

**הצעה לביטוח בריאות**

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

אין להצעת הביטוח תוקף עד אשר התקבלה ואושרה על ידי החברה
לתשומת לב ממלא הטופס אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981 ועשוי להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

שם סוכן	מס' סוכן	תאריך תחילת ביטוח
01/____/20		
מועד תחילת הביטוח לא יהיה מוקדם ממועד קבלת טופס ההצעה חתום במשרדי החברה		

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ זכר ☐ נקבה	☐ נשוי/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה
עיסוק	טלפון נייד	טלפון בייח	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים			סניף		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית			☐ כן ☐ לא		
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 אלא 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).					
"נציג" - אדם ששמו נרשם בטופס הצעה זה כנציג, ישמש כנציג המבוטחים לצורך קבלת הודעות מהחברה עבור כל המבוטחים, אלא אם נקבע אחרת על פי דין. יובהר כי כל עוד לא התקבלה הודעה מהמבוטחים על שינוי הנציג כאמור, כל הודעה שתשלח לנציג תחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח.					

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ זכר ☐ נקבה	☐ נשוי/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה
עיסוק	טלפון נייד	טלפון בייח	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים			סניף		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית			☐ כן ☐ לא		
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 אלא 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).					

פרטי ילדים						
פרטי ילדים	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	קופ"ח	תכנית שב"ן
1 זכר ☐ נקבה ☐						☐ כן ☐ לא
2 זכר ☐ נקבה ☐						☐ כן ☐ לא
3 זכר ☐ נקבה ☐						☐ כן ☐ לא
4 זכר ☐ נקבה ☐						☐ כן ☐ לא

ימולא ע"י הורה/ אפטרופוס המוסמך לחתום עבורם.



^dt2400

***3453**www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. | המלאכה 6, ת.ד.

1 מתוך 9

המוטבים הינם היורשים החוקיים, באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס בקשה "עדכון מוטבים בפוליסה"

בחירת תכנית לביטוח בריאות - גיל כניסה 0-70						
לבחירת התכנית המבוקשת סמן x עבור כל מועמד לביטוח. בהיעדר סימון התכנית לא תיכלל בהצעה.						
מועמד ראשי	מועמד משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
☐	☐	☐	☐	☐	☐	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
☐	☐	☐	☐	☐	☐	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
☐	☐	☐	☐	☐	☐	"משלים שב"ן" עם השתתפות עצמית בסך של 5000 ש"ח הכיסוי מיועד אך ורק לחברים בתוכניות השב"ן של קופות החולים אם אינך מעוניין בכיסוי זה באפשרותך לרכוש את הכיסוי שלהלן:
☐	☐	☐	☐	☐	☐	משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית הכיסוי מיועד אך ורק לחברים בתוכניות השב"ן של קופות החולים אם אתה חבר בתוכנית השב"ן ואינך מעוניין בכיסוי משלים שב"ן או אם אינך חבר בתוכנית שב"ן כלשהי, באפשרותך לרכוש את הכיסוי שלהלן:
☐	☐	☐	☐	☐	☐	כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון"
☐	☐	☐	☐	☐	☐	יעוץ ובדיקות
☐	☐	☐	☐	☐	☐	שירותים פרימיים לילד (גיל כניסה 0-18)

לידיעתך - באפשרותך לרכוש תכנית ניתוחים בישראל (רובד שני) ו/או נספחי הרחבה רק אם קיימת ברשותך כל תכניות הבסיס. במידה וקיימת ברשותך אחד ו/או יותר מכיסוי בסיס בהכשרה ו/או בחברה אחרת יש להשלים תחילה את כל תכניות הבסיס ולאחר מכן ניתן יהיה לרכוש תכנית ניתוחים בישראל ו/או נספחי הרחבה. למרות האמור לעיל מועמד לביטוח מעל גיל 60 - באפשרותך לרכוש ניתוחים בישראל ו/או נספחי הרחבה ללא חובת רכישת תכנית בסיס.

