

הצעה לביטוח חיים

ריסק

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

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

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

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	מין זכר ☐ נקבה ☐	מצב משפחתי ☐ גרוש/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה
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 אנא סמן ☐ לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט WWW.HCSRA.CO.IL בחירתך לשליחת המידע תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).				
-------------	--	--	--	--	--

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	מין זכר ☐ נקבה ☐	מצב משפחתי ☐ גרוש/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה
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 אנא סמן ☐ לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט WWW.HCSRA.CO.IL בחירתך לשליחת המידע תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).				
-------------	--	--	--	--	--

פרטי הביטוח	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין)	אופן הגבייה ☐ הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) ☐ כרטיס אשראי (נא למלא הוראה לחיוב כרטיס אשראי) ☐ 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 זכר ☐ נקבה ☐	קרבה	חלק יחסי (באחוזים)
	מועמד משני	שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין זכר ☐ נקבה ☐	קרבה	חלק יחסי (באחוזים)

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

*3453


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

1 מתוך 8

מועמד ראשי	מועמד משני	
☐ לא ☐ כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	☐ לא ☐ 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)?
☐ לא ☐ כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	☐ לא ☐ כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	האם יש לך עיסוק מסוכן (כגון חומרים כימיים/רדיואקטיביים/קרינה) או שיש סיכון מיוחד באורח חיך או עיסוקך?
☐ לא ☐ כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	☐ לא ☐ כן, צרף שאלון תחביבים ועיסוקים	האם הנך בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?
תאריך: _____ חתימת המועמד ראשי: * _____ חתימת המועמד משני: * _____		

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

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה מקורית				
כחלק מרישית פוליסת ביטוח חיים להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)				
כן	לא	כן	לא	1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח חיים?
☐	☐	☐	☐	2. במידה וענית כן בסעיף 1 - האם בכוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?
כן	לא	כן	לא	3. במידה וענית כן בסעיף 2 - 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 לביטוח (נספח ג') שם חברת הביטוח המבטחת
לידיעתך הודעת ביטול (נספח ג') בהתאם לסעיף 3ג' לעיל, תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת הביטוח הכשרה בהתאם לטופס הצעה זה.				
4. במידה וענית לא בסעיף 2 - אני מצהיר כי הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת בהכשרה על אף שיש בידי פוליסה ו/או כיסוי למקרה מוות המעניק לי פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים.				
מועמד לביטוח		שם המועמד		תאריך
מועמד ראשי				
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 וחותימה

הצהרת בריאות מקוצרת - ביטוח לריסק ומשכנתא

סכום ביטוח מקסימלי 1,000,000 ₪ | גיל כניסה ביטוחי 20 עד 55

סכומי הביטוח מצטברים וכוללים סכומי ביטוח קיימים וחדשים לכל מועמד בכל הפוליסות וההצעות בחברה.

מועמד ראשי	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים		סניף	כתובת
	הרגלי עישון	האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? ☐ לא ☐ כן אם כן: ☐ אני מעשן/עישנתי בשנתיים אחרונות: _____ ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.					
מועמד משני	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים		סניף	כתובת
	הרגלי עישון	האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? ☐ לא ☐ כן אם כן: ☐ אני מעשן/עישנתי בשנתיים אחרונות: _____ ☐ סיגריות / ☐ סיגרים / ☐ נרגילה / ☐ מקטרת ☐ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.					

שאלות כלליות		
	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)?	☐ לא ☐ כן צרף שאלון תחביבים ועיסוקים
	האם יש לך עיסוק מסוכן (כגון חומרים כימיים/רדיואקטיביים/קרינה) או שיש סיכון מיוחד באורח חיך או עיסוקך?	☐ לא ☐ כן צרף שאלון תחביבים ועיסוקים
	האם הנך בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?	☐ לא ☐ כן צרף שאלון תחביבים ועיסוקים
תאריך: _____ חתימת המועמד ראשי: * _____ חתימת המועמד משני: * _____		

