

הצעה לביטוח מגן למשכנתא

ביטוח לבעלי משכנתאות - הצעה לביטוח חיים, ביטוח מבנה

ביטוח חיים ביטוח חיים + ביטוח מבנה

יש לענות על כל השאלות תשובות ברורות ומלאות אין להשתמש בקווים או כסימנים 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 המפיק:	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"/> נשואה <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה	
	כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד	
	טלפון נייד	טלפון ניח	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"/> נשואה <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמנה	
	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	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 בעלת הפוליסה"
---	--

תיאור המבנה: <input type="checkbox"/> בית פרטי / דירת קרקע (בבניין משותף) <input type="checkbox"/> בניין משותף (קומות) קומה _____ מתוך _____ קומות	גיל המבנה: _____	סוג הבניה: <input type="checkbox"/> טרומי <input type="checkbox"/> פל-קל <input type="checkbox"/> עץ <input type="checkbox"/> בלוקים <input type="checkbox"/> אחר _____		
סוג המבנה: _____	סוג הגג: _____	שימוש המבנה: <input type="checkbox"/> למגורים * <input type="checkbox"/> אחר _____		
כתובת המבנה:				
עיר	רחוב	מספר	דירה	מיקוד
סה"כ סכום ביטוח למבנה ₪ _____ (בערך כינון) שטח המבנה (הדירה) _____				
נזקי צנרת:				
<input type="checkbox"/> תיקון הנזק יתבצע באמצעות "שרברב הסדר" מטעם חברת הכשרה חברה לביטוח ובאחריותה <input type="checkbox"/> תיקון הנזק יתבצע באמצעות "שרברב פרטי" לפי בחירת המבוטח בכפוף לאישור החברה ותנאי הפוליסה <input type="checkbox"/> האם חברת ביטוח כלשהי דחתה את הצעתך או ביטלה את הפוליסה או סירבה לחדש את הפוליסה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטים: _____ <input type="checkbox"/> האם אירעו נזקים למבנה בשלוש שנים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, כמה תביעות: _____ מהות התביעה: _____ כמה שולים: _____				

* לתשומת ליבך ענף זה משמש לביטוח מבנה למגורים בלבד



dt3015

פרק זה מכסה נזקים שיגרמו למבנה הדירה ולמתקנים הצמודים כתוצאה מסיכונים שונים: שריפה, התפוצצות, שיטפון, כיסוי לרעידת אדמה ועוד כמפורט בפוליסה. בביטוח נזקי מים למבנה ניתן לבחור בין: "שרברב הסדר" (מתוך רשימת שרברבים המפורסמת באתר החברה בכתובת: www.hcsra.co.il) או "שרברב פרטי", יש לשים לב להשתתפות עצמית הנקובה בדרך פרטי הפוליסה. הרחבות פרק זה: שבר תאונתי לזכויות, מראות, אסלות, כיורים, שיש, אמבטיות ומתקנים סניטריים. ביטוח לגן ולצומח. הרחבות הללו בכפוף למקרה הביטוח וגבולות האחריות הרשומים בפוליסה.	פירוט עיקרי הכיסוי הביטוחי במבנה למשכנתא
--	--

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

פרטי ההלוואה	פרטי ההלוואה מקורית:	1	2	3	4
	יתרת סכום ההלוואה				
	יתרת ההלוואה בשנים				
	תאריך סיום ההלוואה				
	* 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: *	חתימת מועמד משני: *			

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

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

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

שאלות כלליות	תחביבים מסוכנים כגון: צלילה, דאייה, גלישה, צניחה, טיס וכו' פרט:	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט וצרף שאלון	מועמד ראשי	מועמד משני
	האם יש סיכון מיוחד באורח חייו, בעיסוקו או בתחביביו?	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:	מועמד ראשי	מועמד משני
	האם אתה בעל רישיון טיס / איש צוות אוויר / בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט:	מועמד ראשי	מועמד משני
תאריך:	חתימת מועמד ראשי: *	חתימת מועמד משני: *		

הערות / תוספות:

