

הצעה לביטוח פנסיוני להפקדות שוטפות לשכירים או לבעלי שליטה

 עתיד למנהלים ועובדים שכירים עתיד 60 פלוס למנהלים ועובדים שכירים

יש לענות על כל השאלות חשובות וברורות ומלאות. אין להשתמש בקווים או בסימנים במקום מילים. הטופס מנוסח בלשון זכר, אך מיועד לנשים ולגברים כאחד. השימוש בלשון זכר הוא למען פשטות הדברים בלבד. אני/אנו החתומים מטה העובד או /ו המועמד לביטוח פונים בזה להכשרה חברה לביטוח בע"מ בבקשה להצטרף לתכנית ביטוח חיים כמפורט להלן:

שם המשווק הפנסיוני:	מס' משווק פנסיוני:
---------------------	--------------------

1. פרטי המעסיק

שם המעסיק	מספר חברה (ח.פ.) או זהות	שם איש קשר
רחוב	מספר	ת.ד.
מס' טלפון	מס' פקס	דוא"ל

2. פרטי המבוטח / המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי
רחוב	מספר	דירה	ת.ד.	זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/>
מס' טלפון נייד	מס' טלפון נייד	מקצוע	עיסוק בפועל	מיקוד	

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 וזאת במקום קבלתם באמצעות דואר ישראל. כלל שהגן מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אגא סמן . לידעתך 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).

תחביבים מסוכנים או ספורט אתגרי, כגון: צלילה, דאיה, גלישה, צניחה, טיס וכו' פרט: (בהתאם לרשימת ספורט אתגרי כפי שהיא מופיעה באתר האינטרנט של החברה)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ (במידה והתשובה הינה כן יש לצרף שאלון)
האם אתה בעל רישיון טיס / איש צוות אוויר / בדעתך לטוס שלא בקו אוויר אזרחי?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____ (במידה והתשובה הינה כן יש לצרף שאלון)

3. פרטי הביטוח היסודי

סוג תכנית	תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין)	תאריך תחילת עבודה	הצמדת הפקדות	גיל תום תקופת ביטוח
<input type="checkbox"/> מנהלים <input type="checkbox"/> בעלי שליטה	01 / _____ / _____	_____ / _____ / _____	<input checked="" type="checkbox"/> לשכר (תקבול)	60-67) _____ במידה שלא צוין, ייקבע גיל תום לגיל 67

אופן חלוקת ההפקדות בפוליסה	פיצויים	תגמולי מעסיק	תגמולי עובד	א.כ.ע.*
שכר מבוטח (יסודי)	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/>
שעות נוספות	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/>
הוצאות	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/>

* יש לפרט תקציב לאובדן כושר עבודה בסעיף 6

5. שליטה על רכיב הפיצויים (תתאפשר בחירה של אחת מהאפשרויות)