הצהרת בריאות

מועמד ראשי		מועמד משני		
כן	לא	כן	לא	
☐	☐	☐	☐	1. האם בחמש שנים האחרונות השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐ סמים (שאלון 4) ☐ אלכוהול (שאלון 5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.
☐	☐	☐	☐	2. האם בשלוש שנים אחרונות אושפזת בבית חולים מעל יומיים (שאלון 1)
☐	☐	☐	☐	3. האם בשנתיים אחרונות נותחת או המליצו לך ו/או בכוונתך לעבור ניתוח (שאלון 28)
☐	☐	☐	☐	4. האם בשלוש שנים האחרונות: ☐ הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? ☐ הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?
☐	☐	☐	☐	5. האם בחמש שנים האחרונות עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ו/או הנך נמצא/ת היום במהלך בדיקות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה בגינן אבחנה סופית? כגון: קולופוסקופיה, ממוגרפיה, ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, בדיקות לאבחון בעיות לב כגון צנתור, מיפוי לב, אקו לב, בדיקות הדמיה: c.t/M.R.I, אולטרסאונד (למעט במעקב הריון), מיפוי עצמות, בדיקות דם וששת (למעט שגרתיות) בדיקה לגילוי איידס. אם כן, יש לפרט איזה בדיקות ומה היו תוצאותיה: _____
כן	לא	כן	לא	6. האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים: א. לב וכלי דם בחמש שנים האחרונות (לרבות הפרעות קרישה, יתר לחץ דם (שאלון 8) או שומנים בדם (שאלון 7) ב. סוכרת מכל סוג לרבות סוכרת הריון (שאלון 6) ג. סרטן / מחלה ממארת או גידולים ממאירים או חשש לגידול (שאלון 26) ד. ☐ מחלות עיכול/מעיים כגון: קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס (שאלון 15) ☐ מחלות כבד, הפרעה בתפקודי כבד שחמת או צהבת או מחלות לבלב (*מכתב מרופא) ה. מוח ומערכת עצבים (*מכתב רופא) ו. ריאות ונשימה: (שאלון 11) ז. הפרעה ו/או מחלה נפשית כגון דיכאון, חרדה, פוסט טראומה, מחלת נפש, אשפוז פסיכיאטרי (שאלון 13) ח. כליות ודרכי השתן (*מכתב מרופא) ט. מחלות זיהומיות/חיסוניות: איידס/נשאות איידס, לופוס (זאבת), דלקת פרקים, סקלרודרמה, מחלת חום מעל 3 חודשים (*מכתב רופא) י. האם נקבעה לך נכות מעל 35% בגין מום מולד או נרכש, פציעה או מחלה או שהנך נמצא/ת בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או נמצא כעת באי כושר לעבודה? (*מכתב רופא / פרוטוקול קביעת נכות).

05.2025 1071

***3453**



^dt3025

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

3 מתוך 8

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 שתשובתיי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובתיי 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

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 עובדייו או למשרד הביטחון וצה"ל ו/או למשטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ומשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או שירות התעסוקה ו/או לחברות בטוח אחרות על עובדיהן ו/או קרנות הפנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר ע"י צד ג' כלשהו **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפותי לביטוח המבוטח** למסור להכשרה חברה לבטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.

כתב וויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את 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.

תאריך _____ **שם המועמד הראשי:** _____ **מספר ת.ז.:** _____ **חתימה *** _____

תאריך _____ **שם המועמד המשני:** _____ **מספר ת.ז.:** _____ **חתימה *** _____

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

תאריך: _____ **שם מלא:** _____ **מספר ת.ז.:** _____ **מספר רישיון:** _____

חתימה + חותמת: * _____

תהליך הצטרפות:

לחברה שמורה הזכות לבחון את הצהרות הבריאות ולהסתמך על הפרטים בהן לצורך החלטה אם לקבל את ההצעה או לדחותה. יובהר, כניסתו לתוקף של חוזה הביטוח תחול רק לאחר המצאת אישור בכתב מהחברה על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד, וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך חיתום ו/או בירור תנאים ו/או קבלה לביטוח, הפוליסה לא תופק ולא תיכנס לתוקף עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח וזאת עד להשלמת התהליך עבור כלל המועמדים לביטוח.

☐ בסימון משבצת זו, אני מביע/ה את רצוני שאם חלק מהמועמדים בטופס ההצעה נדרשים להליך חיתום ובירור בטרם קבלה לביטוח, החברה תפיק את פוליסת הביטוח עבור המועמדים אשר לא נדרש לגביהם המשך הליכי חיתום, וזאת מבלי להמתין להשלמת הליכי החיתום והקבלה לביטוח של יתר המועמדים.

למען הסר ספק, במקרה שהחברה תפיק את הפוליסה רק לאחד מבני הזוג - הטבה לריסק זוגי לא תחול.

