

## הצעה לביטוח חיים

☐ ריסק ☐ מגן לעתיד

יש לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים ולגברים כאחד. בשימוש בלשון זכר הוא למען פשטות הדברים בלבד, אני החתום מטה המועמד/ים לביטוח פונה/ים בזה להכשרה חברה לביטוח בע"מ להצטרף לתכנית ביטוח חיים כמפורט להלן:

|                 |                  |           |
|-----------------|------------------|-----------|
| שם סוכן הביטוח: | מס' סוכן הביטוח: | שם המפקח: |
|-----------------|------------------|-----------|

|                                |                       |                  |         |           |
|--------------------------------|-----------------------|------------------|---------|-----------|
| פרטי מועמד/ת לבעלות על הפוליסה | מספר זהות / ח"פ / ח"צ | שם משפחה/שם חברה | שם פרטי | דוא"ל     |
| כתובת: רחוב                    | מס' בית               | ישוב             | מיקוד   | מס' טלפון |

|                                     |                |           |            |             |      |            |
|-------------------------------------|----------------|-----------|------------|-------------|------|------------|
| פרטי מועמד ראשי (הצעיר מבין השניים) | שם משפחה       | שם פרטי   | תעודת זהות | תאריך לידה  | מין  | מצב משפחתי |
|                                     | כתובת: רחוב    | מס' בית   | דירה       | ת.ד.        | ישוב | מיקוד      |
|                                     | מס' טלפון נייד | מס' טלפון | מקצוע      | עיסוק בפועל |      |            |
|                                     | כתובת דוא"ל    |           |            |             |      |            |

אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות אמצעים דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון הנייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח. כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אגא סמן ☐. לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון \*3453 / באתר האינטרנט [WWW.HCSRA.CO.IL](http://WWW.HCSRA.CO.IL) בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

|                 |                |           |            |             |      |            |
|-----------------|----------------|-----------|------------|-------------|------|------------|
| פרטי מועמד משני | שם משפחה       | שם פרטי   | תעודת זהות | תאריך לידה  | מין  | מצב משפחתי |
|                 | כתובת: רחוב    | מס' בית   | דירה       | ת.ד.        | ישוב | מיקוד      |
|                 | מס' טלפון נייד | מס' טלפון | מקצוע      | עיסוק בפועל |      |            |
|                 | כתובת דוא"ל    |           |            |             |      |            |

אני מעוניין לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, דוח תקופתי והמכתבים באמצעות אמצעים דיגיטליים (דואר אלקטרוני / מסרון לטלפון הנייד) הקיימים ברשות הכשרה העדכניים במועד המשלוח. כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אגא סמן ☐. לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון \*3453 / באתר האינטרנט [WWW.HCSRA.CO.IL](http://WWW.HCSRA.CO.IL) בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).

|             |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| פרטי הביטוח | תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין) | אופן הגבייה                                                                                                                                                                                                                                    |
|             | 01 / ____ / ____                | <input type="checkbox"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק)<br><input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (נא למלא הוראה לחיוב כרטיס אשראי)<br><input type="checkbox"/> הוראת קבע הקיימת בפוליסה מספר _____ (על הפוליסה להיות פעילה ובבעלות המבוטח) |

| כיסויים ביטוחיים למועמד לביטוח     |                         |                         |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| ביטוח למקרה מוות - מגן 1           |                         |                         |
| לגיל: _____ (ברירת מחדל עד גיל 85) | סכום ביטוח - מועמד ראשי | סכום ביטוח - מועמד משני |
| * גיל כניסה מקסימלי 70             | סכום _____ ש"ח          | סכום _____ ש"ח          |

| מוטבים במות המבוטח | מועמד ראשי | שם משפחה | שם פרטי | מספר תעודת זהות | תאריך לידה | מין                                                        | קרבה | חלק יחסי (באחוזים) |
|--------------------|------------|----------|---------|-----------------|------------|------------------------------------------------------------|------|--------------------|
|                    |            |          |         |                 |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |      |                    |
|                    |            |          |         |                 |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |      |                    |
|                    |            |          |         |                 |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |      |                    |
|                    | מועמד משני |          |         |                 |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |      |                    |
|                    |            |          |         |                 |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |      |                    |
|                    |            |          |         |                 |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |      |                    |
|                    |            |          |         |                 |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |      |                    |

