הכשרה ביטוח ופיננסים

תיבת דוא"ל יעודית לשליחת ההצעות להפקה: pensiony-h@hcsra-ins.co.il

הצעה לביטוח לעצמאים

❑ "עתיד לעצמאים" ❑ "עתיד 60 פלוס לעצמאים"

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

שם המשווק הפנסיוני:	מס' משווק פנסיוני:

1. פרטי המבוטח / המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ זכר ☐ נקבה	☐ נשוי/ה ☐ גרוש/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה

רחוב	מספר	דירה	ת.ד	יישוב	מיקוד

מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייח	מקצוע	עיסוק בפועל

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 וזאת במקום קבלתם באמצעות דואר ישראל.
ככל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן ❑.
לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשרות 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).

תחביבים מסוכנים או ספורט אתגרי, כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה, טיס וכו' פרט: (בהתאם לרשימת ספורט אתגרי כפי שהיא מופיעה באתר האינטרנט של החברה)	☐ לא ☐ כן, פרט: _____ (במידה והתשובה הינה **כן** יש לצרף שאלון)
האם אתה בעל רישיון טיס / איש צוות אויר / בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	☐ לא ☐ כן, פרט: _____ (במידה והתשובה הינה **כן** יש לצרף שאלון)
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל?	☐ לא ☐ כן, פרט: _____ (במידה והתשובה הינה **כן** יש לצרף שאלון)
האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים?	☐ לא ☐ כן, פרט: _____ (במידה והתשובה הינה **כן** יש לצרף שאלון)

2. פרטים לגבי תקופת הביטוח וההפקדות לפוליסה

תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין): _____ / _____ / 01 תקופת הביטוח: עד לגיל תום _____ (ניתן 60-67) (ברירת מחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)	גובה תשלום ההפקדה החודשית השוטפת: _____ ₪. הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן. ישולם בהוראת קבע לבנק או בכרטיס אשראי, יש למלא טופס בהתאם.	הפקדה חד-פעמית: בסך של _____ ₪.

לידיעתך, בהתאם למדיניות החברה, לא תתאפשר העברה לפוליסה של כספים שמקורם מחוץ לישראל ו/או מקורם במטבעות וירטואליים. כספים שיועברו לחשבון החברה בניגוד לאמור, יושבו למשלם נומינלית.

3. מסלולי השקעה*

מסלול השקעה	אחוז הפקדה בתגמולים
הכשרה- אג"ח ממשלות	%
הכשרה- מניות	%
הכשרה- משולב סחיר	%
הכשרה- עוקב מדדים גמיש	%
הכשרה- עוקב מדד S&P 500	%
הכשרה- כספי (שקלי) ☐ 6 חודשים ☐ 12 חודשים ☐ 24 חודשים בחירת מסלול בתום התקופה: _____	%
הכשרה - מסלול השקעה מודל תלוי גיל (ברירת מחדל)	%
הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה	%
הכשרה - מסלול לבני 50-60	%
הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה	%
סה"כ	**100%**

- **ככל שלא יבחר מסלול השקעה, יושקעו הכספים במודל השקעות תלוי גיל- מסלול ברירת מחדל.**
- **מודל השקעות תלוי גיל (מסלול ברירת מחדל) תואם את גיל המבוטח, שינוי המסלול יבוצע אוטומטית בהתאם לגילך לאחד מ - 3 המסלולים הבאים:**

א. הכשרה – מסלול לבני 50 ומטה.
ב. הכשרה – מסלול לבני 50-60.
ג. הכשרה – מסלול לבני 60 ומעלה.