ניתן לסמן אחד מהסעיפים מטה. בהיעדר סימון וחתמת מעסיק באחת מהאפשרויות, ברירת מחדל תהיה "לא"	
הסכם לפי סעיף 14	
קיים בין העובד והמעסיק הסכם עבודה שחל עליו סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג-1963 בהתאם לאישור כללי בדבר תשלומי מעבידים לקרן פנסיה ולקופת ביטוח במקום פיצויי פיטורין. אם קיימת הצהרה לגבי תחולת סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין ולא הוחלט על רכישת כיסוי אבדן כושר עבודה במסגרת הצעה זו, הרי שהמועמד לביטוח והמעסיק מצהירים, כי ידוע להם שבמסגרת הצעה זו הם בחרו שלא לרכוש כיסוי אבדן כושר עבודה והם פוטרים את החברה מכל אחריות בקשר לכך.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
יותר אוטומטי	
המעסיק מאשר, שהעובד יהיה זכאי למרכיב הפיצויים בכל מקרה, והוא מוותר בזאת ויתור בלתי מותנה על השליטה בכספי מרכיב הפיצויים והוא נותן בזאת הוראות בלתי חוזרות לחברה לשלם את מרכיב הפיצויים למבוטח.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
זכאות בלא תנאי	
לעובד זכאות בלא תנאי לעניין משיכה ממרכיב הפיצויים. המעסיק מאשר כי העובד יהיה זכאי למשוך את כספי הפיצויים ללא תנאי החל ביום _____ או בתום שלוש שנות עבודה של העובד אצל המעסיק ממועד תחילת העבודה הנקוב לעיל, המוקדם מבין המועדים הנ"ל. המעסיק מאשר כי זכותו של העובד ליתרת הכספים בפוליסת הביטוח לרבות מרכיב הפיצויים כאמור לעיל הינה הוראה בלתי חוזרת למבטח לפעול בהתאם לקבוע לעיל בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי והיא איננה ניתנת לביטול או לשינוי. זכאותו של העובד כאמור לעיל לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג-1963. לידעת המעסיק, במקרה של זכאות בלא תנאי קיימת נוסחה שונה לחישוב החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים להבדיל ממרכיב התגמולים, העשויה לצמצם את הסכומים הנדרשים לצורך השלמת פיצויי הפיטורין בעת סיום עבודתו של העובד.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
תאריך:	חתימת וחותמת המעסיק: X



^dt3010

6. אופן תשלום הפרמיה לאובדן כושר עבודה (הפיצוי מוגבל עד 75% מהשכר)
יש לבחור באחת מן האופציות הבאות:

- רכישה מחוץ להפקדה לתגמולים תקציב נפרד לצורך תשלום פרמיה לאובדן כושר עבודה על חשבון המעסיק. יש לבחור באפשרות זו רק במקרים בהם תשלום המעסיק הינו לרכישת כיסוי זה בשיעור הדרוש להבטחת 75% משכרו של העובד או בשיעור של 2.5% משכרו כאמור, לפי הנמוך. במקרה שעלות הפרמיה תעלה על התקציב הנפרד, יוקטן שיעור הפיצוי החודשי בהתאם לתקציב.
- הסכם לאובדן כושר עבודה מפעלי בעלות של _____% מהשכר, לתקופה של _____ שנים. לתשומך לבר, ההסכם המפעלי עם מעסיקך נקבע לתקופה של מספר שנים כמצויין מעלה, אולם, ככל שהצטרפותך להסכם המפעלי הינה באמצע תקופת ההסכם, ייתכן ובפועל התעריף המפעלי יסתיים או יעודכן עבורך במועד מוקדם יותר. ככל שיבוצע עדכון כלשהו בתעריף לאובדן כושר עבודה תישלח אליך פוליסה עדכנית הכוללת את השינוי האמור.
- רכישה מתוך ההפקדה לתגמולים שיעור הפיצוי יהיה קבוע לכל תקופת הביטוח וייקבע כך שהעלות המצטברת עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך ההפקדות לתגמולים בפוליסה וזאת בכפוף לתקנה 3 (6) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל), תשע"ג 2013. בהתאם לתנאי הפוליסה, קביעת שיעור הפיצוי תעשה על בסיס הנחות היסוד הבאות: שיעור ההפקדות לתגמולים יהיה נמוך בהצעה, תשלומים רצופים לפוליסה, גידול שכר שנתי של 2%, ריבית היוון שנתי בגובה של 2.91%. ככל שהנחות אלו לא יתקיימו ייתכן ששיעור הפיצוי החודשי יקטן והודעה על כך תישלח למבוטח.