גיל כניסה: 0-65						מגן למחלות קשות
סכום ביטוח מירבי למבוגר - 700,000 ש"ח סכום ביטוח מירבי לילד - 600,000 ש"ח						
מועמד ראשי	מועמד משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
שם _____	שם _____	שם _____	שם _____	שם _____	שם _____	סכום ביטוח

*3453

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

2 מתוך 9

שאלון החלפה ושינוי																							
כחלק מרכישת פוליסת ביטוח בריאות להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)																							
מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4													
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא												
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐												
1. האם קיימת ברשותך כיסוי/תוכנית מסוג דומה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה?																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐												
2. במידה וענית כן בסעיף 1 - האם הפוליסה כוללת אחד או יותר מהכיסויים שלהלן?																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐												
א. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐												
ב. תרופות מחוץ לסל																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐												
ג. ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בחו"ל																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐												
3. במידה וענית כן בסעיף 1 - האם בכוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?																							
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐												
4. במידה וענית כן בסעיף 3 - 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 לביטול (נספח ג') שם חברת הביטוח המבטחת _____																							
לידיעתך																							
הודעת ביטול (נספח ג') בהתאם לסעיף 4 ג' לעיל, תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת הביטוח הכשרה בהתאם לטופס הצעה זה.																							
5. במידה וענית לא בסעיף 3 אני מצהיר כי הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת בהכשרה על אף שיש בידי פוליסה ו/או כיסוי המעניק לי פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים.																							
6. עבור מועמד מעל גיל 60 - באפשרותך לרכוש תכנית ניתוחים בישראל/אמבולטורי, מבלי שרכשת תחילה את תכניות הביטוח שבפוליסה הבסיסית. במידה וענית כן בסעיף 3, אין באפשרותך לרכוש כיסוי המעניק ביטוח דומה מסוג שיפוי. מבלי לפגוע באמור, ככל ומדובר במוצר מסוג תרופות, הינך רשאי לרכוש כיסוי דומה מבלי לבטל את הפוליסה הקיימת, רק במקרה בו התווסף חריג רפואי בשל הליך חיתומי בחברה בפוליסה החדשה, ובפוליסה הקיימת אין את אותן החרגות בכפוף לסימון מטה . ☐ הריני מצהיר כי הפוליסה החדשה, הינה פוליסת תרופות - אולם בשל הליך חיתומי נדרשת החרגה מסוימת בפוליסה החדשה והפוליסה הקודמת הקיימת לי, הינה פוליסת תרופות ללא אותן החרגות.																							
תאריך _____ שם המועמד _____ חתימת המבוטח _____																							
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>מועמד לביטוח</th> <th>שם המועמד</th> <th>תאריך</th> <th>חתימה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>מועמד ראשי</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>מועמד משני</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>												מועמד לביטוח	שם המועמד	תאריך	חתימה	מועמד ראשי				מועמד משני			
מועמד לביטוח	שם המועמד	תאריך	חתימה																				
מועמד ראשי																							
מועמד משני																							
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 _____ מספר סוכן: _____ חתימת סוכן: _____																							
הצהרת מועמד לביטוח מגן למחלות קשות בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה:																							
חובה למלא במידה וקיימת למועמד/ים פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה - בחר אחת מהאפשרויות מטה: ☐ הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:																							
1. הצירוף לביטוח בהכשרה הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי. 2. במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי בעת צירופי לביטוח יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות * ☐ הריני מאשר כי בכוונתי לבטל פוליסה קיימת, וזאת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. כמו כן, ידוע לי כי ביטול הפוליסה הקיימת על ידי הינו באחריותי, וכי אין בחתימתי על טופס זה בכדי להוות הודעת ביטול ו/או בכדי לאשר כניסתו לתוקף של ביטול הפוליסה הקיימת ** * אין באמור משום אישור על קיומה של פוליסה בחברתנו. ** יש להעביר בקשת ביטול במקביל להצעה.																							
תאריך _____ חתימת המועמד הראשי _____ חתימת מועמד משני _____ חתימת אפוטרופוס (לילדים) _____																							

