

הצעה לביטוח בריאות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

אין להצעת הביטוח תוקף עד אשר התקבלה ואושרה על ידי החברה
 לתשומת לב ממלא הטופס אגף הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981 ועשוי להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק.

שם סוכן _____ מס' סוכן _____ תאריך תחילת ביטוח _____ / 20 / 01/ _____
 מועד תחילת הביטוח לא יהיה מוקדם ממועד קבלת טופס ההצעה חתום במשרדי החברה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ זכר ☐ נקבה	☐ נשוי/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה
עיסוק	טלפון נייד	טלפון בייח	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	תכנית שב"ן אם קיימת		כן ☐	לא ☐
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית					
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 אגף סמס. 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). "נציג" - אדם ששמו נרשם בטופס הצעה זה כנציג, ישמש כנציג המבוטחים לצורך קבלת הודעות מהחברה עבור כל המבוטחים, אלא אם נקבע אחרת על פי דין. יובהר כי כל עוד לא התקבלה הודעה מהמבוטחים על שינוי הנציג כאמור, כל הודעה שתשלח לנציג תחשב כאילו נמסרה לידי כל מבוטח.					

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				☐ זכר ☐ נקבה	☐ נשוי/ה ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה
עיסוק	טלפון נייד	טלפון בייח	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	תכנית שב"ן אם קיימת		כן ☐	לא ☐
☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית					
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 אגף סמס. 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).					

פרטי ילדים						
פרטי ילדים	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	קופ"ח	תכנית שב"ן
1 זכר ☐ נקבה ☐						כן ☐ לא ☐
2 זכר ☐ נקבה ☐						כן ☐ לא ☐
3 זכר ☐ נקבה ☐						כן ☐ לא ☐
4 זכר ☐ נקבה ☐						כן ☐ לא ☐

ימולא ע"י הורה/ אפטרופוס המוסמך לחתום עבורם.



dt2400

***3453**

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

1 מתוך 9

המוטבים הינם היורשים החוקיים, באפשרותך למנות מוטבים אחרים, באמצעות טופס בקשה "עדכון מוטבים בפוליסה"

בחירת תכנית לביטוח בריאות - גיל כניסה 0-70						
לבחירת התכנית המבוקשת סמן x עבור כל מועמד לביטוח. בהיעדר סימון התכנית לא תיכלל בהצעה.						
מועמד ראשי	מועמד משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	תרופות מחוץ לסל שירותי הבריאות
☐	☐	☐	☐	☐	☐	השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל
☐	☐	☐	☐	☐	☐	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל
☐	☐	☐	☐	☐	☐	"משלים שב"ן" עם השתתפות עצמית בסך של 5000 ש"ח הכיסוי מיועד אך ורק לחברים בתוכניות השב"ן של קופות החולים אם אינך מעוניין בכיסוי זה באפשרותך לרכוש את הכיסוי שלהלן:
☐	☐	☐	☐	☐	☐	משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית הכיסוי מיועד אך ורק לחברים בתוכניות השב"ן של קופות החולים אם אתה חבר בתוכנית השב"ן ואינך מעוניין בכיסוי משלים שב"ן או אם אינך חבר בתוכנית שב"ן כלשהי, באפשרותך לרכוש את הכיסוי שלהלן:
☐	☐	☐	☐	☐	☐	כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון"
☐	☐	☐	☐	☐	☐	יעוץ ובדיקות
☐	☐	☐	☐	☐	☐	שירותים פרימיום לילד (גיל כניסה 0-18)
לידיעתך - באפשרותך לרכוש תכנית ניתוחים בישראל (רובד שני) ו/או נספחי הרחבה רק אם קיימת ברשותך כל תכניות הבסיס. במידה וקיימת ברשותך אחד ו/או יותר מכיסוי בסיס בהכשרה ו/או בחברה אחרת יש להשלים תחילה את כל תכניות הבסיס ולאחר מכן ניתן יהיה לרכוש תכנית ניתוחים בישראל ו/או נספחי הרחבה. למרות האמור לעיל מועמד לביטוח מעל גיל 60 - באפשרותך לרכוש ניתוחים בישראל ו/או נספחי הרחבה ללא חובת רכישת תכנית בסיס.						