 אחוז הפיצוי מהשכר: _____
 (עד 75% מהשכר)

7. מסלולי השקעה*

מסלול השקעה	% השקעה בפיצויים	% השקעה בתגמולים
מודל השקעות תלוי גיל**	%	%
הכשרה - אג"ח ממשלת ישראל	%	%
הכשרה - מניות	%	%
הכשרה - שקלי טווח קצר	%	%
הכשרה - מסלול לבני 50 ומטה ***	%	%
הכשרה - מסלול לבני 60 - 50 ומטה ***	%	%
הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה ***	%	%
הכשרה - משולב סחיר	%	%
הכשרה - עוקב מדדים - גמיש	%	%
	סה"כ 100%	סה"כ 100%

* ככל שלא יבחר מסלול השקעה, יושקעו הכספים במודל השקעות תלוי גיל - מסלול ברירת המחול.
 ** מודל השקעות תלוי גיל (מסלולי ברירת מחול) תואם את גיל המבוטח, נכון למועד תחילת הביטוח במסלול זה בגיל המעבר תעבור אוטומטית למסלול המתאים לגילך.
 *** מסלול שאינו ברירת מחול בעת בחירת מסלול זה לא תבוצע העברה בגיל המעבר למסלול השקעות תלוי גיל הבא.

8. מינוי מוטבים במוטב המבוטח

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

בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו בהתאם לזכאות ליורשים החוקיים על פי דין, או בכפוף לצו ירושה או צו קיום צוואה. יובהר כי כספי הפיצויים אינם מהווים חלק מהעזבון וישולמו לשאירים כהגדרתם בחוק פיצוי פיסורין ובכפוף לחוק זה.

9. דמי ניהול בתקופת החיסכון

דמי ניהול מהתשלום השוטף	דמי ניהול שנתיים מהחיסכון המצטבר
3%	0.5%
<input type="checkbox"/>	יורד ל-0.2% בחיסכון מצטבר העולה על 400,000 ₪**
אחר _____	אחר _____

* בשיעורי הפקדות לפוליסה שלא יפחתו מ-20.83% מהשכר המבוטח לתשומת לבר, דמי הניהול המפורטים לעיל יקבעו בהתאם לשכר ולשיעורי הפקדות כפי שהוצהר על ידיך במועד החתימה על הצעת ביטוח זו. ככל שבעתיד ישתנו התשלומים שישולמו בפועל לפוליסה, באחריותך לעדכן בכתב את החברה על שינויים אלה על מנת שדמי הניהול יעודכנו בגין פוליסה זו.
 ** במידה וההפקדות השוטפות לחיסכון יופסקו, יעודכנו דמי הניהול מהחיסכון המצטבר לשיעור שנתי של 1.05%.

10. כיסוי ביטוחי למקרה מוות (מגן 1) - מתוך ההפקדה לתגמולים	
<p>ידוע לי כי סכום הביטוח למקרה מוות יהיה צמוד למדד המחירים לצרכן, למען הסר ספק, העלות עבור הכיסוי הביטוח תגבה מתוך ההפרשות לתגמולים.</p> <p>העלות המצטברת עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך רכישה מתוך ההפקדה לתגמולים בפוליסה וזאת בכפוף לתקנה 3 (6) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל), תשע"ג 2013.</p> <p>במקרה שעלות הכיסויים הביטוחיים תעלה על 35% מתוך ההפרשה לרכיב התגמולים, תוקטן תחילה הכיסוי למקרה מוות ולאחר מכן הכיסוי לאובדן כושר עבודה.</p> <p>תום תקופת ביטוח לכיסוי ביטוח זה תקבע לפי הביטוח היסודי.</p> <p>לתשומת ליבך, במידה ותבחר לרכוש בנוסף כיסוי לאובדן כושר עבודה מתוך ההפקדות לתגמולים במסגרת סעיף 6 כמפורט מעלה, הפרמיות לכיסוי זה יכללו בתקרת הפרמיה לכיסויים ביטוחיים.</p> <p>לתשומת ליבך, במידה ותבחר לרכוש בנוסף כיסוי לאובדן כושר עבודה מחוץ ההפקדות לתגמולים במסגרת סעיף 6 כמפורט מעלה, תפחית החברה מתוך התקציב המקסימלי לרכישת כיסויים ביטוחיים תקציב של 2.5 מהשכר והיתרה תשמש לרכישת הכיסוי למקרה מוות.</p>	<p>* מספר משכורות (שכר מבוטח יסודי) _____ *</p> <p>מספר המשכורת נקבע בהתאם לשכר מבוטח יסודי כמפורט בסעיף 4 בטופס הצעה זה.</p> <p>סכום הביטוח יכול לכול את החיסכון המצטבר בפוליסה.</p> <p>לתשומת ליבך, ככל ונדרש סכום ביטוח גבוה מסכום ביטוח המבוקש בפוליסת מנהלים זו, באפשרותך לרכוש סכום ביטוח נוסף למקרה מוות בפוליסה פרטית נפרדת.</p>