הצהרת סוכן	
1.	הריני מצהיר בזאת כי לפני העברת הצעת הביטוח לחברה ביצעתי הליך התאמה לכל המועמד/ים לביטוח (בירור צרכים) כמשמעותו בסעיף 3 לחוזר "צירוף לביטוח", וכן קיימתי את כל הדרישות הקבועות בחוזר הנ"ל לעניין צירוף מועמד לביטוח.
2.	אני מצהיר בזה כי כל השאלות המופיעות בטופס הצעה הוצגו בפני המועמד לביטוח, והתשובות הן כפי שנמסרו על ידי המועמד. כמו כן המועמד אישר כי הבין את פרטי תכנית הביטוח, סייגיה ואת ההצהרות לעיל.
3.	לפני העברת הצעת הביטוח לחברה בדקתי באמצעות "הר הביטוח" אילו תכניות ביטוח תקפות קיימות על שם המועמד לביטוח בחברות ביטוח אחרות (זולת הכשרה חברה לביטוח בע"מ).
4.	☐ במסגרת הליך בירור צרכים ככל והתברר לי כי למועמד לביטוח יש פוליסה בביטוח רלוונטי קיים (להלן פוליסה מקורית). לפני משלוח הצעה לביטוח להכשרה ביצעתי הליך של השוואה וביטול של הפוליסה המקורית, כנדרש בסעיף 8 לחוזר הצירוף, לרבות השוואה בין ההחלטות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת, ככל שקיימות כאלו, לאלו שבפוליסה המקורית ובהתאם לכך הצגתי למועמד לביטוח את תוצאות הליך ההתאמה, ובכלל זה, הבדלים בין הפוליסות שהוצעו לו לרבות פרמיית הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי או השירות שיינתנו למועמד בפוליסה המומלצת או כל סיבה בשלה הומלץ למועמד לעבור פוליסה. בנוסף מסרתי למועמד לביטוח עותק מתוצאות הליך ההתאמה טרם העברת הצעת הביטוח לחברה. מצ"ב העותק שנשלח למועמד לביטוח.
5.	☐ במסגרת הליך ההתאמה ככל והתברר כי למועמד לביטוח יש פוליסה מסוג פיצוי בביטוח רלוונטי קיים (להלן - פוליסה מקורית). לפני משלוח הצעת הביטוח לחברה, ביצעתי הליך של השוואה וביטול של הפוליסה המקורית, כנדרש בסעיף 8 לחוזר הצירוף. המועמד לביטוח ציין בפניי כי אין בכוונתו להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה המקורית כתוצאה מהצטרפות לפוליסה המוצעת, ולכן לא ביצעתי השוואה בין ההחלטות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית.
6.	טפסי ההצעה מועברים בזאת לחברה עם פירוט מלא של תכניות הביטוח התקפות הקיימות על שם המועמד לביטוח בחברות ביטוח אחרות, ככל שקיימות כאלו, לרבות תכניות ביטוח הנמנות עם פוליסת הבריאות הבסיסית, עם פוליסת ניתוחים בישראל, עם פוליסת הרחבה, עם פוליסת בריאות נוספת (אמבולטורי), עם פוליסת מחלות קשות ועם פוליסת תאונות אישיות, והכל כמשמעות מונחים אלו בחוזר "עריכת תכניות לביטוח בריאות".
7.	הריני מצהיר בזאת כי התוכניות המבוקשות במסגרת ההצעה, עבור המועמד לביטוח, עולות בקנה אחד עם דרישות חוזר "עריכת תכניות לביטוח בריאות". כמו כן, בקשת הצטרפות לתכנית ניתוחים בישראל, אשר מועמד לביטוח שביקש להצטרף לתכנית ברובד השני משלים שב"ן (ללא השתתפות עצמית) או כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" הוצגה בפניו תחילה האפשרות לרכוש תכנית משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ש"ח.
8.	☐ קיימת למועמד לביטוח תכנית ביטוח דומה בחברה אחרת אך אין חובה לבטלה הרני מצהיר כי מצאתי כי המועמד לביטוח מבטח בפוליסת שיפוי מסוג פרט בחברת ביטוח אחרת, המעניקה לו כיסוי ביטוח דומה לכיסוי המבוקש בהצעה זו, אך הפוליסה בחברה האחרת לא בוטלה בשל קיום אחד מהמקרים הבאים יש לסמן את האפשרות המתאימה: ☐ הפוליסה שהוצעה למועמד לביטוח לרכוש כוללת רק את יתרת הכיסוי הביטוחי. ☐ שיעור עלות הכיסוי הביטוחי הדומה בין הפוליסות אינו עולה על עשרה אחוזים מגובה הפרמיה שאושרה על ידי הממונה. ☐ בשל הליך חיתומי נדרשת החרגה מסוימת בפוליסה וברשותו של המועמד לביטוח פוליסה ישנה ללא אותן ההחלטות.
תאריך: _____ שם הסוכן: _____ מספר סוכן: _____ 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.	
☐ 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: _____	שם מועמד ראשי: _____
תאריך: _____	שם מועמד משי: _____
מספר ת.ז.: _____	חתימה: _____
מספר ת.ז.: _____	חתימה: _____

