

**הצעה לביטוח בריאות למשפחה מורחבת (מרובת ילדים)**

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 ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

שם סוכן _____ מס' סוכן _____ תאריך תחילת ביטוח _____/_____/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	☐ גרושה ☐ רווקה ☐ אלמן/ה
עיסוק	טלפון ביד	טלפון נייד	מספר זהות	דואר אלקטרוני	
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	תכנית שב"ן אם קיימת	☐ כן ☐ לא		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית					
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 אנו 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).					

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ זכר ☐ נקבה	☐ גרושה ☐ רווקה ☐ אלמן/ה
עיסוק	טלפון ביד	טלפון נייד	מספר זהות	דואר אלקטרוני	
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	תכנית שב"ן אם קיימת	☐ כן ☐ לא		
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית					
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 אנו 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 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
5 ☐ זכר ☐ נקבה						☐ כן ☐ לא
6 ☐ זכר ☐ נקבה						☐ כן ☐ לא
7 ☐ זכר ☐ נקבה						☐ כן ☐ לא
8 ☐ זכר ☐ נקבה						☐ כן ☐ לא

פרטי
ילדים
המועמדים
לביטוח מתחת
לגיל 18

ימולא ע"י הורה/ אפטרופוס המוסמך לחתום עבורם.

***3453**

^dt2400

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

1 מתוך 10

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	ילד 5	ילד 6	ילד 7	ילד 8	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	תכנית בסיס
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	ניתוחים בישראל
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	נספחי הרחבה
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

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 סכום ביטוח מירבי למבוגר - 700,000 ש"ח סכום ביטוח מירבי לילד - 600,000 ש"ח										מגן למחלות קשות
מועמד ראשי	מועמד משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	ילד 5	ילד 6	ילד 7	ילד 8	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	סכום ביטוח

מועמד לביטוח שרכש כיסוי ניתוחים וטיפולם מחליפי הניתוח בישראל שיקל ראשון ללא השתתפות עצמית ("ניתוחים מהשקל הראשון")

מועמד לביטוח שקיימת לו תכנית "שב"ן" באחת מקופות החולים בישראל וביקש לרכוש מחברת הביטוח ניתוחים מהשקל הראשון, **חייב לחתום על הצהרה זו**

- הוסבר לי, כי כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון וכיסוי ניתוחים וטיפולים מחליפי הניתוח בישראל (ניתוחים משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית) וניתוחים וטיפולים מחליפי הניתוח בישראל (ניתוחים משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ₪) ("משלים שב"ן") הם מוצרים דומים, כאשר כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד לעומת כיסוי משלים שב"ן המחייב פנייה למימוש הזכויות בקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.
- הוצג בפני, כי קיים כפל ביטוחי בין כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון אל מול תכנית השב"ן בקופת החולים.
- הגורם המשווה הסביר לי, כי בתאריך 1 ביוני 2024 ("מועד החידוש") מבוסס שרכש כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון יועבר באופן אוטומטי לכיסוי משלים שב"ן ופירט בפני את ההשלכות הביטוחיות של המעבר כאמור.

חתימת מבוטח משני

חתימת מבוטח הראשי

תאריך

***3453**

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

2 מתוך 10

שאלון החלפה ושינוי

מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	ילד 5	ילד 6	ילד 7	ילד 8
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
נחלק מרכישת פוליסת ביטוח בריאות להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)											
1. האם קיימת ברשותך פוליסה / כיסוי בריאות?											
2. במידה וענית כן בסעיף 1 – האם הפוליסה כוללת אחד או יותר מהכיסויים שלהלן?											
א. השתלות וטיפולים מיוחדים בח"ל											
ב. תרופות מחוץ לסל											
ג. ניתוחים וטיפולים 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 . ☐ הרני 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.											

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 אפוסטרופוס (לילדים)
-------	--------------------	------------------	---------------------------

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

3 מתוך 10

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 ההחרגות 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 ההחרגות 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 הריני 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 ההחרגות.

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.
☐ בסיומו 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: _____ מספר ת.ז: _____ חתימה: _____

תאריך: _____ שם מועמד משי: _____ 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: _____

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכוניהם הרפואיים ומעבדותיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדי 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 עובדיהם ו/או כלשהו ו/או קרנות הפנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאות 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 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 מוטבתי, את 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: _____ מספר ת.ז: _____ חתימה: _____

