

# הצעה לביטוח בריאות

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

אין להצעת הביטוח תוקף עד אשר התקבלה ואושרה על ידי החברה לתשומת לב ממלא הטופס אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. אי דיוק בפרטים עלול להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 ולהקטין את 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
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> חוקה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
עיסוק	טלפון נייד	טלפון ניח	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	תכנית שב"ן אם קיימת			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> 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 אנא 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).					

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> חוקה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
עיסוק	טלפון נייד	טלפון ניח	דואר אלקטרוני		
כתובת: רחוב	מס' בית	מס' דירה	ת.ד.	ישוב	מיקוד
שם קופת חולים	סניף	תכנית שב"ן אם קיימת			
<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מאוחדת <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> 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 אנא 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).					

פרטי ילדים						
פרטי ילדים	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	קופ"ח	תכנית שב"ן
1						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> לא
2						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> לא
3						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> לא
4						<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> לא

ימולא ע"י הורה/ אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם.

1 מתוך 9



במות המועמד הראשי							מינוי מוטבים
%	קרבה	מין	תאריך לידה	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	
		זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					
		זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					
		זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					
		זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					
במות המועמד המשני							
%	קרבה	מין	תאריך לידה	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	
		זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					
		זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					
		זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					
		זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>					

בהעדר מינוי מוטבים הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי דין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה

פרטי ביטוח מגן לבריאות - גיל כניסה 0-70 בהיעדר סימון לא תירכש התכנית						
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	מועמד משני	מועמד ראשי	שם הכיסוי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מגן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מגן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן (ניתן לבחור אפשרות אחת למועמד)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מגן להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מגן לתרופות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נספח הרחבה לתרופות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מגן לניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל (ניתן לרכוש רק כהרחבה לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל ו/או למגן להשתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שירותים לילד פרימיום ( לילדים בלבד גיל כניסה 0-18 )
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אמבולטורי - ייעוצים ובדיקות רפואיות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אבחון רפואי מהיר
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רופא מומחה דיגיטלי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	רפואה משלימה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ליווי רפואי אישי פרימיום
						גיל כניסה: 1-65 סכום ביטוח מירבי למבוגר - ₪ 600,000 סכום ביטוח מירבי לילד - ₪ 300,000
מגן למחלות קשות (49 מחלות)						
ילד 4	ילד 3	ילד 2	ילד 1	מועמד משני	מועמד ראשי	
₪	₪	₪	₪	₪	₪	סכום ביטוח

## שאלון השוואה / ביטול פוליסה מקורית

ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		מועמד משני		מועמד ראשי		נחלק מרכישתך פוליסת ביטוח בריאות להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	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"/>	1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח בריאות?
<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"/>	2. במידה וענית <b>כן</b> בסעיף 1 - האם בכוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?
<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"/>	3. במידה וענית <b>כן</b> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 3ג' לעיל, תשלח לחברת הביטוח האחרת רק לאחר קבלתך לביטוח בחברת הביטוח הכשרה בהתאם לטופס הצעה זה.

4. במידה וענית **לא** בסעיף 2 - אני מצהיר כי הנני מבקש להצטרף לתכנית המבוקשת בהכשרה על אף שיש בידי פוליסה ו/או כיסוי בריאות 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

- 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, סייגיה ואת ההצטרפות 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 ידי הביטוח.
- במידה והתשובות לסעיפים (1) ו-(2) חיוביות, וייקבעו החרגות לכיסויים המבוקשים בפוליסה זו, יהיה על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין החרגות שנקבעו, לכל מועמד לביטוח, בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה המקורית ולמסור אותה מתוצאות תהליך המועמד לביטוח.
- 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 קיימת.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הסוכן \_\_\_\_\_ מס' סוכן \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן \_\_\_\_\_

### 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:

- הצירוף לביטוח בהכשרה הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי.
- 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 אפטרופוס (ילדים) \_\_\_\_\_



### הצהרת בריאות

למועמדים מעל גיל 62 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	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			
	משני	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			
	שם הילד:	<input type="checkbox"/> מעולם לא עישנתי <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת / <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר, בין השנים _____ עד _____ כמות של _____ סיגריות / <input type="checkbox"/> סיגרים / <input type="checkbox"/> נרגילה / <input type="checkbox"/> מקטרת, <input type="checkbox"/> סיגריה אלקטרונית ומאז אינני מעשן.			