הצהרת משלם שאינו המבוטח	
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים אודות אופן תשלום הפרמיה והגביה ועל כך שהתשלום יבוצע עבור המבוטח וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת המבוטח בהתאם למקרה בלבד.	
תאריך: _____	שם המשלם: _____
מספר ת.ז.: _____	זיקה למבוטח: _____
חתימה: _____	חתימה: _____

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית	
אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכונייהם 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 הצטרפות 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 קיבלתי 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. כתב ויתור זה יחול גם על ילדיי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.	
אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת 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 מועמד ראשי: _____
תאריך: _____	שם מועמד משי: _____
מספר ת.ז.: _____	חתימה: _____
מספר ת.ז.: _____	חתימה: _____
פרטי העד לחתימה: סוכן ביטוח / עו"ד / רופא	
תאריך: _____	שם מלא: _____
מספר ת.ז.: _____	מספר רישיון: _____
חתימה: _____	חתימה + חותמת: _____

***3453**

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

מתוך 9

הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

למועמדים מעל גיל 65 יש להמציא מכתב מפורט מרופא מטפל המתייחס לכל בעיות הבריאות כולל אבחנות, ניתוחים, אשפוזים בחמש השנים האחרונות, טיפול (תרופתי ואחר), תוצאות בדיקות דימות שבוצעו בחמש השנים האחרונות ומצב כיום.

מועמד	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	גובה (מגיל 14)	משקל (מגיל 14)
פרטים אישיים	ראשי				
	משני				
	ילד 1				
	ילד 2				
	ילד 3				
הרגלי עישון (מגיל 16)	ראשי	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.			
	משני	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			
	שם הילד:	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.			
	שם הילד:	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			
	שם הילד:	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			

מועמד												
א. שאלות כלליות:												
אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מסי' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.												
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	1. האם בעשר השנים האחרונות: ☐ אושפזת (1) ☐ נותחת (28) ☐ יעצו לך לעבור ניתוח (28)
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב-5 השנים האחרונות לגילוי/אבחון של: ☐ סרטן (יש לפרט סוג סרטן) (26) ☐ בעיות לב ☐ בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT) ☐ מחלות ניווניות/כרוניות ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ כליות ☐ פוליו ☐ ציסטות פרקינסון ☐ מיפוי עצמות ☐ בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי ☐ בדיקה לגילוי איידס
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	3. האם בחמש השנים האחרונות: ☐ הנך בטיפול רפואי או תרופתי ☐ הנך במעקב רפואי ☐ הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי ☐ נדרשת למעקב רפואי
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	4. האם בחמש השנים האחרונות סבלת מ: ☐ סכרת (6) ☐ יתר לחץ הדם (8) ☐ יתר שומנים בדם (7).
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: ☐ בירידה בקוגניציה ☐ בירידה בזיכרון
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	6. האם נקבע לך אחוזי נכות ממחלה/תאונה/מום או הגשת בקשה לקביעתם? (3) ☐ האם נפצעת/סבלת משבר ב-5 השנים האחרונות? (3)
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	7. האם אובחנת כלוקה ב: ☐ מחלת נפש ☐ הפרעה נפשית ☐ חדרה ☐ דיכאון ☐ הפרעות אכילה ☐ אם כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	8. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐ סמים (4) ☐ אלכוהול (5) ☐ נא לפרט סוג, כמות ותדירות.
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	9. תולדות משפחה: ☐ האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: ☐ סרטן השד ☐ סרטן שחלות ☐ סרטן מעי ☐ סרטן ערמונית (פרוסטטה) ☐ מחלות ביוון שרירים/ניוון מוטורי ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופטיה ☐ כליות פוליציסטיות ☐ אלצהיימר ☐ פרקינסון ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	ב. האם הנך סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מסי' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	1. ☐ בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח ☐ ארוע מוחי ☐ שיתוק ☐ הפרעות תחושה/תנועה ☐ אפילפסיה (9) ☐ שיתוק מוחין ☐ פרקינסון ☐ טרשת נפוצה ☐ הפרעות קשב וריכוז (10) ☐ אוטיזם ☐ פיגור (יופנה להורה או אפסורפוס של קטין/פסול דין) ☐ תסמונת דאון
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	2. ☐ בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה ☐ אסטמה ☐ ברוניטיס ☐ אמפיזמה ☐ מחלת ריאות חסימתית ☐ שחפת ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)