גיל כניסה: 0-65						מגן למחלות קשות
סכום ביטוח מירבי למבוגר - 700,000 ש"ח סכום ביטוח מירבי לילד - 600,000 ש"ח						
מועמד ראשי	מועמד משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
שם _____	שם _____	שם _____	שם _____	שם _____	שם _____	סכום ביטוח

*3453

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

2 מתוך 9

שאלון החלפה ושינוי

כחלק מרכישת פוליסת ביטוח בריאות להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)											
מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1. האם קיימת ברשותך כיסוי/תוכנית מסוג דומה אליה אתה מבקש להצטרף במסגרת טופס הצעה זה?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. במידה וענית כן בסעיף 1 - האם הפוליסה כוללת אחד או יותר מהכיסויים שלהלן?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
א. השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ב. תרופות מחוץ לסל											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ג. ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בחו"ל											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. במידה וענית כן בסעיף 1 - האם בכוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?											
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. במידה וענית כן בסעיף 3 - 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 לביטול (נספח ג') שם חברת הביטוח המבטחת _____											

לידיעתך

הודעת ביטול (נספח ג') בהתאם לסעיף 4 ג' לעיל, תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת הביטוח הכשרה בהתאם לטופס הצעה זה.

5. במידה וענית לא בסעיף 3 אני מצהיר כי הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת בהכשרה על אף שיש בידי פוליסה ו/או כיסוי המעניק לי פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים.	
6. עבור מועמד מעל גיל 60 - באפשרותך לרכוש תכנית ניתוחים בישראל/אמבולטורי, מבלי שרכשת תחילה את תכניות הביטוח שבפוליסה הבסיסית. במידה וענית כן בסעיף 3, אין באפשרותך לרכוש כיסוי המעניק ביטוח דומה מסוג שיפוי. מבלי לפגוע באמור, ככל ומדובר במוצר מסוג תרופות, הינך רשאי לרכוש כיסוי דומה מבלי לבטל את הפוליסה הקיימת, רק במקרה בו התווסף חריג רפואי בשל הליך חיתומי בחברה בפוליסה החדשה, ובפוליסה הקיימת אין את אותן החרגות בכפוף לסימון מטה . ☐ הרני מצהיר כי הפוליסה החדשה, הינה פוליסת תרופות - אולם בשל הליך חיתומי נדרשת החרגה מסוימת בפוליסה החדשה והפוליסה הקודמת הקיימת לי, הינה פוליסת תרופות ללא אותן החרגות.	
תאריך	שם המועמד
מועמד לביטוח	חתימת המבוטח
מועמד ראשי	חתימה
מועמד משני	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	מספר סוכן:	חתימת סוכן:
-------	----------	------------	-------------

הצהרת מועמד לביטוח מגן למחלות קשות בדבר קיומה של פוליסת פיצוי אשר מבטחת מקרה ביטוח דומה:

חובה למלא במידה וקיימת למועמד/ים פוליסת פיצוי המבטחת מקרה דומה - בחר אחת מהאפשרויות מטה:			
☐ הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:			
1. הצירוף לביטוח בהכשרה הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי.			
2. במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי בעת צירופי לביטוח יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *			
☐ הריני מאשר כי בכוונתי לבטל פוליסה קיימת, וזאת בשל צירופי לפוליסה שמפורטת במסמך הצעה זה. כמו כן, ידוע לי כי ביטול הפוליסה הקיימת על ידי הינו באחריותי, וכי אין בחתימתי על טופס זה בכדי להוות הודעת ביטול ו/או בכדי לאשר כניסתו לתוקף של ביטול הפוליסה הקיימת **			
* אין באמור משום אישור על קיומה של פוליסה בחברתנו. ** יש להעביר בקשת ביטול במקביל להצעה.			
תאריך	חתימת המועמד הראשי	חתימת מועמד משני	חתימת אפוטרופוס (לילדים)