- **ככל שנבחר מסלול כספי (שקלי) ולא נבחר מסלול המשך בתום התקופה, צבירת הכספים במסלול הכספי תועבר למסלול ברירת מחדל (הכשרה- מסלול תלוי גיל)**
- **שיעור העלות השנתית הצפויה יוצג לך לאחר סיום ההצטרפות, באזור האישי שלך באתר שלנו www.hcsra.co.il.**
- **הצגת שיעור העלות השנתית הצפויה מהווה תחזית בלבד, ומבוססת על מגוון רחב של הנחות אשר חלקן מבוסס על נתוני שנים קודמות ועל נוסחת המרה אחידה, ואשר כולן נערכו בהתבסס על המידע שהיה זמין לגוף המוסדי בתחילת שנת הדיווח שבגינה מוצגת העלות השנתית הצפויה ובהתאם לנתונים האמורים. שיעור ההוצאות הישירות הצפוי בשל ביצוע השקעות מוצג לכל מסלול השקעה ובהתאם לצבירה בכל מסלול השקעה יחסית לצבירה הכוללת בכל מסלולים. אי לכך, אין בהצגה זו בכדי לחייב את הגוף המוסדי לגביית עלויות בהתאם לשיעור העלות השנתית הצפויה, וכי השיעור בפועל ייקבע בין היתר, בהתאם להשקעות שיבוצעו במהלך השנה, לתשואות שיושגו במהלך השנה על נכסי העמיתים במס־לול ההשקעה ובהתאם לסך המשיכות וההפקדות שיבוצעו בחשבון במהלך השנה. כמו כן, הגוף המוסדי אינו מחויב בעדכון או שינוי שיעור העלות השנתית הצפויה על מנת לשקף אירועים או נסיבות שיחולו לאחר הצגתו.**

הכשרה
ביטוח ופיננסים

4. מוטבים במות המבוטח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה	חלק יחסי (באחוזים)
				☐ זכר ☐ נקבה		
				☐ זכר ☐ נקבה		
				☐ זכר ☐ נקבה		
				☐ זכר ☐ נקבה		

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

5. דמי ניהול בתקופת החיסכון

	דמי ניהול מהתשלום השוטף	דמי ניהול שנתיים מהחיסכון המצטבר
☐	3%	0.5% יורד ל-0.2% בחיסכון מצטבר העולה על 400,000 ₪*
☐	אחר _____	אחר _____

*** במידה וההפקדות השוטפות לחיסכון יופסקו, יעודכנו דמי הניהול מהחיסכון המצטבר לשיעור שנתי של 1.05%**

6. כיסוי לאובדן כושר עבודה ושחרור מתשלום פרמיה (מגן להכנסה), כיסוי נוסף מעבר להפקדה לחיסכון.

הכנסה חודשית כוללת: _____ **₪.** (**שכיר -** שכר ברוטו **/ עצמאי -** הכנסה מדווחת לרשויות המס).

סכום הפיצוי החודשי המבוקש: _____ **₪.** (הפוצוי יהיה צמוד למדד המחירים לצרכן).

גיל תום לכיסוי _____ (עד 60-67) בהעדר הנחיות ברירת המחדל תהיה 67.

הרחבות לכיסוי בסיס	הערות
☑ אובדן כושר עבודה חלקי	
☐ הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)	מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה
☐ פרנצ'יזה	לא ניתן לרכוש יחד עם קיצור תקופת המתנה
☐ קיצור תקופת המתנה 1 חודש	לא ניתן לרכוש יחד עם פרנצ'יזה. מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.
הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה ☐ 1% ☐ 2%	יש לסמן אחת מהאפשרויות
☐ הגדלת גג חתם 25%	
☐ תשלום נוסף במקרה סיעודי	
☐ ביטול קיזוז מגורם ממשלתי	

הערות לגבי הכיסוי הביטוחי לאובדן כושר עבודה

גידול עתידי בפרמיה לכיסוי לאובדן כושר עבודה כתוצאה מעליית התעריף או כתוצאה מהצמדה למדד המחירים לצרכן תגבה מעבר להפקדות לתגמולים.

ידוע לי כי לחברה תהיה הזכות לבקש הוכחות ביחס להכנסתי החודשית המדווחת לרשויות המס, במועד ההצטרפות או כתוצאה מבקשה להגדלה בסכום הפיצוי או בעקבות תביעה.

בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% מממוצע השכר/ ההכנסות ב- 12 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכל בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.

הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים, לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי דמי ניהול בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תחשיבית של 2.5%.

הצהרת בעל הרשיון לענין כיסוי ביטוחי קיים על הכנסות מעבודה והתאמת הכיסוי הביטוחי למבוטח

חתימת בעל הרשיון - הנני מצהיר/ה בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה, כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוטח בקרן פנסיה ו/או הכנסה שאינה מבוטחת בחברת ביטוח בשיעור של 75%.
במידה ורכשתי עבור המבוטח הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פירטתי בפני המבוטח אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם יופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ירכוש את ההרחבה.

תאריך:_____ **חתימת בעל הרשיון:** ✗_____

ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון 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. באתר האינטרנט 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 כמבוטלת.

7. הצהרה לפי חוק איסור הלבנת הון ומימון טרור

אני _____ בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:

☐ אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.