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

**\*3453**


dt3327

 הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

7 מתוך 1

**ביטוח מגן לעתיד – הבטחת הכנסת תשלום חודשי במקרה פטירה של המבוטח**

גיל כניסה של המבוטח: מינימלי **18** גיל מקסימלי: **65**  
 באפשרותך לקבוע סכום ביטוח ותקופת ביטוח שונה לכל אחד מהמבוטחים למקרה מוות שקבעת בטופס ההצעה  
**לידיעתך** – עבור כל מוטב ו/או תקופת ביטוח שונה תפתח **פוליסה נפרדת**

| פרטי הכיסוי |          | פרטי מוטבים – מועמד ראשי |            |                                                            |             |                    |                           |
|-------------|----------|--------------------------|------------|------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|---------------------------|
| שם פרטי     | שם משפחה | תעודת זהות               | תאריך לידה | מין                                                        | קרבה למבוטח | *תקופת ביטוח בשנים | **סכום ביטוח חודשי המבוקש |
|             |          |                          |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |             |                    | ש _____                   |
|             |          |                          |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |             |                    | ש _____                   |
|             |          |                          |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |             |                    | ש _____                   |
| פרטי הכיסוי |          | פרטי מוטבים – מועמד משני |            |                                                            |             |                    |                           |
| שם פרטי     | שם משפחה | תעודת זהות               | תאריך לידה | מין                                                        | קרבה למבוטח | *תקופת ביטוח בשנים | **סכום ביטוח חודשי המבוקש |
|             |          |                          |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |             |                    | ש _____                   |
|             |          |                          |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |             |                    | ש _____                   |
|             |          |                          |            | <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה |             |                    | ש _____                   |

\*תקופת ביטוח מינימלית: 10 שנים. תקופת ביטוח מקסימלית: עד גיל 80 של המועמד לביטוח.  
 \*\*סכום ביטוח חודשי מינימלי: 1,500 ₪. סכום ביטוח חודשי מקסימלי: בהתאם לטבלת החיתום בחברה.

| מועמד ראשי                                                                                                                                        |                                                                                                        | מועמד משני                                                                          | שאלות כלליות                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים                                                               |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים |                                                              |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים                                                               |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים |                                                              |
| <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים                                                               |                                                                                                        | <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים |                                                              |
| האם הנך עוסק/ת בפעילות ספורטיבית אתגרית ו/או יש לך תחביב מסוכן (כגון: תעופה ספורטיבית, ספורט מוטורי או ימי, טיפוס, צניחה, צלילה, אומנויות לחימה)? | האם יש לך עיסוק מסוכן (כגון חומרים כימיים/רדיואקטיביים/קרינה) או שיש סיכון מיוחד באורח חייך או עיסוקך? | האם הנך בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?                                         | תאריך: _____ חתימת המועמד ראשי: * _____ חתימת המועמד משני: * |

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

| שאלון ביטול / הקטנה פוליסה מקורית                                                                                   |                          |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| כחלק מרישיתך פוליסת ביטוח חיים להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)                     |                          |                          |                          |
| מועמד ראשי                                                                                                          |                          | מועמד משני               |                          |
| כן                                                                                                                  | לא                       | כן                       | לא                       |
| <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח חיים?                                                                  |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. במידה וענית <b>כן</b> בסעיף 1 – האם בכוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו? |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. במידה וענית <b>כן</b> בסעיף 2 – האם ברצונך כי בקשת הביטול של הפוליסה הקיימת ברשותך תישלח באמצעות:                |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| א. על ידך                                                                                                           |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ב. סוכן ביטוח                                                                                                       |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ג. באמצעות חברת הביטוח הכשרה – יש לצרף טופס בקשה לביטוח (נספח ג') שם חברת הביטוח המבטחת _____                       |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**לידיעתך**

הודעת ביטול (נספח ג') בהתאם לסעיף 3ג' לעיל, תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת הביטוח הכשרה בהתאם לטופס הצעה זה.

