

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

פרטי מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	
	כתובת: רחוב		מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד	
	טלפון נייד		טלפון נייד		מקצוע			עיסוק בפועל
	דוא"ל							
<p>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.</p> <p>כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן <input type="checkbox"/>.</p> <p>לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט WWW.HCSRA.CO.IL בחירתך לשליחת המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).</p> <p>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</p> <p>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</p>								

פרטי מועמד משני	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות		תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	
	כתובת: רחוב		מס' בית	דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד	
	טלפון נייד		טלפון		מקצוע			עיסוק בפועל
	דוא"ל							
<p>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.</p> <p>כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא סמן <input type="checkbox"/>.</p> <p>לידיעתך באפשרותך לשנות בכל עת את אמצעי התקשורת באמצעות אחת מהדרכים הבאות: בטלפון *3453 / באתר האינטרנט WWW.HCSRA.CO.IL בחירתך לשליחת המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).</p> <p>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</p> <p>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</p>								

פרטי הביטוח	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין) 01 / ____ / ____ * גיל כניסה מקסימלי 70
אופן הגביה <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 מספר _____ (על הפוליסה להיות פעילה ובעלות המבוטח) משלם שאינו מבוטח, יש למלא טופס "הצהרת גורם משלם שאינו המבוטח/ת ו/או בעל/ת הפוליסה"	

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

פרטי ההלוואה	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)					
<p>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.</p> <p style="text-align: center;">תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי: ✕ _____ חתימת מועמד משני: ✕ _____</p>					

***3453**

dt3015

הצהרה - ויתור 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 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 הצעה 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 8

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 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 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 שחווה 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.
- 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.
- 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.
- 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 יכנס לתוקפו, רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחלטות ולתנאים המיוחדים, ככל שהיו וכפי שקבעו 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.

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 חיוב 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 יהיה 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 חיוב 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 x _____ חתימת מועמד משני x _____

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. 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 כמבטלת.

משלוח הודעות לחברה

לתשומת ליבך מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקובע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרד 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 x _____

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 בחשבוני 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.
 - ההשתרות 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 ישראל קארד דינרס 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 שיופסק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא 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: 25 10 3 חתימת בעל הכרטיס _____ תאריך: _____

הוראה לחיוב חשבון

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

הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות.
 או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום לחיוב: _____ ש"ח.
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____ / _____ / _____

נא לסמן מועד גביה רצוי: 25 10 5

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 _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות / ח.פ. _____ כתובת: _____ רחוב _____ מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____

- נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבוננו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומאצו לכם מידי פעם בפעם ע"י הכשרה חברה לביטוח בע"מ, בכפוף למגבלות שסומנו (ככל שסומנו).
1. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 2. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 3. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
 4. נהיה רשאים לבטל לחיובים מסוימים בלבד, שהודעה לכך תימסר עלינו בכתב לבנק, לאיחור מ-3 ימים עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי ייעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 5. 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.
 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 זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 9. רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 10. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק 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 שיהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

חתימת בעל החשבון _____ תאריך: _____

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

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 לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על ידי בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

בנק: _____ סניף: _____ חתימה וחותמת הסניף: _____



dt3200

*3453

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

עמוד 7 מתוך 8

נספח ג'

הודעת ביטול

עבור חברת ביטוח _____

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

1. _____ (שם ומספר ת.ז.)

2. _____ (שם ומספר ת.ז.)

3. _____ (שם ומספר ת.ז.)

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח מס' _____

הקיימת בחברתכם החל מיום _____.

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל: _____

_____ x

חתימת המבוטח

תאריך