☐ יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים, הסיבה לכך _____.
אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

☐ **הנהנים בפוליסה הם:**

שם מלא	מס' זהות / ח.פ	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען

האם הנהנה תושב חוץ: ☐ כן ☐ לא במידה והתשובה **כן** אנא מלא **שאלון 1** איש ציבור זר.

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.
ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

תאריך:_____ **חתימת העמית:** ✗_____

***עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין.**

הכשרה ביטוח ופיננסים

8. כיסוי ביטוחי למקרה מוות - ריסק פרט (יירכש בפוליסה נפרדת)

☐ מגן 1 (כיסוי לגיל 85) סכום ביטוח _____ ₪

המוטבים למקרה מוות יהיו אותם המוטבים שנקבעו במסגרת סעיף 4 בהצעת ביטוח זו, אלא אם כן ייקבע אחרת ע"י המבוטח, במפורש ובכתב.

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה מקורית (רלוונטי אך ורק ללקוח שרוכש ריסק פרט)

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חיים להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)	מועמד לביטוח	
	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?	☐	☐
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.

שם המועמד לביטוח	תאריך	חתימה

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

הוראה לחיוב כרטיס אשראי (רלוונטי לכיסוי ביטוחי למקרה מוות בלבד)

מבוטח נכבד!

- בחודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשוך הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הנ"ל בחשבונך יהווה אישור על תשלום הפרמיה ללא צורך בהוכחה נוספת.
- האפשרות לשלם פרמיות לפי תכנית זו כפופה בכל מקרה להסכמת החברה ולהסכמת הבנק לפעול על פי הסדר זה.
- ההשתתפות בהסדר זה היא בשיטה הדומה 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 _____, _____

הוראה לחיוב כרטיס אשראי

נא לסמן מועד גביה רצוי: ☐ 3 ☐ 10 ☐ 25

☐ ויזה- לאומי קארד ☐ ויזה כ.א.ל ☐ ישראכארד ☐ דיינרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר _____

שם בעל הכרטיס	מספר תעודת זהות	כתובת

מס' כרטיס אשראי																			תוקף	
																			/	

מאשר בזאת כי ברצוני לשלם את החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים 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 סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ויישא מספר אחר. ידוע לי, כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

תאריך:_____ חתימת בעל הכרטיס ✗ _____

הכשרה ביטוח ופיננסים

הצהרת בריאות

למועמדים מגיל 60, יש לצרף מסמך רפואי מרופא מטפל אשר יכלול, ניתוחים, תרופות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקה דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה
	גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת
הרגלי עישון	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ סיגריות / סיגרים / נרגילה / מקטרת / סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ ☐ סיגריות ☐ סיגרים ☐ נרגילה ☐ מקטרת ☐ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.				