| 4. במידה וענית <b>לא</b> בסעיף 2 – אני מצהיר כי הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת בהכשרה על אף שיש בידי פוליסה ו/או כיסוי למקרה מוות המעניק לי פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים. |           |       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|-------|
| מועמד לביטוח                                                                                                                                                                                                       | שם המועמד | תאריך | חתימה |
| מועמד ראשי                                                                                                                                                                                                         |           |       |       |
| מועמד משני                                                                                                                                                                                                         |           |       |       |

**הצהרת סוכן**

למיטב הבנתי, עסקה זו כרוכה בהחלפת פוליסת ביטוח שבתוקף ☐ כן ☐ לא ככל שנמצא בהליך התאמת צרכים כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה באמצעות הסוכן הביטוח (סעיף ב) הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח המקורית בה מתנהלת פוליסת ביטוח הקיימת.

| שם הסוכן | תאריך | חותמת וחתימה |
|----------|-------|--------------|
|          |       |              |

**\*3453**

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

**7 מתוך 2**

## הצהרת בריאות- ריסקים

למועמדים מגיל 65, יש לצרף מסמך רפואי מרופא מטפל אשר יכלול, ניתוחים, תרופות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקה דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

| מועמד ראשי                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | פרטים אישיים | שם משפחה |      | שם פרטי       | תעודת זהות | תאריך לידה |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|------|---------------|------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              | גובה     | משקל | שם קופת חולים | סניף       | כתובת      |
| מועמד משני                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | פרטים אישיים | שם משפחה |      | שם פרטי       | תעודת זהות | תאריך לידה |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              | גובה     | משקל | שם קופת חולים | סניף       | כתובת      |
| מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: <input type="checkbox"/> סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.<br>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 ראשי                                                                                                   |                          |                          |                          | מועמד משני               |                          |                          |                          | מועמד                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| כן                                                                                                           | לא                       | כן                       | לא                       | כן                       | לא                       | כן                       | לא                       | כן                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | לא | כן | לא |
| א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיובית/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים. |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |    |
| <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. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: <input type="checkbox"/> מחלת הסרטן (יש לפרט סוג סרטן) _____, <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות/כרוניות <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות נפשיות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> פרקינסון ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27) |    |    |    |
| <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 בעשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון (1) <input type="checkbox"/> האם נותחת (28) <input type="checkbox"/> האם יעצו לך לעבור ניתוח? (28)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> לגילוי סרטן <input type="checkbox"/> לאבחון בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי איידס                                                                                                                                                                                       |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: <input type="checkbox"/> האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה, תאונה או מום מולד? (3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ב. האם יש לך /או אובחנת /או הנך מטופל/ת /או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון /או 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"/> | 1. <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יותר שומנים בדם (7) <input type="checkbox"/> יותר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |    |
| <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"/> מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <input type="checkbox"/> סחרחורות <input type="checkbox"/> אפילפסיה (9) <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פיגור יופנה להורה או אפוסרפוס של פסול דין                                                                                        |    |    |    |
| <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"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: <input type="checkbox"/> ירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> ירידה בזיכרון?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברוניטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> דום נשימה בשינה (11)                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיومیופתיה <input type="checkbox"/> טרומבוזת <input type="checkbox"/> מחלת לב איסכמית <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> הפרעות קצב הלב <input type="checkbox"/> בעיות מסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב <input type="checkbox"/> דלקת כלי הדם/וסקוליטיס <input type="checkbox"/> אנמיה (12) <input type="checkbox"/> בעיות קרישה                |    |    |    |
| <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. <input type="checkbox"/> מחלת נפש <input type="checkbox"/> הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון (13)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כבד <input type="checkbox"/> הפטיטיס/צהבת <input type="checkbox"/> שחמת הכבד <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי הכבד                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |    |
| <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. <input type="checkbox"/> בעיות מעיים ודרכי העיכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן (16)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. <input type="checkbox"/> בעיות ראוטולוגיות <input type="checkbox"/> מחלת ובעיות מפרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוט (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס F.M.F (19)                                                                                                                                                                                                                              |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים) <input type="checkbox"/> חשד לגידול/שומות במעקב (26)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> הנטינגטון                                                                                                                                                                                                                                                           |    |    |    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. <input type="checkbox"/> הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות בלוטות <input type="checkbox"/> ערמונית/פרוסטטה (20) <input type="checkbox"/> בלוטת המגן/התריס (21) <input type="checkbox"/> יותרת המוח <input type="checkbox"/> יותרת הכליה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק <input type="checkbox"/> הלבבל                                                                                                                                                                                       |    |    |    |



\*3453

[www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il) | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877 ת.ד. | המלאכה 6, ת.ד.