*3453

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

9 מתוך 3

הצהרת סוכן	
1.	הריני מצהיר בזאת כי לפני העברת הצעת הביטוח לחברה ביצעתי הליך התאמה לכל המועמד/ים לביטוח (בירור צרכים) כמשמעותו בסעיף 3 לחוזר "צירוף לביטוח", וכן קיימתי את כל הדרישות הקבועות בחוזר הנ"ל לעניין צירוף מועמד לביטוח.
2.	אני מצהיר בזה כי כל השאלות המופיעות בטופס הצעה הוצגו בפני המועמד לביטוח, והתשובות הן כפי שנמסרו על ידי המועמד. כמו כן המועמד אישר כי הבין את פרטי תכנית הביטוח, סייגיה ואת ההצהרות לעיל.
3.	לפני העברת הצעת הביטוח לחברה בדקתי באמצעות "הר הביטוח" אילו תכניות ביטוח תקפות קיימות על שם המועמד לביטוח בחברות ביטוח אחרות (זולת הכשרה חברה לביטוח בע"מ).
4.	☐ במסגרת הליך בירור צרכים ככל והתברר לי כי למועמד לביטוח יש פוליסה בביטוח רלוונטי קיים (להלן פוליסה מקורית). לפני משלוח הצעה לביטוח להכשרה ביצעתי הליך של השוואה וביטול של הפוליסה המקורית, כנדרש בסעיף 8 לחוזר הצירוף, לרבות השוואה בין ההחלטות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת, ככל שקיימות כאלו, לאלו שבפוליסה המקורית ובהתאם לכך הצגתי למועמד לביטוח את תוצאות הליך ההתאמה, ובכלל זה, הבדלים בין הפוליסות שהוצעו לו לרבות פרמיית הביטוח, שיפור בתנאי הכיסוי או השירות שיינתנו למועמד בפוליסה המומלצת או כל סיבה בשלה הומלץ למועמד לעבור פוליסה. בנוסף מסרתי למועמד לביטוח עותק מתוצאות הליך ההתאמה טרם העברת הצעת הביטוח לחברה. מצ"ב העותק שנשלח למועמד לביטוח.
5.	☐ במסגרת הליך ההתאמה ככל והתברר כי למועמד לביטוח יש פוליסה מסוג פיצוי בביטוח רלוונטי קיים (להלן - פוליסה מקורית). לפני משלוח הצעת הביטוח לחברה, ביצעתי הליך של השוואה וביטול של הפוליסה המקורית, כנדרש בסעיף 8 לחוזר הצירוף. המועמד לביטוח ציין בפניי כי אין בכוונתו להקטין את היקף הכיסוי בפוליסה המקורית כתוצאה מהצטרפות לפוליסה המוצעת, ולכן לא ביצעתי השוואה בין ההחלטות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית.
6.	טפסי ההצעה מועברים בזאת לחברה עם פירוט מלא של תכניות הביטוח התקפות הקיימות על שם המועמד לביטוח בחברות ביטוח אחרות, ככל שקיימות כאלו, לרבות תכניות ביטוח הנמנות עם פוליסת הבריאות הבסיסית, עם פוליסת ניתוחים בישראל, עם פוליסת הרחבה, עם פוליסת בריאות נוספת (אמבולטורי), עם פוליסת מחלות קשות ועם פוליסת תאונות אישיות, והכל כמשמעות מונחים אלו בחוזר "עריכת תכניות לביטוח בריאות".
7.	הריני מצהיר בזאת כי התוכניות המבוקשות במסגרת ההצעה, עבור המועמד לביטוח, עולות בקנה אחד עם דרישות חוזר "עריכת תכניות לביטוח בריאות". כמו כן, בקשת הצטרפות לתכנית ניתוחים בישראל, אשר מועמד לביטוח שביקש להצטרף לתכנית ברובד השני משלים שב"ן (ללא השתתפות עצמית) או כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" הוצגה בפניו תחילה האפשרות לרכוש תכנית משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בסך 5,000 ש"ח.
8.	☐ קיימת למועמד לביטוח תכנית ביטוח דומה בחברה אחרת אך אין חובה לבטלה הרני מצהיר כי מצאתי כי המועמד לביטוח מבוטח בפוליסת שיפוי מסוג פרט בחברת ביטוח אחרת, המעניקה לו כיסוי ביטוח דומה לכיסוי המבוקש בהצעה זו, אך הפוליסה בחברה האחרת לא בוטלה בשל קיום אחד מהמקרים הבאים יש לסמן את האפשרות המתאימה: ☐ הפוליסה שהוצעה למועמד לביטוח לרכוש כוללת רק את יתרת הכיסוי הביטוחי. ☐ שיעור עלות הכיסוי הביטוחי הדומה בין הפוליסות אינו עולה על עשרה אחוזים מגובה הפרמיה שאושרה על ידי הממונה. ☐ בשל הליך חיתומי נדרשת החרגה מסוימת בפוליסה וברשותו של המועמד לביטוח פוליסה ישנה ללא אותן ההחלטות.
תאריך: _____ שם הסוכן: _____ מספר סוכן: _____ חתימה: _____	