	תשובת המועמד לביטוח	
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיובית/ות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.	**כן**	**לא**
1. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: ☐מחלת הסרטן (יש לפרט סוג סרטן)_____, ☐בעיות ומחלות לב ☐סכרת ☐מחלות ניווניות/כרוניות ☐בעיות ומחלות נפשיות ☐טרשת נפוצה ☐הנטינגטון ☐כליות פוליציסטיות ☐פרקינסון	☐	☐
2. בעשר השנים האחרונות: ☐האם אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון ☐האם נותחת ☐האם יעצו לך לעבור ניתוח?	☐	☐
3. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות בחמש השנים האחרונות: ☐לגילוי סרטן ☐לאבחון בעיות לב ☐בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) ☐מיפוי עצמות ☐בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי ☐בדיקה לגילוי איידס	☐	☐
4. האם בחמש השנים האחרונות: ☐הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? ☐הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?	☐	☐
5. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה **(2)**, תאונה **(3)** או מום מולד?	☐	☐
6. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐סמים **(4)** ☐אלכוהול **(5)** נא לפרט סוג, כמות ותדירות _____.	☐	☐
ב. האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הנך מטופל/ת ו/או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון ו/או מסמכים רפואיים.	**כן**	**לא**
1. ☐סכרת **(6)** ☐יתר שומנים בדם **(7)** ☐יתר לחץ דם בחמש השנים האחרונות **(8)**	☐	☐
2. ☐מערכת העצבים והמוח ☐אירוע מוחי ☐שיתוק ☐הפרעות תחושה/תנועה ☐סחרחורות ☐אפילפסיה **(9)** ☐שיתוק מוחין ☐פרקינסון ☐טרשת נפוצה ☐הפרעות קשב וריכוז **(10)** ☐אוטיזם ☐פיגור	☐	☐
3. ☐האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: ☐ירידה בקוגניציה ☐ירידה בזיכרון?	☐	☐
4. ☐ריאות ☐דרכי הנשימה ☐אסטמה ☐ברונכיטיס ☐אמפיזמה ☐מחלת ריאות חסימתית ☐שחפת **(11)**	☐	☐
5. ☐בעיות ומחלות לב ☐בעיות ומחלות כלי הדם ☐התקף לב ☐קרדיומיופתיה ☐טרומבוזה ☐מחלת לב איסכמית ☐אי ספיקת לב ☐הפרעות קצב הלב ☐בעיות מסתמי הלב ☐מומי לב ☐דלקת כלי הדם/וסקוליטיס ☐אנמיה **(12)**	☐	☐
6. ☐מחלת נפש ☐הפרעה נפשית ☐חרדה ☐דיכאון **(13)**	☐	☐
7. ☐בעיות ומחלות כבד ☐הפטיטיס/צהבת ☐שחמת הכבד ☐כבד שומני ☐הפרעה בתפקודי הכבד **(14)**	☐	☐
8. ☐בעיות מעיים ודרכי העיכול ☐קרוהן ☐קוליטיס ☐אולקוס/כיב קיבה ☐מעי רגיז ☐פיסורה ☐טחורים **(15)**	☐	☐
9. ☐בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן ☐אי ספיקת כליות ☐כליות פוליציסטיות ☐דם או חלבון בשתן **(16)**	☐	☐
10. ☐מחלת איידס ☐נשאות איידס	☐	☐
11. ☐בעיות ראומטולוגיות ☐מחלת ובעיות מפרקים ועצמות ☐דלקת פרקים ☐פיברומיאלגיה **(17)** ☐גאוט **(18)** ☐פוליו ☐בריחת סידן ☐אנקילוזינג ספונדיליטיס ☐F.M.F **(19)**	☐	☐
12. ☐סרטן ☐מחלות ממאירות ☐גידולים (ממאירים או שפירים)	☐	☐
13. ☐מחלות אוטואימוניות ☐מחלות ניווניות ☐מחלות כרוניות ☐לופוס/זאבת ☐ניוון שרירים ☐סרקואידוזיס ☐הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות כולל בעיות ומחלות בלוטות **(20 / 21)**	☐	☐
ג. בעת רכישת כיסויים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות) יש לענות גם על השאלות הבאות: האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הנך מטופל/ת ו/או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון ו/או מסמכים רפואיים.	**כן**	**לא**
1. מחלות עיניים וראייה: ☐גלאוקומה ☐רטיניטיס פיגמנטוזה ☐קוצר ראייה (מספר עדשות מעל 7) ☐קרטוקונוס ☐בעיה אחרת **(22)**	☐	☐
2. מחלות אף אוזן וגרון: ☐ירידה בשמיעה ☐טנטון ☐אף ☐גרון **(23)**	☐	☐
3. בעיות אורטופדיות: ☐כאבי גב ו/או צוואר **(24)** ☐בעיה בעמוד שדרה **(24)** ☐בלט דיסק ו/או פריצת דיסק **(24)** ☐בעיות ו/או קרעים ברצועות או במיניסקוס ☐ CTS ☐בעיה אחרת	☐	☐

הערות

_____

_____

_____

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

תאריך _____ **שם המועמד לביטוח:** _____ **מספר ת.ז:** _____ **חתימה ✗** _____

^dt3020

*3453

הכשרה
ביטוח ופיננסים

הצהרה- וויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים ,עובדיהם, רופאיהן, 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 בידיו חומר כזה שהועבר ע"י צד ג' כלשהו **ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפותי 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 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 לביטוח:** _____ **מספר ת.ז:** _____ **חתימה** ✗ _____

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

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

הכשרה
ביטוח ופיננסים

הצהרות המועמד 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 ו/או בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שככל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך הואיל וחברת הביטוח נסמכת על תשובותיי. ידוע לי כי עלי ליידע אתכם על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית/קבלת ההצעה. הנני מתחייב להודיע לכם אם בעתיד יחול שינוי במידע שמסרתי וזאת מייד אם היוודע לי על השינוי.

1. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהכשרה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות, בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה הראשונה בפועל, לפי המוקדם מביניהם.
2. 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.
3. הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותו הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
4. 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.
5. הוצעה לי האפשרות לקבל את הפרטים המפורטים בסעיפים 2-4 לעיל בכתב וכן את תנאי הפוליסה וכתבי השירות הנלווים, לרבות באמצעות דוא"ל.
6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעי/ת.
7. ידוע לי כי ההתקשרות עם הקבוצה תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת תשלום בגין הפקדה ראשונה ובאישור החברה לקבלת המועמד לביטוח.
8. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכיי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכיי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
9. במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפניי דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.
10. יובהר, כי בנוסף לדמי הניהול החברה תנכה מהחיסכון המצטבר הוצאות ניהול וביצוע השקעות, כך שחישוב התשואה במסלולי ההשקעה ויתרות הכספים שהופקדו בפוליסה ייעשה לאחר ניכוי הוצאות אלו. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מנכסי הקופה, בהתאם לבתי ההשקעות השונים, מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hcsra.co.il
11. **ככל שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שיוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1988, קרי "אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.**

הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה:

אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי המוצהרת הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. בנוסף ככל שנרכשה עבורי הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פורטו בפניי אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם אופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ארכוש את ההרחבה.

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 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, שירות שיווק, שירותי גבייה ושירותי מיכון מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ומכל חברה קשורה/שולטת/בעלת ענין בהכשרה חברה לביטוח בע"מ ו/ או בחברה מנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח").

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:

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

תאריך: _____ **חתימת המועמד לביטוח** ✗ _____

הסכמה לקבלת מסרים שיווקים

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 המועמד לביטוח** ✗ _____

הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

המידע שתמסור 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 התקשרות 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 בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hcsra.co.il

במדיניות הפרטיות של החברה, תמצא גם מענה באשר לאופן מימוש זכותך לעיין במידע השמור אודותיך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדין.

ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות למונה על הגנת הפרטיות או למונה על פניות הציבור.

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 להפסקת 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

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. וכן הוצגו פרטי הביטוח המוצע על פי כללי הפרסום וההמחשה שפורסמו על ידי המפקח על הביטוח.

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

הצהרה בדבר תהליך השיווק הפנסיוני

אני הח"מ, מצהיר כי הוסבר לי שעל המשווק הפנסיוני להתאים את השיווק לצורכי הלקוח ובהתאם לכך לבחור עבורו את סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי המלצה מהמשווק הפנסיוני לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני לאחר שבירר עימי את מטרות החסכון שלי באמצעות מוצר פנסיוני להון או לקצבה, את מצבי הכספי בדרך כלל ואת החסכון הקיים שלי באמצעות מוצרים פנסיונים ככל שהסכמתי למסור מידע לגביהם. כמו כן קיבלתי מהמשווק הפנסיוני מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים לגבי כדאיות החסכון שלי באמצעות מוצר פנסיוני.

תאריך: _____ **חתימת המועמד לביטוח** ✗ _____

הכשרה ביטוח ופיננסים

טופס הכר את הלקוח

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים.

חלק א' – פרטי זיהוי

שם פרטי ושם משפחה _____ טלפון _____

סוג מספר מזהה ☐ ת.ז ☐ דרכון מדינת ההנפקה של הדרכון _____

מספר מזהה: | | | | | | | | |

חלק ב' – בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור

האם אתה תושב חוץ*? ☐ כן ☐ לא

אם סומן **כן** – אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" (שאלון 1 - "איש ציבור זר").

אם סומן **לא** – האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 שנים האחרונות?

☐ כן ☐ לא

אם סומן **כן** – אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" (שאלון 2 - "איש ציבור מקומי").

* **תושב חוץ** - מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראל או שלא שוהה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שוהה בה על פי רישיון לישיבת קבע.

חלק ג' – זיקת הלקוח לגורם אחר

האם קיים מיופה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? ☐ כן ☐ לא

אם סומן כן, אנא סמן את הזיקה בינך לבין מיופה הכוח:

☐ בן משפחה מדרגה ראשונה, פרט:_____ ☐ סבא / סבתא ☐ קרוב משפחה אחר פרט:_____

☐ שותף עסקי ☐ מעסיק ☐ חברה בבעלות

☐ אחר, פרט: _____

* יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין ייפוי כח לצורך קבלת מידע ו/או ביצוע פעולות

שם מלא: _____ ת.ז: _____

חלק ד' – פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק

☐ שכיר / שכיר בעל שליטה עיסוק: _____ שם המעסיק: _____

☐ עצמאי:

שם העסק: _____ מען העסק: _____ מחזור הכנסות שנתי: _____

מהו תחום העיסוק של העסק ?