7 מתוך 3

| הערות:                |           |                                                                                                       |
|-----------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| פירוט ממצאים חיוניים: |           |                                                                                                       |
| שם המועמד             | מספר שאלה | אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא אירועים חוזרים כן/לא, סוג טיפול (תרופה/ניתוח וכדומה) |
|                       |           |                                                                                                       |
|                       |           |                                                                                                       |
|                       |           |                                                                                                       |
|                       |           |                                                                                                       |
|                       |           |                                                                                                       |
|                       |           |                                                                                                       |
|                       |           |                                                                                                       |

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

**תאריך** \_\_\_\_\_ **שם המועמד הראשי:** \_\_\_\_\_ **מספר ת.ז.:** \_\_\_\_\_ **חתימה \*** \_\_\_\_\_

**תאריך** \_\_\_\_\_ **שם המועמד המשני:** \_\_\_\_\_ **מספר ת.ז.:** \_\_\_\_\_ **חתימה \*** \_\_\_\_\_

| הצהרה - ויתור על סודיות רפואית                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכוניהם הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדיו או למשרד הביטחון וצה"ל ו/או למשטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ומשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או שירות התעסוקה ו/או לחברות בטוח אחרות על עובדיהן ו/או קרנות הפנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר ע"י צד ג' כלשהו <b>ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפותי לביטוח המבוקש</b> למסור להכשרה חברה לבטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.</p> <p>כתב וויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את מוטביי, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. אני מוותר על סודיות זו כלפי הח"מ ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.</p> |                                                                                                    |
| <b>תאריך</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>שם המועמד הראשי:</b> _____ <b>מספר ת.ז.:</b> _____ <b>חתימה *</b> _____                         |
| <b>תאריך</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>שם המועמד המשני:</b> _____ <b>מספר ת.ז.:</b> _____ <b>חתימה *</b> _____                         |
| <b>פרטי העד לחתימה: סוכן ביטוח / עו"ד / רופא</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                    |
| <b>תאריך:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>שם מלא:</b> _____ <b>מספר ת.ז.:</b> _____ <b>מספר רישיון:</b> _____ <b>חתימה + חותמת:</b> _____ |

## 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 יותר ממועמדים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי × \_\_\_\_\_ חתימת מועמד משני × \_\_\_\_\_

## הצהרת המועמדים לביטוח

אני המועמד לביטוח, מבקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ("להלן: "הכשרה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי: כל התשובות המפורטות בהצעה זו / או בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שכלל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך והואיל וחברת הביטוח נסמכת על תשובותיי. ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.

- הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי שחוזה הביטוח נכנס לתוקף רק לאחר שהכשרה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות.
- קיבלתי פירוט בדבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החריגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית וכן (במקרה של ביטוח בריאות) פירוט של כללי הגילוי נאות שנקבעו על ידי המפקח על הביטוח.
- הואב לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישורן או בעקיפין למצב בריאותו הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
- קיבלתי פירוט בדבר גובה הפרמיה, אופן חישובה ואת העובדה כי קבלתי לביטוח ו/או בני משפחתי הכלולים בהצעה לביטוח, מותנית בהסכמת הכשרה, אשר תסתמך על הנתונים שדווחו על ידי, וכי תתכן תוספת לפרמיה לפי החיתום שיתבצע על ידי הכשרה. יודגש כי במידה ותהיה תוספת לפרמיה לפי החיתום, יהיה עלי לחתום על תנאי החיתום באופן אישי.
- הוצע לי האפשרות לקבל את הפרטים המפורטים בסעיפים 2-4 לעיל בכתב וכן את תנאי הפוליסה וכתבי השירות הנלווים, לרבות באמצעות דוא"ל.
- הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.
- ידוע לי כי הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחלטות ולתנאים המיוחדים, ככל שהיו, וכפי שיקבע על ידי המבטחת.
- במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
- במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.