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: _____	שם מועמד ראשי: _____
תאריך: _____	שם מועמד משי: _____
מספר ת.ז.: _____	חתימה: _____
מספר ת.ז.: _____	חתימה: _____

הצהרת משלם שאינו המבוטח	
אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים אודות אופן תשלום הפרמיה והגביה ועל כך שהתשלום יבוצע עבור המבוטח וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת המבוטח בהתאם למקרה בלבד.	
תאריך: _____	שם המשלם: _____
מספר ת.ז.: _____	זיקה למבוטח: _____
חתימה: _____	חתימה: _____

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית	
אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכונייהם הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדיו או למשרד הביטחון וצה"ל ו/או למשטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ומשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או שירות התעסוקה ו/או לחברות בטוח אחרות על עובדיהן ו/או קרנות הפנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר ע"י צד ג' כלשהו ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפות 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 קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.	
כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את יורשיי, את מוטביי, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדיי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.	
אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת 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 מועמד ראשי: _____
תאריך: _____	שם מועמד משי: _____
מספר ת.ז.: _____	חתימה: _____
מספר ת.ז.: _____	חתימה: _____
פרטי העד לחתימה: סוכן ביטוח / עו"ד / רופא	
תאריך: _____	שם מלא: _____
מספר ת.ז.: _____	מספר רישיון: _____
חתימה: _____	חתימה + חותמת: _____

***3453**

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

מתוך 9

הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

למועמדים מעל גיל 65 יש להמציא מכתב מפורט מרופא מטפל המתייחס לכל בעיות הבריאות כולל אבחנות, ניתוחים, אשפוזים בחמש השנים האחרונות, טיפול (תרופתי ואחר), תוצאות בדיקות דימות שבוצעו בחמש השנים האחרונות ומצב כיום.