מועמד	ראשי	משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
<p><b>א. שאלות כלליות:</b>                      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.</p>						
1. האם אושפזת <input type="checkbox"/> האם נותחת <input type="checkbox"/> האם יצאו לך לעבור ניתוח ב-5 השנים האחרונות?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב-5 השנים האחרונות לגילוי / אבחון של: <input type="checkbox"/> סרטן (יש לפרט סוג סרטן) <input type="checkbox"/> בעיות לב <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (כגון US, MRI, CT) <input type="checkbox"/> מחלות ניווניות/ כרוניות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הנטינגטון <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> ציסטות פרקינסון <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות עם ממצא שהצריך בירור/מעקב רפואי <input type="checkbox"/> בדיקה לגלוי איידס	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. האם בחמש השנים האחרונות <input type="checkbox"/> הנך בטיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי <input type="checkbox"/> המלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי <input type="checkbox"/> נדרשת למעקב רפואי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. האם בחמש השנים האחרונות סבלת מ: <input type="checkbox"/> סכרת (6) <input type="checkbox"/> יתר לחץ הדם (8) <input type="checkbox"/> יתר שומנים בדם (7). אם כן, נא צרף שאלון מתאים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה ב: <input type="checkbox"/> קוגניציה <input type="checkbox"/> בזיכרון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. האם נפצעת ב-5 השנים האחרונות (3) <input type="checkbox"/> האם הגשת בקשה להכרת אחוזי נכות <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. האם אובחנת כלוקה ב: <input type="checkbox"/> מחלת נפש <input type="checkbox"/> הפרעה נפשית <input type="checkbox"/> חרדה <input type="checkbox"/> דיכאון אם כן, נא למלא שאלון בעיות נפשיות (13) ולצרף מכתב רופא מפורט.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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"/>
<p><b>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.</b></p>						
1. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> ארזע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <input type="checkbox"/> אפילפסיה (9) <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הפרעות קשב ורוכז (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"/>
2. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברונכיטיס <input type="checkbox"/> אפיזימה <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"/>
3. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב וכלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיومیופתיה <input type="checkbox"/> טרומבוז <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/וסקולטיס	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 מתוך 9

07/2023 191



### המשך הצהרת בריאות

ילד 4		ילד 3		ילד 2		ילד 1		משני		ראשי		מועמד
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	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"/>	4. בעיות דם וקרישה <input type="checkbox"/> אנמיה (12)
<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"/>	5. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. בעיות מעיים ודרכי העכול <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. בעיות ומחלות בלוטות <input type="checkbox"/> ערמונית/פרוסטטה <input type="checkbox"/> בלוטת המגן/התריס <input type="checkbox"/> יותרת המוח <input type="checkbox"/> יותרת הכליה <input type="checkbox"/> בלוטת הרוק <input type="checkbox"/> הלבלב
<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"/>	9. בעיות ומחלות מין ועור <input type="checkbox"/> אלרגיות <input type="checkbox"/> פסוריאזיס
<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"/>	10. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. מחלות ובעיות פרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> בעיות בכב, צוואר, עמוד השדרה (24) <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה (17) <input type="checkbox"/> גאוס (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> בריחת סידן <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס
<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"/>	12. סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים) <input type="checkbox"/> מומים
<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"/>	13. מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניוניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הניטינגטון <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניוון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידיזיס <input type="checkbox"/> מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות (20/21) <input type="checkbox"/> F.M.F (19)
<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"/>	14. בעיות ומחלות עיניים וראיה <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה <input type="checkbox"/> קוצר ראייה (מעל 8) <input type="checkbox"/> קרטוקונס (22)
<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"/>	15. בעיות אזניים ושמיעה <input type="checkbox"/> טנטון <input type="checkbox"/> סחרחורת <input type="checkbox"/> בעיות אף וגרון (23)
<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"/>	16. האם אתה סובל או סבלת או שיש לך סימנים ל: <input type="checkbox"/> בקע <input type="checkbox"/> שבר <input type="checkbox"/> הרניה
<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"/>	17. <b>לנשים מגיל 18 בלבד:</b> <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> אנדומטריזיס <input type="checkbox"/> דימומים <input type="checkbox"/> מחלות שדיים <input type="checkbox"/> בעיות פרויון <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות <input type="checkbox"/> ניתוח קיסרי
<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"/>	<b>ג. בעת רכישת כיסוי למחלות קשות יש לענות גם על השאלה הבאה:</b>
<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. תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: <input type="checkbox"/> מחלת הסרטן <input type="checkbox"/> בעיות לב <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> מחלות ניוניות/כרוניות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הניטינגטון <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> פרקינסון אם כן נא לפרט בהערות בסעיף ד'.