## בקשה לקבלת קוד לאזור האישי באינטרנט:

**אני הח"מ מבקש ומסכים לקבל בדואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של הכשרה, אודות תכנית ביטוח ו/או מוצרים אחרים של הכשרה. ידוע לי כי קוד הפעלה ראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום לאתר האינטרנט והסכמתי לתנאי השימוש האמורים בו.**

## קבלת שירותים מחברות בקבוצת הכשרה ביטוח:

ידוע לי ואני מסכים כי החברה תהיה רשאית לקבל בין בתמורה ובין שלא בתמורה, שירותי ניהול ו/או תפעול, שירותי ניהול השקעות, שירותי שיווק, שירותי גבייה ושירותי מיכון מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ומכל חברה קשורה/שולטת/בעלת ענין בהכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/או בחברה מנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח").

## העברת מידע באמצעות טלפון וכלים דיגיטליים:

אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוג אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חליפי, לרבות כלים דיגיטליים למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח, וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע להיתכנות תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים, המהווים פגיעה בפרטיות, וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים, שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

## הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

אני מסכים למסור לחברה מידע אישי אודותי לצורך ביטוח זה או פעולותיכם כמבטחים, למרות שלא מוטלת עליי חובה חוקית למסור מידע זה. ידוע לי ואני מסכים כי לצורך ביטוח זה או פעולותיכם כמבטחים תהיו רשאים לפנות לצדדים שלישיים ולקבל מידע אודותי. ידוע לי ואני מסכים כי הטיפול במידע האישי נעשה בהתאם למדיניות הפרטיות של הכשרה, המתפרסמת באתר האינטרנט של החברה. כן ידוע לי ואני מאשר למסור את המידע לגורמים שונים הקשורים, במישורן או בעקיפין, בביטוח זה או בפעולותיכם כמבטחים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי × \_\_\_\_\_ חתימת מועמד משני × \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה: × \_\_\_\_\_

## הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות קשורות (להלן ביחד: "הקבוצה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת בדבר מוצרי ושירותי הקבוצה, באמצעות דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטי, הודעת מסר קצר (SMS) ושירותי חברתיות ובכל דרך אחרת. אני מסכים שהמידע אודותי ישמר במאגרי הקבוצה ובכלל זה, עיבודו, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל, וכן פעולות אחרות הנלוות לשימושים המאומרים 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](http://www.hcsra.co.il).

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי × \_\_\_\_\_ חתימת מועמד משני × \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה: × \_\_\_\_\_

## ממשק אינטרנטי למיתור מוצרי ביטוח

**ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים עליך ליצור קשר עם חברתנו, באמצעות אחת מהדרכים הבאות:**

**1. טלפון \*3453**

**2. אתר אינטרנט של החברה:** [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

**לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. ככל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו להסרה מהממשק לאיתור מוצרי ביטוח, ראה הודעה זאת כמבטלת.**

## משלוח הודעות לחברה

לתשומת ליבך מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקובע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרדי החברה. הערה זאת מתייחסת לפעולות הבאות: בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכת כספים, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה להפקדה חד פעמית, בקשה להגדלת דמי ביטוח, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לביצוע תשלומי משיכה, המרה, היוון עם תום תקופת הביטוח, בקשה לה"פסקת הכיסוי הביטוחי, בקשה לקיצור או הארכה של תקופת הביטוח. וכן כל מסמך נוסף הנחוץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה, הנמסרות לחברה על ידי המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, צריכות להימסר אך ורק במשרדי החברה באחת מן הכתובות המופיעות בתנאי הפוליסה או באתר החברה בכתובת [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

## הצהרת בעל רישיון

אני מצהיר בזה כי כל השאלות המופיעות לעיל הוצגו למועמד לביטוח, והתשובות הן כפי שנמסרו ע"י המועמד. כמו כן המועמד אישר כי הבין את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל. במסגרת תהליך המכירה בוצע בירור צרכי המועמד לביטוח והוצע לו ביטוח התואם את צרכיו.