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

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

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

***3453**

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

4 מתוך 10

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 דימוע 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					
	ילד 4					
	ילד 5					
	ילד 6					
הרגלי עישון (מגיל 16)	ראשי	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרטים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.				
	משני	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרטים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.				
	שם הילד: _____	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרטים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.				
	שם הילד: _____	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרטים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.				
מועמד א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/נא, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.						
1. ☐ יעצו לך לעבור ניתוח (28) ☐ אושפדת (1) ☐ נותחת (28)						
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 לגלוי איידס						
3. האם בחמש השנים האחרונות: ☐ הגר בטיפול רפואי או תרופתי ☐ הגר במעקב רפואי ☐ הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי ☐ נדרשת למעקב רפואי						
4. האם בחמש השנים האחרונות סבלת מ: ☐ סכרת (6) ☐ יתר לחץ הדם (8) ☐ יתר שומנים בדם (7).						
5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: ☐ בירידה בקוגניציה ☐ בירידה בזיכרון						
6. ☐ האם נקבעו לך אחוזי נכות ממחלה/תאונה/מום או הגשת בקשה לקביעתם? (3) ☐ האם נפצעת/סבלת משבר ב-5 השנים האחרונות? (3)						
7. האם אובחנת כלוקה ב: ☐ מחלת נפש ☐ הפרעה נפשית ☐ חרדה ☐ דיכאון ☐ הפרעות אכילה אם כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.						
8. האם השתמשת או שהגר משתמש ב: ☐ סמים (4) ☐ אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.						
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 ניוון שרירים/ניוון מוטורי ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופתי ☐ כליות ☐ פוליציסטיית ☐ אלצהיימר ☐ פרקינסון - ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)						

 07.2026
 ברכה

***3453**

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

5 מתוך 10



dt2498

המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

מועמד		ראשי	משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	ילד 5	ילד 6	ילד 7	ילד 8
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
ב. האם הנר סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.											
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 (יפנה להורה או אפוסטרופוס של קטין/פסול דין) ☐ תסמונת דאון											
2. ☐ בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה ☐ אסטמה ☐ ברונכיטיס ☐ אמפיזמה ☐ מחלת ריאות חסימתית ☐ שחפת ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)											
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/וסקוליטיס (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 רגיש ☐ פיטוריה ☐ 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 בנב, 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 ניווניות ☐ מחלות כרוניות ☐ הנטינגטון ☐ פוליו ☐ לופוס/זאבת ☐ ניוון שרירים ☐ סרקואידוזיס ☐ מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות ☐ F.M.F (19)											
14. ☐ בעיות ומחלות עיניים וראיה ☐ גלאוקמה ☐ רטיניטיס פיגמנטוזה ☐ קוצר ראיה (מעל 8) ☐ קרטוקונוס ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)											
15. ☐ בעיות אזניים ושמיעה ☐ דום נשימה ☐ סחרחורות ☐ 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 מפשעת, 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)											
18. ☐ ילדים עד גיל 18 בלבד: ☐ הפרעה/עיכוב התפתחותי בגיבו הומלץ על מעקב/טיפול רפואי ☐ הפרעה/עיכוב בגדילה ☐ גולד/ה פג (ילדים 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											

07/2026 ברכה

***3453**

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

6 מתוך 10

המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

מועמד		ראשי		משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6		ילד 7		ילד 8	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
ג. הצהרת בריאות לתינוק עד גיל חצי שנה למילוי על ידי ההורים בלבד 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 ספיציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים ו/או ממתין לתוצאות בדיקות ו/או הומלץ לבצע בדיקות לאחר השחרור?																					

ד. הערות - פירוט ממצאים חיוביים:					
שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא, אירועים חוזרים כן/לא, סוג טיפול (תרופה/ניתוח וכדומה)	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 מועמד ראשי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____
 תאריך: _____ שם מועמד משי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____