11. כיסוי לאובדן כושר עבודה ושחרור מתשלום פרמיה (מגן להכנסה)																			
הערות לגבי הכיסוי הביטוחי לאובדן כושר עבודה	סוג הכיסוי																		
<p>כיסויים ביטוחיים לרכישה מתוך ההפקדה לתגמולים:</p> <p>1. ידוע לי כי שיעור הכיסוי הביטוחי לאובדן כושר עבודה יחושב וייקבע לאורך כל תקופת הביטוח במועד רכישת הכיסוי מתוך התגמולים על בסיס ההנחות הקבועות בתנאי הפוליסה. שיעור הכיסוי עלול לקטון בשל אי התממשות ההנחות הקבועות בתנאי הפוליסה.</p> <p>2. העלות המצטברת של הכיסויים הביטוחיים הנרכשים מתוך התגמולים עבור תקופת הביטוח של הפוליסה עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח, לא תעלה על 35% מסך ההפקדות למרכיב התגמולים שמופקדים על ידי ועל ידי המעסיק עד לאותו מועד ("התקרה") והכל בהתאם להסדר התחקירתי כפי שיקבע מעת לעת ולתנאי הפוליסה.</p> <p>כיסויים ביטוחיים לרכישה מעל ההפקדה לתגמולים: ככל שהכיסוי לאובדן כושר עבודה יירכש בתקציב נפרד על חשבון המעסיק, מעל ההפקדה לתגמולים, כפי שהוגדר בסעיף 6 לעיל, ידוע לי כי ככל שהתקציב לכיסוי לאובדן כושר עבודה, על חשבון המעסיק לא יכסה את עלות הכיסוי החודשי לאובדן כושר עבודה, יירכש עבורי כיסוי ביטוחי מוקטן מהמבוקש בגין אובדן כושר עבודה.</p>	<p>השכר המבוטח: זהה לשכר המבוטח בפוליסה כפי שהוגדר לעיל הכיסוי יירכש מתוך / מעל ההפקדה לתגמולים כפי שהוגדר לעיל ב"אופן חלוקת ההפקדות בפוליסה"</p> <p>גיל תום לכיסוי _____ (עד 67-60) בהעדר הנחיות ברירת המחול תהיה 67</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>הרחבות לכיסוי בסיס</th> <th>הערות</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה חלקי</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)</td> <td>מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> פרנצי'זה</td> <td>לא ניתן לרכוש יחד עם קיצור תקופת המתנה</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה 1 חודש</td> <td>לא ניתן לרכוש יחד עם פרנצי'זה. מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2% </td> <td>יש לסמן אחת מהאפשרויות</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם 25%</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה סיעודי</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ביטול קיזוז מגורם ממשלתי</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>* בקחת מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% ממוצע השכר המבוטח כ-12 החודשים או כ-3 החודשים טרם קרות מקרה הביטוח, וכן יקוזז מסכום הפיצוי חודשי המגיע לך ממבטח אחר והכל בכפוף לאמור בתנאי הפוליסה.</p> <p>** הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים, לאחר מכן יהיה הפיצוי צמוד לתשואה כמוגדר בתנאי הפוליסה, בניכוי דמי ניהול בשיעור 0.6% לשנה, ובניכוי ריבית תחשיבית של 2.5%.</p>	הרחבות לכיסוי בסיס	הערות	<input checked="" type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה חלקי		<input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)	מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה	<input type="checkbox"/> פרנצי'זה	לא ניתן לרכוש יחד עם קיצור תקופת המתנה	<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה 1 חודש	לא ניתן לרכוש יחד עם פרנצי'זה. מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.	<input type="checkbox"/> הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2%	יש לסמן אחת מהאפשרויות	<input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם 25%		<input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה סיעודי		<input type="checkbox"/> ביטול קיזוז מגורם ממשלתי	
	הרחבות לכיסוי בסיס	הערות																	
<input checked="" type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה חלקי																			
<input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)	מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה																		
<input type="checkbox"/> פרנצי'זה	לא ניתן לרכוש יחד עם קיצור תקופת המתנה																		
<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה 1 חודש	לא ניתן לרכוש יחד עם פרנצי'זה. מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.																		
<input type="checkbox"/> הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה <input type="checkbox"/> 1% <input type="checkbox"/> 2%	יש לסמן אחת מהאפשרויות																		
<input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם 25%																			
<input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה סיעודי																			
<input type="checkbox"/> ביטול קיזוז מגורם ממשלתי																			

