

הצעה לביטוח מגן למשכנתא

ביטוח לבעלי משכנתאות - הצעה לביטוח חיים

ביטוח חיים

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 החתום מטה המועמד/ים לביטוח פונה/ים בזה להכשרה חברה לביטוח בע"מ להצטרף לתכנית ביטוח חיים כמפורט להלן:

שם הסוכן:	מס' הסוכן:	שם המפקח:
-----------	------------	-----------

שם משפחה	שם פרטי		תעודת זהות		תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> גרושה/נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווקה/אלמנה/אלמה
	כתובת: רחוב		מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
	טלפון נייד		טלפון נייד		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. כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אגא סמן <input type="checkbox"/> . לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט WWW.HCSRA.CO.IL בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).							
האם מדובר על רכישת דירה יחידה כהגדרתה בסעיף 9(ג1) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, וחלות עליך הוראות סעיף 9(ג1) (2) לחוק האמור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן							
האם מדובר על רכישת קרקע לבנייה עצמית או בנייה עצמית, ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על המבנה שייבנה בבנייה העצמית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן							

שם משפחה	שם פרטי		תעודת זהות		תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> גרושה/נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווקה/אלמנה/אלמה
	כתובת: רחוב		מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
	טלפון נייד		טלפון		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. כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אגא סמן <input type="checkbox"/> . לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט WWW.HCSRA.CO.IL בחירתך לשליחת המיידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).							
האם מדובר על רכישת דירה יחידה כהגדרתה בסעיף 9(ג1) (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה), התשכ"ג-1963, וחלות עליך הוראות סעיף 9(ג1) (2) לחוק האמור? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן							
האם מדובר על רכישת קרקע לבנייה עצמית או בנייה עצמית, ואין לך נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על המבנה שייבנה בבנייה העצמית? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן							

תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין)	01 / _____ / _____
אופן הגבייה <input type="checkbox"/> הוראת קבע (נא למלא טופס הרשאה לבנק) <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (נא למלא הוראה לחיוב כרטיס אשראי) <input type="checkbox"/> הוראת קבע הקיימת בפוליסה (על הפוליסה להיות פעילה ובבעלות המבוטח) משלם שאינו מבוטח, יש למלא טופס "הצהרת גורם משלם שאינו המבוטח/ת ו/או בעל/ת הפוליסה"	

שם הבנק המלווה:	מספר סניף:
כתובת: רחוב	מספר
	יישוב
	מיקוד

פרטי ההלוואה מקורית:	1	2	3	4
יתרת סכום הלוואה				
יתרת הלוואה בשנים				
תאריך סיום הלוואה				
* אחוזי ריבית קבועה				
* סכומי הביטוח מחושבים לפי לוח שפיצר בלבד (ריבית קבועה)				
לידיעתך, תיתכן האפשרות כי במהלך תקופת ביטוח החיים ייווצר פער בין סכום הביטוח הנקוב בפוליסה לבין יתרת ההלוואה הקיימת בבנק המלווה. עם זאת, במקרה ויתקיים פער כאמור, רשאי/ים, בעל הפוליסה או המבוטח, לפנות לחברה באמצעות סוכן הביטוח או למוקד שירות הלקוחות *3453, ולבקש להקטין את סכום ביטוח החיים בהתאם לגובה ההלוואה המעודכנת בבנק המלווה והכל בכפוף לאישור הבנק המלווה לתנאי הפוליסה וההסדר התחיקתי.				
תאריך:	חתימת מועמד ראשי: X _____ חתימת מועמד משני: X _____			



dt3015

*3453

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

עמוד 1 מתוך 7

פרטי מוטבים סכום הביטוח עד לגובה יתרת ההלוואה ישולם למוטב הבלתי חוזר, הבנק המלווה, יתרת סכום הביטוח, אם קיימת, ישולם בהתאם לפירוט הבא:

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

* בהעדר ציון מוטבים ישולמו הכספים, ככל שקיימת יתרה, ליורשים ע"פ דין או קיום צוואה.

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	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)?
<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 יש לך עיסוק מסוכן (כגון חומרים כימיים/רדיואקטיביים/קרינה) או שיש סיכון מיוחד באורח חיך או עיסוקך?
<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 בעל/ת רישיון טיס או איש צוות אוויר?
תאריך: _____ חתימת המועמד ראשי: * _____ חתימת המועמד משני: * _____		

הערות / תוספות: _____

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה בתוקף							
מועמד ראשי		מועמד משני					
ק	לא	ק	לא				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח משכנתא להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח משכנתא?							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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:							
<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 לביטול (נספח ג') שם חברת הביטוח המבטחת _____							
לידיעתך הודעת ביטול (נספח ג') בהתאם לסעיף 3' לעיל, תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת הביטוח הכשרה בהתאם לטופס הצעה זה.							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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		חתימה	
הצהרת סוכן ככל שנמצא בהליך התאמת צרכים כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה באמצעות הסוכן הביטוח (סעיף ב) הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח המקורית בה מתנהלת פוליסת ביטוח הקיימת.							
תאריך: _____		שם הסוכן: _____		חתימת הסוכן: * _____			