שאלון ביטול / הקטנה פוליסה בתוקף			
מועמד ראשי	מועמד משני	לא	כן
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח משכנתא?
2. במידה וענית **כן** בסעיף 1 - האם כוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?
3. במידה וענית **כן** בסעיף 2 - האם ברצונך כי בקשת הביטוח 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 /ואו 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
מועמד ראשי			
מועמד משני			
הצהרת סוכן ככל שנמצא בהליך התאמת צרכים כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקשת/ת לבטלה באמצעות הסוכן הביטוח (סעיף ב) הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטוח לחברת הביטוח המקורית בה מתנהלת פוליסת ביטוח הקיימת.			
תאריך:	שם הסוכן:	חתימת הסוכן: *	

עמוד 2 מתוך 7



הצהרת בריאות - מגן משכנתא

למועמדים מגיל 62, יש לצרף מסמך רפואי מרופא מטפל אשר יכלול, ניתוחים, תרופות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקה דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

מועמד ראשי	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות	תאריך לידה
		גובה	משקל	שם קופת חולים	סניף	כתובת	
מועמד ראשי	הרגלי עישון	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: <input type="checkbox"/> סיגריות/ <input type="checkbox"/> סיגרים/ <input type="checkbox"/> נרגילה/ <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> סיגריות אלקטרוניות ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ <input type="checkbox"/> סיגריות/ <input type="checkbox"/> סיגרים/ <input type="checkbox"/> נרגילה/ <input type="checkbox"/> מקטרת/ <input type="checkbox"/> סיגריות אלקטרוניות, ומאז אינני מעשן.					
		מועמד משני	פרטים אישיים	שם משפחה		שם פרטי	
מועמד משני	הרגלי עישון	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: <input type="checkbox"/> סיגריות/ <input type="checkbox"/> סיגרים/ <input type="checkbox"/> נרגילה/ <input type="checkbox"/> מקטרת <input type="checkbox"/> סיגריות אלקטרוניות ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ <input type="checkbox"/> סיגריות/ <input type="checkbox"/> סיגרים/ <input type="checkbox"/> נרגילה/ <input type="checkbox"/> מקטרת/ <input type="checkbox"/> סיגריות אלקטרוניות, ומאז אינני מעשן.					

מועמד				מועמד ראשי	מועמד משני
כן	לא	כן	לא	כן	לא
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: <input type="checkbox"/> מחלת הסרטן (יש לפרט סוג סרטן), <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב, <input type="checkbox"/> סכרת, <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות/כרוניות <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות נפשיות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> פרקינסון					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. בעשר השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> האם אושפזת או הופנית לאשפוז או לחדר מיון <input type="checkbox"/> האם נותחת <input type="checkbox"/> האם יעצו לך לעבור ניתוח?					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> לגילוי סרטן <input type="checkbox"/> לאבחון בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (C.T / M.R.I) <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי איידס					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפול רפואי או תרופתי או המלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי או המלץ לך להיות במעקב רפואי?					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: <input type="checkbox"/> האם נקבעה לך נכות או הגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה (2), תאונה (3) או מום מולד?					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. האם השתמשת או שהנך משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים (4) <input type="checkbox"/> אלכוהול (5) נא לפרט סוג, כמות ותדירות.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ב. האם יש לך ו/או אובחנת ו/או הנך מטופלת ו/או קיימת לך אחת מהבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון ו/או מסמכים רפואיים.					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יתר שומנים בדם (7) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם בחמש השנים האחרונות (8)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> אירוע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <input type="checkbox"/> סחרחורת <input type="checkbox"/> אפילפסיה (9) <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז (10) <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פיגור					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא בתלונות הקשורות ב: <input type="checkbox"/> ירידה בקוגניציה <input type="checkbox"/> ירידה בזיכרון?					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברונכיטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת (11)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיопתיה <input type="checkbox"/> טרומבוזת <input type="checkbox"/> מחלת לב איסכמית <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> הפרעות קצב הלב <input type="checkbox"/> בעיות מסתמי הלב <input type="checkbox"/> מומי לב <input type="checkbox"/> דלקת כלי הדם/וסקוליטיס <input type="checkbox"/> אנמיה (12)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> מחלת נפש <input type="checkbox"/> הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון (13)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כבד <input type="checkbox"/> הפטיטיס/צהבת <input type="checkbox"/> שחמת הכבד <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי הכבד (14)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/> בעיות מעיים ודרכי העיכול <input type="checkbox"/> קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> אולקוס/כיב קיבה <input type="checkbox"/> מעי רגז <input type="checkbox"/> פיסורה <input type="checkbox"/> טחורים (15)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן (16)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <input type="checkbox"/> בעיות ראוטולוגיות <input type="checkbox"/> מחלת ובעיות מפרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוס (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> בריחת סידן <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס F.M.F (19)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממארות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. <input type="checkbox"/> מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות כולל בעיות ומחלות בלוטות (20 / 21)					