הצהרת בעל הרשיון לענין כיסוי ביטוחי קיים על הכנסות מעבודה והתאמת הכיסוי הביטוחי למבוטח
<p>חתימת בעל הרשיון - הנני מצהיר/ה בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה, כיסוי אובדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבוטח בקרן פנסיה ו/או הכנסה שאינה מבוטחת בחברת ביטוח בשיעור של 75% במידה ורכשתי עבור המבוטח הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פירטתי בפני המבוטח אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם יופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ירכוש את ההרחבה.</p> <p>תאריך: _____ חתימת בעל הרשיון: _____ X</p>

12. כיסוי ביטוחי למקרה מוות - ריסק פרט (שלא ע"ח הפקדה לתגמולים, ירכש בפוליסה נפרדת, יש לצרף אמצעי תשלום נפרד)								
<input type="checkbox"/> מגן 1 (כיסוי לגיל 85) סכום ביטוח _____ ₪ המוטבים למקרה מוות יהיו אותם המוטבים שנקבעו במסגרת סעיף 8 בהצעת ביטוח זו, אלא אם כן ייקבע אחרת ע"י המבוטח, במפורש ובכתב.								
שאלון ביטול / הקטנה פוליסה מקורית (רלוונטי אך ורק ללקוח שרוכש ריסק פרט)								
כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חיים להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)								
מועמד לביטוח								
לא	כן							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם קיימת ברשותך כבר פוליסה / כיסוי ביטוח חיים?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. במידה וענית כן בסעיף 1 - האם בכוונתך לבטל או להקטין את הפוליסה/הכיסוי הקיימים בעקבות הצטרפותך לפוליסה זו?						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. במידה וענית כן בסעיף 2 - האם ברצונך כי בקשת הביטול של הפוליסה הקיימת ברשותך תישלח באמצעות:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	א. על ידך						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ב. סוכן ביטוח						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 /או כיסוי למקרה מוות המעניק לי פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים.								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>שם המועמד לביטוח</th> <th>תאריך</th> <th>חתימה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			שם המועמד לביטוח	תאריך	חתימה			
שם המועמד לביטוח	תאריך	חתימה						
הצהרת סוכן למיטב הבנתי, עסקה זו כרוכה בהחלפת פוליסת ביטוח שבתוקף <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא 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.								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>שם הסוכן</th> <th>תאריך</th> <th>חותמת וחתימה</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			שם הסוכן	תאריך	חותמת וחתימה			
שם הסוכן	תאריך	חותמת וחתימה						
ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח ברשות שוק ההון ביטוח וחסכון קיים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו, באמצעות אחת מהדרכים הבאות: 1. טלפון *3453 2. באתר האינטרנט www.hcsra.co.il לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. ככל שניתנה על ידך בעבר הוראה לחברתנו להסרה מהממשק לאיתור מוצרי ביטוח, ראה הודעה זאת כמבוטלת.								