*3453

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

9 מתוך 5



^dt2498

המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

ראשי		משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ☐ בעיות ומחלות לב וכלי הדם ☐ התקף לב ☐ קרדיומיופטיה ☐ טרומבוזת ☐ מחלת לב איסכמית ☐ אי ספיקת לב ☐ הפרעות קצב הלב ☐ בעיות מסתמי הלב ☐ מומי לב ☐ דלקת כלי הדם/וסקולטיס (27)											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ☐ בעיות דם וקרישה ☐ אנמיה (12)											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ☐ בעיות ומחלות כבד ☐ הפטיטיס/צהבת ☐ שחמת הכבד ☐ כבד שומני ☐ הפרעה בתפקודי הכבד											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ☐ בעיות מעיים ודרכי העכול ☐ קרוהן ☐ קוליטיס ☐ אולקוס/כיב קיבה ☐ מעי רגז ☐ פיסורה ☐ טחורים ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15)											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ☐ בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן ☐ אי ספיקת כליות ☐ כליות פוליציסטיות ☐ דם או חלבון בשתן ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (16)											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ☐ בעיות ומחלות בלוטות ☐ ערמונית/פרוסטטה (20) ☐ בלוטת המגן/התריס (21) ☐ יותרת המוח ☐ יותרת הכליה ☐ בלוטת הרוק ☐ הלבלב											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ☐ בעיות ומחלות מין ועור ☐ אלרגיות ☐ פסוריאזיס (25) ☐ שומות במעקב (26)											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ☐ מחלת איידס ☐ נשאות איידס											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. ☐ מחלות ובעיות פרקים ועצמות ☐ דלקת פרקים ☐ בעיות בגב, צוואר, עמוד השדרה (24) ☐ פיברומיאלגיה (17) ☐ גאוס (18) ☐ פוליו ☐ בריחת סידן ☐ אנקילוזינג ספונדיליטיס											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ☐ סרטן ☐ מחלות ממאירות ☐ גידולים (ממאירים או שפירים) ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (26)											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. ☐ מחלות אוטואימוניות ☐ מחלות כרוניות ☐ הנטינגטון ☐ פוליו ☐ לופוס/זאבת ☐ ניוון שרירים ☐ סרקואידוזיס ☐ מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות F.M.F. (19)											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ☐ בעיות ומחלות עיניים וראיה ☐ גלאוקומה ☐ רטיניטיס פיגמנטוזה ☐ קוצר ראיה (מעל 8) ☐ קטרקט/קטקט ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. ☐ בעיות אזניים ושמיעה ☐ דום נשימה ☐ סחרחורת ☐ הפרעות בשיווי משקל ☐ מיגרנה/כאבי ראש ☐ בעיות אף וגרון ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (23)											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. ☐ האם בחמש שנים אחרונות סבלת או שיש לך סימנים ל: ☐ בקע/הרניה כולל מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. לנשים מגיל 18 בלבד: ☐ בעיות ומחלות גניקולוגיות ☐ אנדומטריוזיס ☐ דימומים ☐ מחלות שדיים ☐ בעיות פריון ☐ הפלות חוזרות ☐ ניתוח קיסרי ☐ הגדלת חזה ☐ האם כעת את בהיריון? (29)											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. ילדים עד גיל 18 בלבד: ☐ הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ על מעקב/טיפול רפואי ☐ הפרעה/עיכוב בגדילה ☐ נולד/ה פג (לילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים) ☐ הפרעה או בעיה רגשית? ☐ חר/שפה שסועה - האם נותח/ה? "כן" - מתי? _____ "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ כן ☐ לא ☐ אשר תמיר - האם נותח/ה? "כן" - מתי? _____ "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? ☐ כן ☐ לא											

ג. הצהרת בריאות לתינוק עד גיל חצי שנה למילוי על ידי ההורים בלבד

ראשי		משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1. האם המבוטח נולד לפני שבוע 36 או האם התינוק נולד פג? האם שהה בפגייה ו/או טיפול נמרץ ו/או כל מחלקה אחרת שאינה מחלקת ילודים ו/או היה תחת פיקוח רפואי כלשהו לאחר הלידה ו/או לאחר שחרורו?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. האם הומלץ בעת השחרור ו/או לאחר השחרור על המשך מעקב ספציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים ו/או ממתינ לתוצאות בדיקות ו/או הומלץ לבצע בדיקות לאחר השחרור?											

