בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי, מבלי שתצטרך להודיע על כך מראש.

*3453



dt3313

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

8 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