**ד. הערות:**

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 מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד משני: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**ההליך 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 להמשך 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, מכוניהם הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח 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 לשירות 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 לביטוח 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 למוסד השירותים שלהם.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מועמד משני: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

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

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_ מספר רישיון: \_\_\_\_\_ חתימה + חותמת: \_\_\_\_\_

**מועמד לביטוח שרכש כיסוי "מגן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל"**

מועמד לביטוח שקיימת לו תכנית "שב"ן" באחת מקופות החולים בישראל וביקש לרכוש מחברת הביטוח כיסוי מגן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל ("ניתוחים מהשקל הראשון"), חייב לחתום על הצהרה זו:

- הוסבר לי, כי כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון וכיסוי מגן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן ("משלים שב"ן") הם מוצרים דומים, כאשר כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד לעומת כיסוי משלים שב"ן המחייב פנייה למימוש הזכויות בקופת החולים טרם פנייה לחברת הביטוח.
- הוצג בפני, כי קיים כפל ביטוח בין כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון אל מול תכנית השב"ן בקופת החולים.
- הגורם המשווק הסביר לי, כי בתאריך 1 ביוני 2024 ("מועד החידוש") מבטוח שרכש כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון יועבר באופן אוטומטי לכיסוי משלים שב"ן ופירט בפני את ההשלכות הביטוחיות של המעבר כאמור.
- בנוסף לאמור בסעיף 3 הובהר לי המשמעויות של רכישת כיסוי ניתוחים מהשקל הראשון, וכי במידה ואחליט לבחור באופן פוזיטיבי במועד החידוש בכיסוי ניתוחים מהשקל הראשון, ייתכן כי עלות הפרמיה החודשית תשתנה וכי גובה הפרמיה העתידי עדיין אינו ידוע.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד משני: \_\_\_\_\_

**הצהרות המועמד לביטוח**

אני המועמד לביטוח, מבקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הכשרה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי: כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שכל 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, תקופת אכשרה, המתנה והשתתפות עצמית וכן (במקרה של ביטוח בריאות) פירוט של כללי הגילוי נאות שנקבעו על ידי המפקח על הביטוח.
- 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.
- קיבלתי זיהוי 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.
- הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוטרופוס/ית טבעית.
- ידוע לי כי הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחזרת ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו, וכפי שיקבע על ידי המבטח.
- 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.
- שירות צבאי:** ובהר 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 למצרים הנמכרים בחברה. ככל ששיווקה של תוכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תוכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבוטלו גם התוכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.

**הצהרה לרכישת פוליסת משלים שב"**

- 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 עניין 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**

אני מסכים למסור לחברה מידע אישי אודותיי 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 אודותיי. 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 \_\_\_\_\_ חתימת מועמד משני \_\_\_\_\_

**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 חיוב אוטומטי, 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](http://www.hcsra.co.il)

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד ראשי \_\_\_\_\_ חתימת מועמד משני \_\_\_\_\_

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון (להלן: "הרשות") קיים אתר אינטרנט מאובטח (להלן: "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 כמבטלת. לידיעתך, אי 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](http://www.hcsra.co.il)

**משלוח הודעות לחברה**

מתשומת ליבך מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקובע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרדי החברה. הערה זאת מתייחסת לפעולות הבאות: בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכת כספים, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה להפקדה חד פעמית, בקשה להגדלת דמי ביטוח, בקשה לשינוי מוטב, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לביצוע תשלומי משיכה, המרה, הייון עם תום תקופת הביטוח, 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, צריכות להימסר אך ורק במשרדי החברה באחת מן הכתובות המופיעות בתנאי הפוליסה או באתר החברה בכתובת [www.hcsra.co.il](http://www.hcsra.co.il)

**הוראה לחיוב חשבון / הוראה לחיוב כרטיס אשראי**

מבוטח נכבד!

- בחדש 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  ישראלכארד  דייןרס  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 שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ויישא מספר אחר. ידוע לי, כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מונעה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיעבר אליה על ידי חברת הביטוח.

נא לסמן מועד גביה רצוי:  3  10  25 תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_

**הוראה לחיוב חשבון**

מספר חשבון		סוג חשבון	קוד מסלוק

בנק: \_\_\_\_\_  
 סניף: \_\_\_\_\_  
 כתובת סניף: \_\_\_\_\_

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

תקרת סכום לחיוב: \_\_\_\_\_ ש.  
 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/הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות / ח.פ. \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

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

3. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.

4. 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.

5. 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, הזכיזי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

6. 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.

7. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.

8. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.

9. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

10. 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.

11. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

12. נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (הערקנות לקביעתם): תנאי פוליסה/ות כפי שיהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת בעל החשבון \_\_\_\_\_

מספר חשבון		סוג חשבון	קוד מסלוק

בנק: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ חתימת וחותמת הסניף: \_\_\_\_\_



## נספח ג' הודעת ביטול

עבור חברת הביטוח \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_