הצהרות המועמד לביטוח

אני המועמד לביטוח, החתום מטה במקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ("להלן: "הכשרה") לבטא אותי בהתאם לתנאי הביטוח לתכנית/יות הביטוח המסומנות בטופס זה לרבות הצהרת הבראות (להלן: "הצהרה") אני מסכים ומתחייב כדלקמן:	
1.	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 תשובתי.
2.	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.
3.	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, החרגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית ככל שיש החרגות לרבות חריג מצב רפואי קודם.
4.	ידוע לי כי באפשרותי לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.
5.	אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה נעשה בירור של צרכי והוצגו 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.
6.	הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישורין או בעקיפין למצב בריאותי הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסתי לביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
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 מבניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטחת.
8.	הגני מאשר כי ידוע לי שכל הנחה ו/או תוספת רפואית (תוספת בדמי ביטוח בשל מצב רפואי), ככל ויינתנו לי על ידי החברה, יחושבו לפי תעריף הספר של החברה/התעריף הבסיסי של המוצר.
9.	קיבלתי פירוט דבר גובה הפרמיה, אופן חישובה ואת העובדה כי קבלתי לביטוח ו/או בני משפחתי הכלולים בהצעה, 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.
10.	הצהרה זו, תחול גם על ילדי הקטינים ששמותיהם נקובים בהצעה והנני משיב גם בשמם כאפטרופוס טבעי.
11.	שירות צבאי: יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבראות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
12.	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.
13.	ביטול תקופת אכשרה במקרה שקיימת פוליסת 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 ביטוחי 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.
14.	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.
15.	ידוע לי כי ביטוח בריאות זה מיועד לתושבי ישראל בלבד והריני לאשר כי במהלך השנה האחרונה שקדמה להצעה זו, התגוררתי בישראל לפחות 180 ימים.
16.	יש לי לב - לפי הוראות הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון, 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 ניתוחים בישראל ו/או פוליסה לביטוח אמבולטורי, חברתנו מחויבת לבטל גם כיסויים אלו, אם הם נרכשו על-ידך לאחר יום 1 באוקטובר 2023.
17.	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 למבוטל שרכש פוליסת ניתוחים בישראל, פוליסת הרחבה או פוליסת בריאות נוספת לבטל בכל עת, מבלי להתנות את הביטול האמור בביטול אחת או יותר מפוליסות ביטוח בריאות אחרות שבידי המבוטל. בוטלה פוליסה כאמור, ביטולה לא יגרם לביטול הנחה בפוליסה אחרת.
בהצעה לרכישת פוליסת משלים שב"ן	
1.	הכיסוי בגין ניתוחים ע"י הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירות בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, למבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקופה הקבועה בפוליסה.
2.	למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטל לפנות לקופת חולים למימוש חולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
3.	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).
4.	בעת סיום החברות בתכנית שב"ן זכאי המבוטל לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "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 שאני 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 שתסמור ישמר במאגרי המידע של הקבוצה ומוגן בהתאם לחוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981. תשומת ליבך, לא תהא 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 פנסינג, 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 אוטומטי, הודעת מסר קצר (SMS) ורשתות חברתיות ובכל דרך אחרת. אני מסכים שהמידע אודותיי ישמר במאגרי הקבוצה ובכלל זה, עיבוד, 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.

חתימת מועמד ראשי * חתימת מועמד משני *

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון (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 נעביר אליהם.

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

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

בנוסף הרשות מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטנים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. גורם המשלם טכוסף 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 לפנות במרוכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של קטין בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל.

1. טלפון *3453
2. באתר האינטרנט www.hcsra.co.il

- מבוסס 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 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. ☐ ישראלכארט ☐ ד״נירס ☐ 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
לע 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 על ידי אודיע הפחד לחברת הביטוח לפחות 10 ימים לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הראשה זו תהיה בתוקף אם לחיוב כרטיסי שיופגע במקום הכרטיס שמספרו נקוב
בטופס זה וישם מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הפחד התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת הביטוח לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

נא לסמן מועד גביה רצוי: ☐ 3 ☐ 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
										סניף

כתובת סג'ר:

☐ תקרת סכום לחיוב: _____ ₪.

☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____/_____/_____

נא לסמן מועד גביה רצוי: 5 ☐ 10 ☐ 25 ☐

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

1. בתנאים אלו, 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, יודועותיו אינו רצונו.
3. עליו 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. בהתאם לסעיף 33 לחוק החובות והפיקעות, הודעה על ביטול חובת החיוב תיחשב כביטול חובת החיוב, והודעה על ביטול חובת החיוב תיחשב כביטול חובת החיוב, והודעה על ביטול חובת החיוב תיחשב כביטול חובת החיוב.
6. בערר יום מתן הודעת הביטול.
7. הריא שראים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
8. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבנינו לבין המוטב.
9. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
10. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבנינו לבין הבנק.
11. רשאי להוציא מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
12. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
13. 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 ההקדמות לקביעתם: הנאי פוליסה/ות כפי שהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

תאריך: _____

חתימת בעל החשבון _____

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

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

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתצוין לנו מיד פועם 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 לכביצונו, כל עוד לא התקבלה אצלנו ההוראת ביטוח ככתב פינוי. ידי בעל/יו החשבון או כל עוד לא הוצא/י בעל/יו החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויות חוקים כלכליים. ששנתם לשפוע, ששנתם לשפוע.

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

תאריך: _____

לכבוד:
הכשרה
האגף לב

 $\hat{dt}3200$

***3453**

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

9 מתוך 10

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. _____
4. _____ (שם מלא), ת.ז. _____
5. _____ (שם מלא), ת.ז. _____
6. _____ (שם מלא), ת.ז. _____
7. _____ (שם מלא), ת.ז. _____
8. _____ (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

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

10 מתוך 10