

הצעה לביטוח בריאות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

אין להצעת הביטוח תוקף עד אשר התקבלה ואושרה על ידי החברה לתשומת לב ממלא הטופס אגא 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 _____/_____/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
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
עיסוק	טלפון נייד	טלפון ניח	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	תכנית שב"ן אם קיימת			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית					
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 <input type="checkbox"/> .					
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).					
"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
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
עיסוק	טלפון נייד	טלפון ניח	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	תכנית שב"ן אם קיימת			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> 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 אגא סמן <input type="checkbox"/> .					
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 המועמדים לביטוח מתחת לגיל 18
פרטי ילדים	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	קופ"ח	תכנית שב"ן	
1						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
2						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
4						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

ימולא ע"י הורה/ אפטרופוס המוסמך לחתום עבורם.



dt2400

***3453**

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

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.						
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	מועמד משני	מועמד ראשי	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	"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:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון"
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	יעוץ ובדיקות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שירותים פרימיום 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						
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	מועמד משני	מועמד ראשי	
ש_____	ש_____	ש_____	ש_____	ש_____	ש_____	סכום ביטוח

*3453

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

2 מתוך 9

שאלון החלפה ושינוי

כחלק מרכישת פוליסת ביטוח בריאות להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)											
ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד משני		מועמד ראשי	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. האם קיימת ברשותך כיסוי/תוכנית מסוג דומה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה?											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 קיימת לי, הינה פוליסת תרופות ללא אותן החרגות.

תאריך	שם המועמד	שם המועמד	תאריך	חתימת המבוטח

הצהרת **סוכן** ככל שנמצא בהליך התאמת צרכים כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה באמצעות הסוכן הביטוח (סעיף ב) הרני 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:
 הרני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:

- הצירוף לביטוח בהכשרה הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי.
 - במועד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי בעת צירופי לביטוח יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *
- הרני 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 בהודעת 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 (ילידים)

***3453**

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

9 מתוך 9

הצהרת סוכן	
1.	הריני מצהיר בזאת כי לפני העברת הצעת הביטוח לחברה ביצעתי הליך התאמה לכל המועמדים/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.	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> 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 מובנים 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.	<input type="checkbox"/> קיימת למועמד לביטוח תכנית ביטוח דומה בחברה אחרת אך אין חובה לבטלה הרני מצהיר כי מצאתי כי המועמד לביטוח מבוטח 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: <input type="checkbox"/> הפוליסה שהוצעה למועמד לביטוח לרכוש כוללת רק את יתרת הכיסוי הביטוחי. <input type="checkbox"/> שיעור עלות הכיסוי הביטוחי הדומה בין הפוליסות אינו עולה על עשרה אחוזים מגובה הפרמיה שאושרה על ידי הממונה. <input type="checkbox"/> בשל הליך חיתומי נדרשת החרגה מסוימת בפוליסה וברשותו של המועמד לביטוח פוליסה ישנה ללא אותן ההחלטות.
תאריך: _____ שם הסוכן: _____ מספר סוכן: _____ חתימה: X _____	

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"/> 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: _____
תאריך: _____	שם מועמד משי: _____
תאריך: _____	מספר ת.ז.: _____
תאריך: _____	חתימה: X _____

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: _____
תאריך: _____	מספר ת.ז.: _____
תאריך: _____	זיקה למבוטח: _____
תאריך: _____	חתימה: X _____

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

***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)	
ראשי						
משני						
ילד 1						
ילד 2						
ילד 3						
ילד 4						
הרגלי עישון (מגיל 16)	ראשי	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	משני	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד:	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				
	שם הילד:	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				

מועמד												
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/ות, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם בעשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> אושפזת (1) <input type="checkbox"/> נותחת (28) <input type="checkbox"/> יעצו לך לעבור ניתוח (28)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב-5 השנים האחרונות לגילוי/אבחון של: <input type="checkbox"/> סרטן (יש לפרט סוג סרטן) (26) <input type="checkbox"/> בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT) <input type="checkbox"/> מחלות ביונוניות/כרוניות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> ציסטות פרקינסון <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי <input type="checkbox"/> בדיקה לגלוי איידס
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפולי רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי <input type="checkbox"/> הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> נדרשת למעקב רפואי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם בחמש השנים האחרונות סבלת מ: <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יתר לחץ הדם (8) <input type="checkbox"/> יתר שומנים בדם (7). אם כן, נא צרף שאלון מתאים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: <input type="checkbox"/> בירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> בירידה בזיכרון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם נקבעו לך אחוזי נכות ממחלה/תאונה/מום או הגשת בקשה לקביעתם? (3) <input type="checkbox"/> האם נפצעת/סבלת משבר ב-5 השנים האחרונות? (3) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם אובחנת כלוקה ב: <input type="checkbox"/> מחלת נפש <input type="checkbox"/> הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון <input type="checkbox"/> הפרעות אכילה <input type="checkbox"/> אם כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (5) <input type="checkbox"/> נא לפרט סוג, כמות ותדירות.
מועמד												
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 מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> ארוע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <input type="checkbox"/> אפילפסיה (9) <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז (10) <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פיגור (יופנה להורה או אפוסטרופוס של קטין/פסול דיון) <input type="checkbox"/> תסמונת דאון
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברוניטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת ככל שסימת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב וכלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיومیופתיה <input type="checkbox"/> טרומבוזה <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/וסקולטיס (27)