מועמד	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	גובה (מגיל 14)	משקל (מגיל 14)
פרטים אישיים	ראשי				
	משני				
	ילד 1				
	ילד 2				
	ילד 3				
הרגלי עישון (מגיל 16)	ראשי	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים.			
	משני	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			
	שם הילד:	☐ מעולם לא עישנתי ☐ אני מעשן: _____ ☐ עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / _____ סיגרים / _____ נרגילה / _____ מקטרת / _____ סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			
מועמד					
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/ות, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.					
1. האם בעשר השנים האחרונות: ☐ אושפזת (1) ☐ נחתנת (28) ☐ יעצו לך לעבור ניתוח (28)					
2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב- 5 השנים האחרונות לגילוי / אבחון של: ☐ סרטן (יש לפרט סוג סרטן) (26) ☐ בעיות לב ☐ בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT) ☐ מחלות ביוניות/ כרוניות ☐ טרשת נפוצה ☐ הנטינגטון ☐ כליות ☐ פוליו ☐ ציסטות פרקינסון ☐ מיפוי עצמות ☐ בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי ☐ בדיקה לגלוי איידס					
3. האם בחמש השנים האחרונות: ☐ הנך בטיפול רפואי או תרופתי ☐ הנך במעקב רפואי ☐ הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי ☐ נדרשת למעקב רפואי					
4. האם בחמש השנים האחרונות סבלת מ: ☐ סכרת (6) ☐ יתר לחץ הדם (8) ☐ יתר שומנים בדם (7). אם כן, נא צרף שאלון מתאים					
5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות: ☐ בירידה בקוגניציה ☐ בירידה בזיכרון					
6. ☐ האם נקבעו לך אחוזי נכות ממחלה/תאונה/מום או הגשת בקשה לקביעתם? (3) ☐ האם נפצעת/סבלת משרב ב- 5 השנים האחרונות? (3)					
7. האם אובחנת כלוקה ב: ☐ מחלת נפש ☐ הפרעה נפשית ☐ חרדה ☐ דיכאון ☐ הפרעות אכילה אם כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.					
8. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: ☐ סמים (4) ☐ אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.					
ב. האם הנך סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות. כמו כן היכן שיש מס' שאלון בסוגריים, יש לצרף השאלון המתאים. אם אין שאלון בנושא יש לצרף מסמכים רפואיים.					
1. ☐ בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח ☐ ארוע מוחי ☐ שיתוק ☐ הפרעות תחושה/תנועה ☐ אפילפסיה (9) ☐ שיתוק מוחין ☐ פרקינסון ☐ טרשת נפוצה ☐ הפרעות קשב וריכוז (10) ☐ אוטיזם ☐ פיגור (יופנה להורה או אפוסטרופוס של קטין/פסול דין)					
2. ☐ בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה ☐ אסטמה ☐ ברוניטיס ☐ אמפיזמה ☐ מחלת ריאות חסימתית ☐ שחפת ☐ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (11)					