☐ יהלומים ואבני חן ☐ נדל"ן ☐ סחר במתכות יקרות ☐ בלדרות ☐ סחר בנשק ☐ סחר במטבעות וירטואליים

☐ עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/ גמ"ח/ מלכ"ר ☐ מתן שירות אשראי או מתן שירות בנכס פיננסי

☐ ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך ☐ עסק בו עיקר הפעילות במזומן ☐ הימורים חוקים

☐ אחר: _____

רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה – יש לסמן:

☐ חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי ☐ סטודנט ☐ קטין ☐ לא עובד ☐ חבר קיבוץ ☐ אברך/ תלמיד ישיבה

☐ גמלאי, נא לציין עיסוק טרם הפרישה: _____ ☐ אחר: _____

^dt3139

גרסה 09/2025

הכשרה ביטוח ופיננסים

חלק ה' – מטרת ההתקשרות, מקור הכספים, והפעילות המתוכננת

1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:
☐ חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) ☐ חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים)
☐ חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) ☐ חיסכון לגיל פרישה

2. מקור הכספים המופקדים:
האם המבוטח או העמית מבצע את ההפקדה? ☐ כן ☐ לא
אם סומן **כן** - אנא מלא סעיף זה.
☐ משכורת/קצבה ☐ תקבולים/הכנסות מעסק ☐ חסכונות שנצברו ☐ תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון
☐ מכירת עסק ☐ הלוואה ☐ ירושה ☐ פיצויי פיטורין/פרישה ☐ זכייה ☐ מכירת נכס ☐ השכרת נכס
☐ העברת כספים מקופת גמל אחרת ☐ מתנה, שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____
☐ כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: _____ שם המדינה: _____
☐ תרומה ☐ אחר: _____
אם סומן **לא** – אנא מלא את טופס "גורם משלם בפוליסה" (שאלון 3)

3. המדינה ממנה התקבלו הכספים ☐ ישראל ☐ מדינה אחרת: _____

לידיעתך, בהתאם למדיניות החברה, לא תתאפשר העברה לפוליסה של כספים שמקורם מחוץ לישראל ו/או מקורם במטבעות וירטואליים. כספים שיועברו לחשבון החברה בניגוד לאמור, יושבו למשלם נומינלית.

4. סכום הפקדות שנתיות צפויות (ש"ח): _____ ☐ אין הפקדות צפויות

5. תדירות הפקדות צפויה:
☐ אין הפקדות צפויות ☐ חד פעמי ☐ חודשי ☐ רבעוני ☐ חצי שנתי ☐ שנתי
☐ אחר פרט: _____

6. אופן הפקדות הכספים בחשבון: ☐ המחאה ☐ הוראת קבע ☐ העברה בנקאית ☐ כרטיס אשראי

7. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? ☐ כן ☐ לא
אם סומן **כן** – ציין את שם המדינה הזרה: _____
* על פי המדיניות הקיימת בהכשרה חברה לביטוח אין אפשרות לקבל כספים ממדינה זרה.

8. האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? ☐ כן ☐ לא

חלק ו' – הצהרות

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? ☐ כן ☐ לא

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: ✗ _____

חלק ז' – הצהרות המבוטח

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: ✗ _____

חלק ח' – שאלונים שנדרש למלא בהתאם לצורך – ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: www.hcsra.co.il

שאלון 1 - איש ציבור זר
שאלון 2 - איש ציבור מקומי
שאלון 3 - גורם משלם בפוליסה

חלק ט' – הגדרות:

"איש ציבור"	איש ציבור זר או איש ציבור מקומי;
"איש ציבור מקומי"	תושב בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;
"איש ציבור זר"	תושב חוץ בעל תפקיד ציבורי בכיר בחוץ לארץ, לרבות בן משפחה של תושב חוץ כאמור או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של תושב חוץ כאמור;
"בן משפחה"	כהגדרתו בחוק ניירות ערך, התשכ"ח-1968
"חשבון"	חשבון או חוזה ביטוח חיים, כהגדרתם בצו איסור הלבנת הון;
"לקוח"	מקבל השירות, כהגדרתו בצו איסור הלבנת הון;
"נושא משרה"	כהגדרתו בחוק החברות, תשנ"ט-1999, ולמעט דירקטור;
"תפקיד ציבורי בכיר"	לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד בכיר בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

הכשרה
ביטוח ופיננסים

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב2)

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו

(□ צורף מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד_____ _____
(שם הגוף המוסדי) (מספר ח.פ)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: _____ מספר זיהוי | | | | | | | | |

כתובת: _____

מיופה הכוח: במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד /תאגיד): _____ רישיון מס' | | | | | | | | |

אשר הינו: 1) יועץ פנסיוני □; 2) סוכן ביטוח פנסיוני □ סמן את האפשרות המתאימה.