הצהרת בריאות מקוצרת - ביטוח לריסק ומשכנתא

סכום ביטוח מקסימלי 1,500,000 ₪ | גיל כניסה ביטוחי 20 עד 60

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	
מועמד משני <td rowspan="2">פרטים אישיים <td colspan="2">שם משפחה</td> <td colspan="2">שם פרטי</td> <td>תעודת זהות</td> <td>תאריך לידה</td> </td>	פרטים אישיים <td colspan="2">שם משפחה</td> <td colspan="2">שם פרטי</td> <td>תעודת זהות</td> <td>תאריך לידה</td>	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
האם הנך מעשן או עישנת בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן: <input type="checkbox"/> אני מעשן/עישנתי בשנתיים אחרונות: _____ <input type="checkbox"/> סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.							

הצהרת בריאות

מועמד ראשי	מועמד משני	מועמד ראשי		מועמד משני		שאלה
		כן	לא	כן	לא	
<input type="checkbox"/>	1. האם בחמש שנים האחרונות השתמשת או שהנך משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (שאלון 4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (שאלון 5)					
<input type="checkbox"/>	2. האם בשלוש שנים אחרונות אושפדת בבית חולים מעל יומיים (שאלון 1) האם עברת ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח (שאלון 28) האם בשלוש שנים 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"/>	3. 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? <input type="checkbox"/> כן: <input type="checkbox"/> 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 ושתי (למעט שגרתיות) בדיקה לגילוי איידס. אם כן, יש לפרט איזה בדיקות ומה היו תוצאותיהן: _____					
<input type="checkbox"/>	4. האם אובחנה אצלך כיום או בעבר מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים הבאים: א. לב וכלי דם (שאלון 27) מחלות דם (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/מעי כגון: קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס <input type="checkbox"/> מחלות כבד, הפרעה בתפקודי כבד שחמת או צהבת או מחלות לבלב (*מכתב מרופא) (שאלון 15) ה. מוח ומערכת עצבים לרבות אירוע מוחי (*מכתב רופא) (שאלון 9) 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) (שאלון 16) ט. מחלות זיהומיות/חיסוניות: איידס/נשאות איידס, לופוס (זאבת), דלקת פרקים, סקלרוזרמה, מחלת חום מעל 3 חודשים (*מכתב רופא)					

הערות:

פירוט ממצאים חיוניים:

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

אני הח"מ מצהיר בזה ומאשר 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 * _____

***3453**



dt3025

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

עמוד 3 מתוך 7

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 עובדיו או למשרד הביטחון וצה"ל ו/או למשטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ומשרדי המשלה 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 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 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.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי * _____ חתימת מועמד משני * _____

***3453**

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

עמוד 4 מתוך 7

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, שככל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך והאילו וחברת הביטוח נסמכת על תשובותיי. ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
1. הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי שחזרה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהכשרה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר החתיבות לתשלום פרמיות.
 2. קיבלתי פירוט בדבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החרגים והסייגים המהותיים.
 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.
 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. הוצע לי האפשרות לקבל את הפרטים המפורטים בסעיפים 2-4 לעיל בכתב וכן את תנאי הפוליסה וכתבי השירות הנלווים, לרבות באמצעות דוא"ל.
 6. ההתקשרות עם הקבוצה תיכנס לתוקפה רק בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה השוטפת הראשונה בפועל, לפי המועד המוקדם מביניהם. בנוסף, הכיסוי הביטוחי ייכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו וכפי שיקבעו על ידי המבטח.
 7. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
 8. במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.

קבלת שירותים מחברות בקבוצת הכשרה ביטוח:

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

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:

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

הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

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

הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות קשורות (להלן ביחד: "הקבוצה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת בדבר מוצרי ושירותי הקבוצה, באמצעות דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטי, הודעת מסר קצר (SMS) ושירותי חברתיות ובכל דרך אחרת. אני מסכים שהמידע אודותיי ישמר במאגרי הקבוצה ובכלל זה, עיבודו, העברתו ואחסונו, לרבות בענף מחוץ לישראל, וכן פעולות אחרות הנלוות לשימושי 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: * _____

ממשק אינטרנטי לאיתור 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 שאגו 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

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.

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 להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, 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 הסוכן

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 הסוכן _____ מס' הסוכן _____ חתימת הסוכן: * _____

***3453**

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

עמוד 5 מתוך 7

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 * _____