הצהרת בריאות

למועמדים מגיל 60, יש לצרף מסמך רפואי מחפא מטפל אשר יכלול, ניתוחים, תרופות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקה דימות מיוחדות שבוצעו בחמש השנים האחרונות.

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

תשובת המועמד לביטוח		
לא	כן	
		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"/>	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"/> הטינגטון <input type="checkbox"/> כליות פוליציסטיות <input type="checkbox"/> פרקינסון
<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"/>	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"/>	4. האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפול רפואי או תרופתי או הומלץ לך להיות בטיפול רפואי או תרופתי? <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי או הומלץ לך להיות במעקב רפואי?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. נכות, אחוזי נכות ומום מולד: <input type="checkbox"/> האם נקבעה לך נכות או הוגשה מטעמך בקשה לקביעת נכות, כתוצאה ממחלה (2), תאונה (3) או מום מולד?
<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 _____.
		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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	4. <input type="checkbox"/> ריאות <input type="checkbox"/> דרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברוניטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת (11)
<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"/> קרדיומיופתיה <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"/>	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"/>	7. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כבד <input type="checkbox"/> הפטיטיס/סחבת <input type="checkbox"/> שחמת הכבד <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> הפרעה בתפקודי הכבד (14)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. <input type="checkbox"/> בעיות מעיים <input type="checkbox"/> דרכי העיכול <input type="checkbox"/> קררן <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"/>	9. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כליות <input type="checkbox"/> דרכי 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"/>	10. <input type="checkbox"/> מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס
<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"/> גאוט (18) <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> בריחת סידן <input type="checkbox"/> אנקיליזינג ספונדיליטיס (F.M.F. 19)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. <input type="checkbox"/> סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים)
<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"/> סרקואידיזיס <input type="checkbox"/> הפרעות ו/או מחלות אנדוקרינולוגיות כולל בעיות ומחלות בלוטות (20 / 21)
		ג. בעת רכישת כסויים נוספים (שאינם ריסק למקרה מוות) יש לענות גם על השאלות הבאות: 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"/>	1. מחלות עיניים וראייה: <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה <input type="checkbox"/> קוצר ראייה (מספר עדשות מעל 7) <input type="checkbox"/> קטרקט <input type="checkbox"/> בעיה אחרת (22)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. מחלות אף אוזן וגרון: <input type="checkbox"/> ירידה בשמיעה <input type="checkbox"/> טנטון <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> גרון (23)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. בעיות אורטופדיות: <input type="checkbox"/> כאבי גב ו/או צוואר (24) <input type="checkbox"/> בעיה בעמוד שדרה (24) <input type="checkbox"/> בלט דיסק ו/או פריצת דיסק (24) <input type="checkbox"/> בעיות ו/או קרעיות ברצועות או במיניסקוס <input type="checkbox"/> CTS <input type="checkbox"/> בעיה אחרת

הערות

אני ה"מ מצהיר בזה ומאשר בחתימתי ידי שתשובתי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות. ידוע לי כי תשובתי אלו משמשות בסיס לכריתת חוזה הביטוח ומהוות חלק בלתי נפרד ממנו.

תאריך _____ שם המועמד לביטוח: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה * _____



dt3020

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, נתן בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכונייהם הרפואיים ומעבדותיהם 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 שירות התעסוקה ו/או לחברות בטוח אחרות על עובדיהם 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 ויתור 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 לביטוח: _____ מספר ת.ז.: _____ חתימה * _____

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

תאריך: _____ שם מלא: _____ מספר ת.ז.: _____ מספר רישיון: _____ חתימה+חותמת: * _____



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 בה כ: כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שכלל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך. האזל וחברת הביטוח נסמכת על תשובותיי. ידוע לי כי עלי לידע אתכם על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית/קבלת ההצעה. הנני מתחייב להודיע לכם אם בעתיד יחול שינוי במידע שמסרתם וזאת מיידי אם היוודע לי על השינוי.

- הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי שחזרה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהכשרה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות, בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה הראשונה בפועל, לפי המוקדם מביניהם.
- קיבלתי פירוט בדבר תקופת הביטוח, סוג הביטוח, הכיסויים הביטוחיים הכלולים בו לרבות סכומי 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.
- הוא לידעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותי הלקוח, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
- 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 החיזון שיתבצע על ידי הכשרה. יודגש כי במידה ותהיה תוספת לפרמיה לפי החיזון, יהיה עלי לחתום על תנאי החיזון באופן אישי.
- הוצעה לי האפשרות לקבל את הפרטים המפורטים בסעיפים 2-4 לעיל בכתב וכן את תנאי הפוליסה וכתבי השירות הנולוים, לרבות באמצעות דוא"ל.
- הוצעה זו, תחול גם על הלידים 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 שבוחרתי לרכוש בנפרד.
- יובהר, כי בנוסף לדמי הניהול החברה תנכה מהחיסכון המצטבר הוצאות ניהול וביצוע השקעות, כך שחישוב התשואה במסלולי ההשקעה ויתרות הכספים שהופקדו בפוליסה ייעשה לאחר ניכוי הוצאות אלו. שיעורי ההוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מנכסי הקופה, בהתאם לבתי ההשקעות השונים, מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hcsra.co.il

11. ככל שהנך אדם עם מוגבלות, מהגדרתך בחוק שיויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1988, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבלת תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותם על כך באמצעות סוּך הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבלת לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק. הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה אם התבקש כיסוי לאובדן כושר עבודה.

אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי המוצהרת הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. בנוסף ככל שנרכשה עבורי הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פורטו בפני אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו וניסוקים אליהם אופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ארכוש את ההרחבה.

הסכמה למסירת פרטים למעסיק:

אני מסכים כי נתונים ומידע אודות דמי הביטוח ששולמו על ידי המעסיק וכן על ידי וכן מידע לגבי החיסכון המצטבר של מרכיב הפיצויים וכל מידע שעל פי ההסדר התחיקתי המעסיק זכאי לקבלו, יהיה זכאי המעסיק לקבלו והכשרה תהיה רשאית למסור לו מידע כאמור.

בקשה לקבלת קוד לאזור האישי באינטרנט:

אני הח"מ מבקש ומסכים לקבל בדואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של הכשרה, אודות תכניות ביטוח ו/או מוצרים אחרים של הכשרה. ידוע לי כי קוד הפעלה ראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום לאתר האינטרנט והסכמתי לתנאי השימוש האמורים בו.

קבלת שירותים מחברת 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 חיוב אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חלופי, 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

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח × _____

הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים

אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברת אחרת בקבוצת הכשרה (להלן ביחד: "קבוצת הכשרה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה בקבוצת הכשרה, באמצעות דואר, פקס, דוא"ל, מערכת חיוב אוטומטית, הודעת מסר קצר (sms) ובכל דרך אחרת. כן אני מסכים לחברת בקבוצת הכשרה להביא לידעתי מידע על מוצרים ושירותים, טיפול בתביעות ולרבות עיבוד המידע, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל וכן שימושים אחרים הנולוים 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 המועמד לביטוח × _____

הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות

הנני מאשר כי המידע הכלול בטופס זה וכל מידע נוסף שיימסר בעתיד על ידי לחברה, נמסר בהסכמתי וכי לא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע. ידוע לי שהמידע ישמר במאגרי החברה ו/או חברות מהקבוצה (הכשרה חברה לביטוח וחברות בנות) ו/או אצל גורם אחר מטעמה וישמש לצורך ניהול, תפעול וטיפול בכל ענייני הביטוח לרבות עיבוד המידע, צרכים אקטואריים ועסקיים ו/או שירותים נלווים אחרים ובכפוף לכל דין.