טלפון _____ מייל _____

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו[1], לפנות בשמי לגוף המוסדי[2] המפורט לעיל לשם קבלת מידע[3] אודות מוצרים פנסיוניים[4] ותכנית ביטוח[5] הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותיי להצטרפות למוצר או העברת בקשותיי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

אם מנוהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעסיק או ספק שירות, יועבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

---

[1] **"מי מטעמו"** עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים()אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב - 2012

[2] **" גוף מוסדי"** כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

[3] **"מידע אודות מוצר"** לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיק, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

[4] **"מוצר פנסיוני"** מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31 ט(ז) (2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

[5] **"תכנית ביטוח"** תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.

^dt3252

הכשרה
ביטוח ופיננסים

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

1.	מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	2.	מספר הקידוד של המוצר (רשות)	3.	סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
					☐
					☐

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
* במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לציין את ספרות המסלול.
* אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
* **אם סימנתי ✓ בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.**

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים)
שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

☐ בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

✓ **חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.**

2. תוקפו של ייפוי כוח
שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

☐ הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה

☐ הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום _____.

ולראיה באתי על החתום:

✗_____ _____

חתימת הלקוח **תאריך החתימה**

_____ ✗_____ _____

שם סוכן הביטוח/ היועץ הפנסיוני **חתימת סוכן הביטוח/ היועץ הפנסיוני** **תאריך החתימה**

גרסה 09/2025

הכשרה
ביטוח ופיננסים

הוראה לחיוב חשבון / הוראה לחיוב כרטיס אשראי

מבוטח נכבד!

- בחודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשוך הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הנ"ל בחשבונך יהווה אישור על תשלום הפרמיה ללא צורך בהוכחה נוספת.
- האפשרות לשלם פרמיות לפי תכנית זו כפופה בכל מקרה להסכמת החברה ולהסכמת הבנק לפעול על פי הסדר זה.
- ההשתתפות בהסדר זה היא בשיטה הדומה 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 _____, _____.

הוראה לחיוב כרטיס אשראי

❒ ויזה- לאומי קארד ❒ ויזה כ.א.ל ❒ ישראכארד ❒ דיינרס ❒ אמריקן אקספרס ❒ אחר _____

שם בעל הכרטיס	מספר תעודת זהות	כתובת

מס' כרטיס אשראי	תוקף
	/

מאשר בזאת כי ברצוני לשלם את החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים 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 סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ויישא מספר אחר. ידוע לי, כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

נא לסמן מועד גביה רצוי: ❒ 3 ❒ 10 ❒ 25 | תאריך _____ | חתימת בעל הכרטיס: ✗ _____

הוראה לחיוב חשבון

לכבוד:
בנק: _____
סניף: _____
כתובת סניף: _____

❒ **הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות.**
או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהמגבלות הבאות:

❒ **תקרת סכום לחיוב:** _____ **₪.**

❒ **מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום** ____/____/____.

נא לסמן מועד גביה רצוי: ❒ 5 ❒ 10 ❒ 25

מספר חשבון	סוג חשבון	קוד מסלקה
		סניף / בנק
קוד מוסד	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.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.

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

נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבוננו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם ע"י הכשרה חברה לביטוח בע"מ, בכפוף למגבלות שסומנו (ככל שסומנו).

2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:

1. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
2. 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.
3. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
4. נהיה רשאים לדרוש מהבנק בהודעה בכתב לבטל חיוב אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
5. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
6. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
7. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
8. רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
9. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
10. נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (העקרונות לקביעתם): תנאי פוליסה/ות כפי שיהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

תאריך _____ חתימת בעל החשבון✗ _____

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

מספר חשבון	סוג חשבון	קוד 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 יאפשר זאת, כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

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

גרסה 09/2025

הכשרה
ביטוח ופיננסים

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 x_____