ד. הערות - פירוט ממצאים חיוניים:

שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא	שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא

אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימת ידי שתשובותיי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובותיי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו.

תאריך: _____ שם מועמד ראשי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____
 תאריך: _____ שם מועמד משי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____

***3453**

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

6 מתוך 9



הצהרות המועמד לביטוח

אני המועמד לביטוח, מתחנן מטה מבקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ("להלן: **"הכשרה"**) לבטח אותי בהתאם לתנאי הביטוח לתכנית/יות הביטוח המסומנות בטופס זה לרבות הצהרת הבראות (להלן: **"הצהרת"**) אני מסכים ומתחייב כדלקמן:

- כל התשובות המפורטות בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי. הוסבר לי, שכלל שלא אעשה כך, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח ואף לפטור את הכשרה מתשלום תגמולי ביטוח בהתאם לחוק האויל והכשרה נסמכת על תשובותיי.
- ידוע לי שקבלה או דחיית של הצעה זו נתון לשיקולה הבלעדי של הכשרה בכפוף להוראות הדיון וכי חוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהכשרה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות.
- אני מאשר כי הוצג בפני טרם חתימתי על הצעה זו, מידע מהותי וגילוי נאות אשר כלל, לכל הפחות את פירוט דבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החריגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית ככל שיש החרגות לרבות חריג מצב רפואי קודם.
- ידוע לי כי באפשרותי לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.
- אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה נעשה בירור של צרכי והוצג בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד, בהתאם לכך והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי ונמסרו לי תוצאות הליך התאמת הצרכים כאמור.
- הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותי הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסתי ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
- ההתקשרות עם הקבוצה תכנס 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 המבטחת.
- הנני מאשר כי ידוע לי שכל הנחה ו/או תוספת רפואית (תוספת בדמי ביטוח בשל מצב רפואי), ככל וינתנו לי על ידי החברה, יחושבו לפי תעריף הספר של החברה/תעריף הבסיסי של המוצר.**
- קיבלתי פירוט בדבר גובה הפרמיה, אופן חישובה ואת העובדה כי קבלתי לביטוח ו/או בני משפחתי הכלולים בהצעה, מותנית בהסכמת הכשרה, אשר תסתמר 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.
- הצהרה זו, תחול גם על ילדי הקטינים ששמותיהם נקובים בהצעה והנני משיב גם בשמם כאפוסטרופוס טבעי.
- שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבראות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
- הוסבר לי שאני יכול לרכוש תכנית ביטוח בהרכבים שונים וזאת ללא תלות בין הכיסויים הביטוחיים, בהתאם למוצרים הנמכרים בהכשרה. ככל ששיקוקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תוכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התוכניות הנוספות שגלו לתכניות הבסיס.
- ביטול תקופת אכשרה במקרה שקיימת פוליסה ביטוח בריאות פעילה בחברה אחרת ("פוליסה קודמת") ונרכשת פוליסה חדשה בהכשרה ("פוליסה מחליפה") ידוע לי כי בגין הכיסויים החופשיים בלבד תבוטל תקופת אכשרה ("רצף ביטוח"). לצורך רצף ביטוח נדרש להעביר דף פרטי ביטוח של הפוליסה המקורית לרבות אישור תשלומים (3 חודשי תשלום שקדמו למועד תחילת הביטוח) למען הסר ספק, אין באמור לגרוע מזכותה של החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך ביטול תקופת אכשרה.
- למען הסר ספק החברה תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בתנאי הפוליסה, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל.
- ידוע לי כי ביטוח בריאות זה מיועד לתושבי ישראל בלבד והריני לאשר כי במהלך השנה האחרונה שקדמה להצעה זו, התגוררתי בישראל לפחות 180 ימים.
- שנים לב – לי הוראת הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון, אם הביטול של פוליסת הבראות הבסיסית הקיימת על שמך בחברה נעשה בתוך 6 חודשים מיום רכישת הפוליסה, אזי ככל שקיימת על שמך בחברתנו פוליסת ביטוח יתוחים בישראל ו/או פוליסה לביטוח אמבולטורי, חברתנו מחויבת לבטל גם כיסויים אלו, אם הם נרכשו על-ידיך לאחר יום 1 באוקטובר 2023.**
- למען הסר ספק, הוראות הביטוח המיוחדות חלות רק על ביטול של פוליסת בריאות בסיסית, והן לא רלבנטיות לביטול של פוליסות בריאות אחרות. לפי חוזר עריכת תכניות ביטוח, חברת ביטוח תאפשר למבוטח שרכש פוליסת יתוחים בישראל, פוליסת הרחבה או פוליסת בריאות נוספת לבטלן בכל עת, מבלי להתנות את הביטול האמור בביטול אחת או יותר מפוליסות ביטוח בריאות אחרות שבידי המבוטח. בוטלה פוליסה כאמור, ביטולה לא יגרם לביטול הנחה בפוליסה אחרת.