dt2498

***3453**

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

5 מתוך 9

המשך הצהרת בריאות - ביטוח בריאות/מחלות קשות

ראשי		משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4																						
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן																					
3. בעיות ומחלות לב וכלי הדם □ התקף לב □ קרדיומיופתיא □ טרומבוזא □ מחלת לב איסכמית □ אי ספיקת לב □ הפרעות קצב הלב □ בעיות מסתמי הלב □ מומי לב □ דלקת כלי הדם/וסקולטיס																																
4. □ בעיות דם וקרישה □ אנמיה (12)																																
5. □ בעיות ומחלות כבד □ הפטיטיס/צהבת □ שחמת הכבד □ כבד שומני □ הפרעה בתפקודי הכבד																																
6. □ בעיות מעיים ודרכי העכול □ קרוהן □ קוליטיס □ אולקוס/כיב קיבה □ מעי רגז □ פיסורה □ טחורים □ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (15)																																
7. □ בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן □ אי ספיקת כליות □ כליות פוליציסטיות □ דם או חלבון בשתן □ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (16)																																
8. □ בעיות ומחלות בלוטות □ ערמונית/פרוסטטה (20) □ בלוטת המגן/התריס (21) □ יותרת המוח □ יותרת הכליה □ בלוטת הרוק □ הלבלב																																
9. □ בעיות ומחלות מין ועור □ אלרגיות □ פסוריאזיס (25) □ שומות במעקב (26)																																
10. □ מחלת איידס □ נשאות איידס																																
11. □ מחלות ובעיות פרקים ועצמות □ דלקת פרקים □ בעיות בגב, צוואר, עמוד השדרה (24) □ פיברומיאלגיה (17) □ גאווט (18) □ פוליו □ בריחת סידן □ אנקילוזינג ספונדיליטיס																																
12. □ סרטן □ מחלות ממאירות □ גידולים (ממאירים או שפירים) □ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (26)																																
13. □ מחלות אוטואימוניות □ מחלות ניווניות □ מחלות כרוניות □ הנטינגטון □ פוליו □ לופוס/זאבת □ ניוון שרירים □ סרקואידוזיס □ מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות □ F.M.F (19)																																
14. □ בעיות ומחלות עיניים וראיה □ גלאוקומה □ רטיניטיס פיגמנטוזה □ קוצר ראייה (מעל 8) □ קרטוקונוס □ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (22)																																
15. □ בעיות אזניים ושמיעה □ דום נשימה □ סחרחורות □ הפרעות בשיווי משקל □ מיגרנה/כאבי ראש □ בעיות אף וגרון □ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (23)																																
16. האם בחמש שנים אחרונות סבלת או שיש לך סימנים ל: □ בקע/הרניה כולל מפשעת, בטני, טבורי, סרעפתי																																
17. לנשים מגיל 18 בלבד: □ בעיות ומחלות גניקולוגיות □ אנדומטריוזיס □ דימומים □ מחלות שדיים □ בעיות פרויון □ הפלות חוזרות □ ניתוח קיסרי □ הגדלת חזה □ האם כעת את בהיריון?																																
18. לילדים עד גיל 18 בלבד: □ הפרעה/עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ על מעקב/טיפול רפואי □ הפרעה/עיכוב בגדילה □ נולד/ה פג (לילדים עד גיל 3 יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים) □ הפרעה או בעיה רגשית? □ חר/שפה שסועה - האם נותח/ה? □ "כן" - מתי? _____ □ "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? □ כן □ לא □ אשר תמיר - האם נותח/ה? □ "כן" - מתי? _____ □ "לא" - האם הבעיה עדיין קיימת? □ כן □ לא																																
שאלות נוספות																																
19. ברכישת ביטוח לניתוחים ומחילפי ניתוח בישראל: האם הנך עוסק בספורט מקצועני אשר מהווה את עיסוקך העיקרי? פרוט העיסוק: _____																																
ג. בעת רכישת כיסוי למחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:																																
1. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: □ סרטן השד □ סרטן שחלות □ סרטן מעי □ סרטן ערמונית (פרוסטטה) □ מחלות ניוון שרירים/ניוון מוטורי □ טרשת נפוצה □ הנטינגטון □ מחלות לב לרבות התקף לב, צנתור, קרדיומיופתיא □ כליות פוליציסטיות □ אלצהיימר □ פרקינסון □ ככל שסימנת אחת מהתשובות יש למלא שאלון (27)																																
ד. הערות - פירוט ממצאים חייביים:																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>שם המועמד</th> <th>מספר שאלה</th> <th>אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא אירועים חוזרים כן/לא, סוג טיפול (תרופה/ניתוח וכדומה)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>												שם המועמד	מספר שאלה	אבחנה/מחלה/בדיקה, מועד התחלה/סיום, סיבוכים כן/לא אירועים חוזרים כן/לא, סוג טיפול (תרופה/ניתוח וכדומה)																		
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 מועמד ראשי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: X _____																																
תאריך: _____ שם מועמד משי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: X _____																																



הצהרות המועמד לביטוח

אני המועמד לביטוח, החתום מטה מבקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ("להלן: **"הכשרה"**) לבטח אותי בהתאם לתנאי הביטוח לתכנית/יות הביטוח המסומנות בטופס זה לרבות הצהרת הבריאות (להלן: **"הצהרה"**) אני מסכים ומתחייב כדלקמן:

- כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי. הוסבר לי, שככל שלא אעשה כך, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח ואף לפטור את הכשרה מתשלום תגמולי ביטוח בהתאם לחוק הואיל והכשרה נסמכת על תשובותיי.
- ידוע לי שקבלה או דחיית של הצעה זו נתון לשיקולה הבלעדי של הכשרה בכפוף להוראות הדיון וכי חוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהכשרה תאשר בכתב את קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות.
- אני מאשר כי הוצג בפני טרם חתימתי על הצעה זו, מידע מהותי וגילוי נאות אשר כלל, לכל הפחות את פירוט בדבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החריגים והסייגים המהותיים, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית ככל שיש החרגות לרבות חריג מצב רפואי קודם.
- ידוע לי כי באפשרותי לקבל את תנאי הפוליסה המלאים בכתב לרבות באמצעות דוא"ל או באמצעות SMS.
- אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה נעשה בירור של צרכי והוצגו בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד, בהתאם לכך והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי ונמסרו לי תוצאות הליך התאמת הצרכים כאמור.
- הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותי הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
- ידוע לי כי הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו, וכפי שיקבע על ידי הכשרה.
- הנני מאשר כי ידוע לי שכל הנחה ו/או תוספת רפואית (תוספת בדמי ביטוח בשל מצב רפואי), ככל ויינתנו לי על ידי החברה, יחושבו לפי תעריף הספר של החברה/התעריף הבסיסי של המוצר.**
- קיבלתי פירוט בדבר גובה הפרמיה, אופן חישובה ואת העובדה כי קבלתי לביטוח ו/או בני משפחתי הכלולים בהצעה, 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.
- הצהרה זו, תחול גם על ילדי הקטינים ששמותיהם נקובים בהצעה והנני משיב גם בשמם כאפסטרופוס טבעי.
- שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסות ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
- הוסבר לי שאני יכול לרכוש תכנית ביטוח בהרכבים שונים וזאת ללא תלות בין הכיסויים הביטוחיים, בהתאם למוצרים הנמכרים בהכשרה. ככל ששינוקוה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תוכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרת לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התוכניות הנוספות שגלו לתכנית הבסיס.
- ביטול תקופת אכשרה במקרה שקיימת פוליסה ביטוח בריאות פעילה בחברה אחרת ("**פוליסה קודמת**") ונרכשת פוליסה חדשה בהכשרה ("**פוליסה מחליפה**") ידוע לי כי בגין תשלום שקדמו למועד תחילת הביטוח) למען הסר ספק, אין באמור לגרוע מזכותה של החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך ביטול תקופת אכשרה.
- למען הסר ספק החברה תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בתנאי הפוליסה, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל.
- ידוע לי כי ביטוח בריאות זה מיועד לתושבי ישראל בלבד והריני לאשר כי במהלך השנה האחרונה שקדמה להצעה זו, התגוררתי בישראל לפחות 180 ימים.
- שים לב - לפי הוראות הממונה על שוק ההון ביטוח וחסכון, אם הביטול של פוליסת הבריאות הבסיסית הקיימת על שמך בחברה נעשה בתוך 6 חודשים מיום רכישת הפוליסה, אזי ככל שקיימת על שמך בחברתנו פוליסת ביטוח ניתוחים בישראל ו/או פוליסה לביטוח אמבולטור, חברתנו מחויבת לבטל גם כיסויים אלו, אם הם נרכשו על-ידיך לאחר יום 1 באוקטובר 2023.**
- למען הסר ספק, הוראות הביטוח המיוחדות חלות רק על ביטול של פוליסת בריאות בסיסית, והן לא רלבנטיות לביטול של פוליסות בריאות אחרות. לפי חוזר עריכת תכניות ביטוח, חברת ביטוח תאפשר למבוטח שרכש פוליסת ניתוחים בישראל, פוליסת הרחבה או פוליסת בריאות נוספת לבטל בכל עת, מבלי להתנות את הביטול האמור בביטול אחת או יותר מפוליסות ביטוח בריאות אחרות שב"ד המבוטח. בוטלה פוליסה כאמור, ביטולה לא יגרם לביטול הנחה בפוליסה אחרת.

בהצעה לרכישת פוליסת משלים שב"ן

- הכיסוי בגין ניתוחים עפ"י הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על-פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקופה הקבועה בפוליסה.
- למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
- דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).
- בעת סיום החברות בתכנית שב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת החולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

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 חברה מנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח").