תאריך \_\_\_\_\_ שם המשווק הפנסיוני \_\_\_\_\_ מס' המשווק הפנסיוני \_\_\_\_\_ חתימת המשווק הפנסיוני × \_\_\_\_\_

**\*3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 581801 | 03-7960000 | [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

5 מתוך 7

מבוסס נכבד!

- בחודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשיך הכשרה חברה לביטוח בע"מ ("להלן: "החברה") את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הנ"ל בחשבונך יהווה אישור על תשלום הפרמיה ללא צורך בהוכחה נוספת.
- האפשרות לשלם פרמיות לפי תכנית זו כפופה בכל מקרה להסכמת החברה ולהסכמת הבנק לפעול על פי הסדר זה.
- ההשתתפות בהסדר זה היא בשיטה הדומה להצגת הקים - והיא ניתנת לביטול אם משיכה כלשהיא לא תכובד בעת הצגתה.
- החברה מתחייבת בזה שלא למשוך כספים מעבר לסכומים המגיעים לה בהתאם לתנאי הפוליסה ותוספותיה שעבורן מבקש בעל הפוליסה / המשלם הפעלת הסדר זה.
- הסדר זה אפשרי גם על תשלומים בגין החזר הלוואות
- מספר פוליסה/ות \_\_\_\_\_

☐ ויזה- לאומי קארד ☐ ויזה כ.א.ל ☐ ישראל קארד ☐ ד״נרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר \_\_\_\_\_

מאשר בזאת כי ברצוני לשלם את החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב בחסרם התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי, הנני מסכים, כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סילוק ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם ביחס לרטיסי שיובע במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס לא יישא מספר אחר. ידוע לי, כי ביצוע תשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לבני חיוב שיוצב אליה על ידי חברת הביטוח.

## הוראה לחיוב חשבון

|                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                          |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| מספר חשבון                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | לכבוד:                                                                                                                   |  |
| סוג חשבון                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | בנק:                                                                                                                     |  |
| קוד מסלקה                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  | סניף:                                                                                                                    |  |
| בנק                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | כתובת סניף:                                                                                                              |  |
| סניף                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                          |  |
| קוד מוסד                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות.<br><input type="checkbox"/> או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות |  |
| אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                          |  |
| 409                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                          |  |
| שם המוסד: הכשרה חברה לביטוח בע"מ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                          |  |

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

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

2. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבונו.
3. 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.
4. נהיה ראשינו לבלט לחיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידינו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימים עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעה הביטולית נלה לאחר מועד החיוב, הדיכוי ייעשה בערך יום מתן ההודעה הביטול.
5. נהיה ראשינו לדרוש 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 שבינינו 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 שבינינו לבין הבנק.
9. ראשי הלוואי צאנו 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 בבנק ע"י המוטב.
11. נא אשר ל- (הכשרה חברה לביטוח בע"מ) בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (העקרונות לקביעתם): תנאי פוליסה/ות כפי שהיה על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל החשבון \_\_\_\_\_

|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |           |  |     |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|-----------|--|-----|
| מספר חשבון |  |  |  |  |  |  |  |  |  | סוג חשבון                       |  |  | קוד מסלקה |  |     |
|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  | סניף      |  | בנק |
|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |  |  |           |  |     |
| 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 מס' מספר חשבונם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה, רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון איפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לכביעו, כל עוד לא התקבלה אצלנו ההרשאה ביטוח בכתב על ידי בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ בעל/י החשבון מההסדר. אישור זה לא יפגע בתחייבותיכם כלפינו, ישנות על ידיכם.

תאריך: \_\_\_\_\_ בנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הסניף: \_\_\_\_\_

## הודעות ביטול - נספח ג'

עבור חברת ביטוח \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_ (שם מלא), ת.ז. \_\_\_\_\_, ובני משפחתי אלה (קטינים בלבד):

1. \_\_\_\_\_ (שם מלא), ת.ז. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ (שם מלא), ת.ז. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ (שם מלא), ת.ז. \_\_\_\_\_

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח \_\_\_\_\_

הקיימת בחברתכם החל מיום \_\_\_\_\_.

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ x

חתימת המבוטח

\_\_\_\_\_

תאריך