בהצעה לרכישת פוליסת משלים שב"

- הכיסוי בגין יתוחים עפ"י הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל על ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקופה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש חולים למימוש על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
- דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- בעת סיום החברות בתכנית שב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוח "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

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 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 שתסמסו/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 התקשורת 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 דבר 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.

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 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 X _____ חתימת מועמד משני X _____

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון (להלן: **"הרשות"**) קיים אתר אינטרנט מאובטח (להלן: **"הר הביטוח"**) המאפשר לך לראות את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו געביר אליהם.

במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו, ככל שניתנה על ידיך בעבר הוראה לחברתנו, ראה הודעה זו כמבטלת.

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל החברות בישראל.

בנוסף הרשות מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו געביר אליהם. גורם המשלם בסופס הצטרפות יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, באפשרותך לשנות את הבגיר ו/או להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי על מנת לקבל מידע אודות מוצרי הביטוח של הקטין, במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, עליך ליצור קשר עם חברתנו לצורך עדכון כאמור.

לידיעתך, רק בגיר שיוגדר כבגיר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של קטין בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל.

לצורך עדכון ניתן לפנות לחברתנו באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

- טלפון *3453
- באתר האינטרנט www.hcsra.co.il

***3453**

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

7 מתוך 9

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 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 ליצגת 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 ☐ ישראלכארט ☐ דיינרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר _____

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 הראשה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי, הנני מסכים, כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף עד ל עוד לא אודיע בבית לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הראשה או תהיה בחיוב קבוע לחייב כרטיס שינופע במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישנם מספר אחר. ידוע לי, כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מחייב חברת האשראי לחברת הביטוח לנקוב כל חיוב שינוער אליה על ידי חברת הביטוח.

נא לסמן מועד גביה רצוי: ☐ 3 ☐ 10 ☐ 25 תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס: _____

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

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

☐ תקרת סכום לחיוב: _____ ₪.

☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום ____/____/____.

נא לסמן מועד גביה רצוי: 5 ☐ 10 ☐ 25 ☐

1. אני/והח"מ _____ מס' זהות / ת.פ. _____ כתובת: _____ רחוב _____ מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____

1. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
2. עליו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
3. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה מאתו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
4. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, ייזכיר העשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
5. הניח רשאים לדווח מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
6. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביניו לבין המוטב.
7. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
8. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שביניו לבין הבנק.
9. רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
10. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
11. נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת ההוראות אלו ממני/מאנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי ההערכות לקביעתם). תנאי פוליטיות/כפי שיהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

תאריך: _____ חתימת בעל החשבון: _____

קוד מסלוק				סוג חשבון			מספר חשבון											
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 מ"ס 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 לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותיכם בכתב עליו.

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

07/20261012

***3453**



^dt.3200

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

8 מתור 9

נספח ג'

הודעת ביטול

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 מס' _____

הקיימת בחברתכם החל מיום _____

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל: _____

_____ X

חתימת המבוטח

תאריך



^dt2497

*3453

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

9 מתוך 9