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 המפורט 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 הואיל וחברת הביטוח נסמכת על תשובתי. 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 שחוזר הביטוח נכנס לתוקפו 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 שנבקעו על ידי המפקח על הביטוח.
 - הואיל ולידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאות הלקוח, 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 להחרגות 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 האישוי באינטרנט:

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

קבלת שירותים מחברות בקבוצת הכשרה ביטוח:

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

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:

אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת 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 עלי 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, במישרין או בעקיפין, בביטוח זה או בפעולותיכם כמבטחים.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי: * _____ חתימת מועמד משני: * _____ חתימת בעל הפוליסה: *

הסכמה לקבלת מסרים מסוימים

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות קשורות (להלן ביחד: "הקבוצה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת בדבר מוצרי ושירותי הקבוצה, באמצעות דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטית, הודעת מסר קצר (SMS) ורשתות חברתיות ובכל דרך אחרת. אני מסכים שהמידע אודותי 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: * _____ חתימת מועמד משני: * _____ חתימת בעל הפוליסה: *

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

- ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרכז 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:
- טלפון *3453
 - אתר אינטרנט של החברה: www.hcsra.co.il
- לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. ככל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו להסרה מהממשק לאיתור מוצרי ביטוח, ראה הודעה זאת כמבוטלת.

משלוח הודעות לחברה

לתשומת ליבך מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקובע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרדי החברה. הערה זאת מתייחסת לפעולות הבאות: בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה להוסיף 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, חיוג עם תום תקופת הביטוח, בקשה להפסקת הכיסוי הביטוחי, בקשה לקיצור או הארכה של תקופת הביטוח. וכן כל מסמך נוסף הנוח 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

הצהרת בעל רישיון

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

תאריך _____ שם המשווק הפנסיוני: _____ מס' המשווק הפנסיוני: _____ חתימת המשווק הפנסיוני: *

***3453**

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

5 מתוך 8

מבוסס נכבד!

בחדש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשוך הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הנ"ל בחשבוני יהווה אישור על תשלום הפרמיה ללא צורך בהוכחה נוספת.

- האשרות 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 תכוד בעת הצגתה.
- החברה מתחייבת בהז שליל 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 ☐ ישראלכארד ☐ ד״נירס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר ☐

שם בעל הכרטיס	מספר תעודת זהות	כתובת

[illegible]

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

[illegible]

הבאות: ☐ תקרת סכום לחיוב: _____ ₪. ☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום ____/____/____.

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

נא לסמן מועד גביה רצוי: ☐ 5 ☐ 10 ☐ 25

1. אני/והח"מ _____ מס' זהות / ח.פ. _____
 שם בעלי החשבון כמופיע בספריע הבנק _____
 כתובת: _____ מס' ישוב _____ מיקוד _____

תאריך: _____ חתימת בעל החשבון _____

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חייבים 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, ששמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעל/ החשבון או כל עוד לא הוצא/ בעל/ החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבוייתכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.

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

05.2025 נדבך:



^dt3200

***3453**

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

6 מתור 8

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

טופס נלווה להצעה לביטוח חיים ("מגן 1")

Extra Risk

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

להלן שתי דוגמאות:

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

Family Risk

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

להלן שתי דוגמאות:

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

תנאים לקיום הטבה:

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

הצהרת מועמדים לביטוח

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

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

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

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

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

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

הצהרת סוכן

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

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	חתימה

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | תוקף ההטבה החל מ-01/04/2025 ועד ל-31/12/2025 | קבלה לביטוח מותנית בחיתום רפואי בהתאם לנהלי החיתום בחברה | אין באמור בכדי לגרוע מזכותה של החברה להודיע על הפסקת ההטבה בכל עת | הטבות תינתנה בכפוף לעמידה בתנאי ההטבה כמפורט בטופס זה, בכפוף לתנאי הפוליסה וחריגיה ותנאי החיתום שלה חברה | סכום הביטוח שיקבע במועד התשלום יהיה לפי סכום הביטוח במועד הכניסה או סכום הביטוח במועד תשלום התביעה לפי הנמך מבניהם | כל הכתוב אינו מהווה ייעוץ או תחליף לייעוץ המתחשב בצרכים הפרטניים של כל אדם | החברה רשאית לשנות ו/או להפסיק את ההטבות בכל עת ומכל סיבה שהיא, בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי, מבלי שתצטרך להודיע על כך מראש.

***3453**



dt3313

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

7 מתוך 8

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 _____.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____



dt3239

***3453**

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

8 מתוך 8