ג. הערות

אני ה"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימתי 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 הראשי: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה *
 תאריך _____ שם המועמד המשני: _____ מספר ת.ז.: _____ 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 מביעה/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: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____
תאריך: _____ שם מועמד משני: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה: _____

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכונייהם הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדי 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 לביטוח 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: * _____

הצהרת משלם שאינו המבוטח

אני החתום מטה, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים אודות אופן תשלום הגביה לרבות התשלום/ים שיבוצעו/ עבור המבוטח/ים בטופס הצעה זה. ידוע לי כי כל תשלום של החברה לשלם מכוח בקשת הצטרפות זו או בקשר אליה (למעט החזר פרמיה) ישולמו לפקודת המבוטח ו/או מוטב בהתאם למקרה ולא לפקודת המשלם. למען הסר ספק אישור המש יירשם לטובת המבוטח ו/או בעל הפוליסה.

תאריך: _____ שם מלא: _____ מס' ת"ז: _____ זיקה למבוטח: _____ חתימה: * _____

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 תשובתי. ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.

- הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי שחוזר הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהכשרה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות.
- קיבלתי פירוט בדבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי ביטוח עיקריים, גבולות אחריות, החריגים והסייגים המהותיים.
- 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.
- 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.
- ידוע לי כי הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו רק לאחר אישור המועמדים לביטוח להחלטות ולתנאים המיוחדים, ככל שהיו, וכפי שיקבע על ידי המבטחת.
- במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
- במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.

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

הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

אני מסכים למסור לחברה מידע אישי אודותי לצורך ביטוח זה או פעולותיכם כמבטחים, למרות שלא מוטלת 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 אחרות בקבוצת הכשרה (להלן ביחד: "קבוצת הכשרה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הכשרה, באמצעות דואר, פקס, דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטית, הודעת מסר קצר (sms) ובכל דרך אחרת. כן אני מסכים לחברות בקבוצת הכשרה להביא לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, טיפול בתביעות ולרבות עיבוד המידע, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל וכן שימושים אחרים הנלווים לשימושים האמורים ו/או נדרשים לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמן ומטעמן של החברות בקבוצת הכשרה. ידוע לי כי במידה ואיני מסכים ו/או לא אסכים בעתיד, לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותי למסור הודעה על כך 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:

- טלפון *3453
 - 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 מהמשק 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 הנקשה 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 הנוחץ לצורך ביצוע הוראות/ בקשות אלה, הנמסרות לחברה על ידי המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, צריכת 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 מוצע 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 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 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 חובים 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 שיופק 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: 3 10 25 תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס _____

הוראה לחיוב חשבון

קוד מסלקה		סוג חשבון		מספר חשבון	
בנק	סניף				
קוד מוסד		אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה			
409					
שם המוסד: הכשרה חברה לביטוח בע"מ					

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

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 _____ מי' _____ קוד _____

- נותרים 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).
- כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 - 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.
 - 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.
 - 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.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, וידוע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 - אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
 - נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מתאנו 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 _____

קוד מסלקה		סוג חשבון		מספר חשבון	
בנק	סניף				
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 לביצועו, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצאו/ בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

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



dt3200

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 _____

_____ ✕

חתימת המבוטח

תאריך