*3453

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

9 מתוך 5



02/2026 גרסה

המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

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

ג. בעת רכישת כיסוי למחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:

4 ילד	3 ילד		2 ילד		1 ילד		משני		ראשי		
	לא	כן									
<input type="checkbox"/>	1. תולדות משפחה: (ילידים מגיל 18) האם, למיטב ידיעתך, קרובי מדרגה ראשונה (הורים/אחים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: <input type="checkbox"/> סרטן השד <input type="checkbox"/> סרטן שחלות <input type="checkbox"/> סרטן מעי <input type="checkbox"/> סרטן ערמונית (פרוסטטה) <input type="checkbox"/> מחלות ניוון שרירים/ניוון מוטורי <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופטיה <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> אלצהיימר <input type="checkbox"/> פרקינסון ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)										

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

מס'	שאלה	מבטח	
		כן	לא
1	באיזה שבוע נולד התינוק? 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	האם הומלץ בעת השחרור ו/או לאחר השחרור על המשך מעקב ספציפי אצל רופא מומחה או רופא ילדים ו/או ממתין לתוצאות בדיקות ו/או הומלץ לבצע בדיקות לאחר השחרור?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ה. הערות - פירוט ממציאים חיוביים:

שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים/לא/אירועים חוזרים/כן/לא, סוג טיפול (תרופה/ניתוח וכדומה)	שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים/לא/אירועים חוזרים/כן/לא, סוג טיפול (תרופה/ניתוח וכדומה)

אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימתי 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**

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

6 מתוך 9



dt2498



הצהרות המועמד לביטוח

אני המועמד לביטוח, החתום מטה מבקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ("הלהלן: **"הכשרה"**) לבטח אותי בהתאם לתנאי הביטוח לתכנית/יות הביטוח המסומנות בטופס זה לרבות הצהרת הבראות (להלן: **"הצהרה"**) 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 תשובתי.
- ידוע לי שקבלה או דחיית של הצעה זו נתון לשיקולה הבלעדי של הכשרה בכפוף להוראות הדין 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 עבור 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 במישורן או בעקיפין למצב בריאותי הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
- ההתקשרות עם הקבוצה תיכנס לתוקפו 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 שיהיו 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 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.
- הצהרה זו, תחול גם על ילדי הקטנים ששמותיהם נקובים בהצעה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס טבעי.
- שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעית 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 ששייקוה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תוכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיוק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התוכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.
- ביטול תקופת אכשרה במקרה שקיימת פוליסה ביטוח ברואית פעילה בחברה אחרת ("**פוליסה קודמת**") ונרכשת פוליסה חדשה בהכשרה ("**פוליסה מחליפה**") ידוע לי כי בגין הכיסויים החופשיים בלבד תבטול תקופת אכשרה ("**רצף ביטוחי**"). 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.
- 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 ברואית זה מיועד לתושבי ישראל בלבד והריני מאשר כי במהלך השנה האחרונה שקדמה להצעה זו, התגוררתי בישראל לפחות 180 ימים.
- שום לב – לפי הוראות הממונה על שוק הנתון ביטוח וחסכון, או הביטוח 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 ברכשו על-ידיך לאחר יום 1 באוקטובר 2023.**
- למען הסר ספק, הוראות הביטוח המיוחדות חלות רק על ביטול של פוליסת ברואית בסיסית, והן לא רלבנטיות לביטול של פוליסות ברואיות אחרות. לפי חוזר עריכת תכניות ביטוח, חברת ביטוח תאפשר למבוטח שרכש פוליסת ניתוחים בישראל, פוליסת הרחבה או פוליסת ברואית נוספת לבטלן בכל עת, מבלי להתנות את הביטול האמור בביטול אחת או יותר מפוליסות ביטוח ברואיות אחרות שבידי המבוטח. בנוסף, פוליסה כאמור, ביטולה לא יגרור לביטול הנחה בפוליסה אחרת.

בהצעה לרכישת פוליסת משלים שב"ן

- הכיסוי בגין ניתוחים ע"י הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי ברואיות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של 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 זכויותיו 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 ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטוח 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 להיותכנות 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 שתמסורתי 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 שלשם מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hcsra.co.il
במדיניות הפרטיות של החברה, תמצא גם מענה באשר לאופן מימוש זכותך לעיין במידע השמור אודותיך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדין.
ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות לממונה על הגנת הפרטיות או לממונה על פניות הציבור.

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, 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 _____

משק 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 נעביר 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 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 הקטן בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. גורם המשלם טכנוספ הצטרפות יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, באפשרותך לשנות את הבגיר ו/או להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי על מנת לקבל מידע אודות מוצרי הביטוח של הקטן, 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 במרוכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של קטן בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל.
לצורך עדכון ניתן לפנות לחברתנו באמצעות אחת מהדרכים הבאות:
1. טלפון *3453
2. 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

9 מתוך 7

02/2026 ר101

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

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

9 מתוך 9