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:

אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים דיגיטליים עם פוליסתי 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, מהווים פגיעה בפרטיות, וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תתאם אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים, שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת.

הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

אני מסכים למסור לחברה מידע אישי אודותי לצורך ביטוח זה או פעולותיכם כמבטחים, למרות שלא מוטלת עליי חובה חוקית למסור מידע זה. ידוע לי ואני מסכים כי לצורך ביטוח זה או פעולותיכם כמבטחים תהיו רשאים לפנות לצדדים שלישיים ולקבל מידע אודותי.

ידוע לי ואני מסכים כי הטיפול במידע האישי נעשה בהתאם למדיניות הפרטיות של הכשרה, המתפרסמת באתר האינטרנט של החברה. כן ידוע לי ואני מאשר למסור את המידע לגורמים שונים הקשורים, במישרין או בעקיפין, בביטוח זה או בפעולותיכם כמבטחים.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשי X _____ חתימת מועמד משני X _____

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 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 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 X _____ חתימת מועמד משני X _____

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון ("הרשות") קיים אתר אינטרנט מאובטח ("הר הביטוח") המאפשר לך לראות 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, ככל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו, ראה הודעה זו כמבוטלת. לידעיתך, רק העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל החברות בישראל.

בנוסף הרשות מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. גורם המשלם בטופס הצטרפות יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, באפשרותך לשנות את הבגיר ו/או להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי על מנת לקבל מידע אודות מוצרי הביטוח של הקטין, במידה ואינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי, עליך ליצור קשר עם חברתנו לצורך עדכון כאמור.

לידיעתך, רק בגיר שיוגדר כבגיר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט הר הביטוח, במוצרי הביטוח של קטין בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי בכל חברות הביטוח בישראל. לצורך עדכון ניתן לפנות לחברתנו באמצעות אחת מהדרכים הבאות:

- טלפון *3453
- באתר האינטרנט www.hcsra.co.il

הוראה לחיוב חשבון / הוראה לחיוב כרטיס אשראי

מבוטח נכבד!

• בחודש שבו חל תשלום בהתאם לתנאי הפוליסה תמשיך הכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "החברה") את סכום הפרמיה, הנקובה בפוליסה ותוספותיה. חיוב הנ"ל בחשבוך 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

יזזה- לאומי קארד

יזזה כ.א.ל

ישראלכרד

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 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: 5 10 25

תאריך: _____

חתימת בעל הכרטיס: X _____

הוראה לחיוב חשבון

לכבוד:

בנק:

סניף:

כתובת סניף:

הרשאה כוללת, שאינה כוללת הגבלות.

או הרשאה הכוללת לפחות אחת מהגבלות הבאות:

תקרת סכום לחיוב: ₪. _____

מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום: ____/____/____

נא לסמן מועד גביה רצוי: 5 10 25

מספר חשבון

סוג חשבון

קוד מסלקה

בנק

סניף

קוד מוסד

אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה

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

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 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, הדיכוי 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 זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

9. 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.

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.

תאריך: _____

חתימת בעל החשבון: X _____

לכבוד:

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

האגף לביטוח חיים

רח' המלאכה 6

חולון 581180

מספר חשבון

סוג חשבון

קוד מסלקה

בנק

סניף

קוד מוסד

אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה

שם המוסד: הכשרה חברה לביטוח בע"מ

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מידי פעם בפעם ואשר מס' מספר חשבוננו 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.

תאריך: _____

בנק: _____

סניף: _____

חתימה וחותמת הסניף: X _____

*3453

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 5811801 חולון 1877

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד.

9 מתוך 8

3200dt

07/2025 גרסה

נספח ג'

הודעת ביטול

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 מס' _____

הקיימת בחברתכם החל מיום _____

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל: _____

_____ X

חתימת המבוטח

תאריך



^dt2497

*3453

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

9 מתוך 9