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח × _____

משלוח הודעות לחברה

לתשומת ליבך מודגש בזאת כי על מנת לבצע את הפעולות במועד הקובע בתנאי הפוליסה, יש להעביר את טפסי הבקשה ישירות למשרדי החברה. הערה זאת מתייחסת לפעולות הבאות: בקשה לשינוי מסלול השקעה, בקשה למשיכת כספים, בקשה להוספת כיסויים ביטוחיים או הגדלתם או הקטנתם, בקשה להפקדה חד פעמית, בקשה להגדלת דמי ביטוח, בקשה לשינוי מוסך, בקשה לתשלומים בעקבות פטירת המבוטח, בקשה לביצוע תשלומי משיכה, המרה, היוון 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

הצהרת בעל רישיון

אני מצהיר בה כי כל השאלות המופיעות לעיל הוצגו למועמד לביטוח, והתשובות הן כפי שנמסרו ע"י המועמד. כמו כן המועמד אישר כי הבין את פרטי תכנית הביטוח וסייגיה, את ההצהרות לעיל במסגרת תהליך המכירה בוצע בירור צרכי המועמד לביטוח והוצע לו ביטוח התואם את צרכי. וכן הוצגו פרטי הביטוח המוצע על פי כללי הפרסום וההמחשה שפורסמו על ידי המפקח על הביטוח.

תאריך: _____ שם המשועל הפנסיוני _____ מס' המשועל הפנסיוני _____ חתימת המשועל הפנסיוני × _____

הצהרה בדבר תהליך השינוק הפנסיוני

אני הח"מ, מצהיר כי הוסבר לי שעל המשועל הפנסיוני להתאים את השינוק לצרכי הלקוח ובהתאם לכך לבחור עבורו את סוג המוצר הפנסיוני, המוצר הפנסיוני והגוף המוסדי. אני מאשר כי קיבלתי המלצה מהמשועל הפנסיוני לגבי הרכישה של המוצר הפנסיוני לאחר שבירר עימי את מטרות החסכון שלי באמצעות מוצר פנסיוני לחון או לקצבה, את מצבי הכספי בדרך כלל ואת החסכון הקיים שלי באמצעות מוצרים פנסיונים ככל שהסכמתי למסור מידע לגביהם. כמו כן קיבלתי מהמשועל הפנסיוני מסמך בכתב, המפרט את הנימוקים לגבי כדאיות החסכון שלי באמצעות מוצר פנסיוני.

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח × _____

הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים הפנסיוניים המפורטים

(1) מספר חשבון או פוליסה של הלקוח במוצר	(2) מספר הקידוד של המוצר (רשות)	(3) סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יקבל מידע בלבד לגבי מוצר זה (רשות) ולא ימונה בגוף המוסדי כבעל רישיון מטפל
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

* במקרה של הצטרפות לראשונה למוצר אין חובה למלא את עמודה (1). במקרה זה יש לצרף לייפוי הכוח את טפסי ההצטרפות, וייפוי הכוח יתייחס גם למוצר זה.
* במקרה של בקשת מידע בלבד אין חובה לציין את ספרות המסלול.
* אם מועבר "מספר הקידוד של המוצר" יש להעבירו בהתאם להוראות חוזר "מבנה אחיד להעברת מידע ונתונים בשוק החיסכון הפנסיוני".
* אם סימנתי ✓ בעמודה (3), סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני יוכל לקבל מידע בלבד בנוגע למוצרים המנויים לעיל ולא יוכל להעביר בקשות בשמי לביצוע פעולות בהם.

1. ביטול הרשאה קודמת (במידה וההרשאה שניתנה אינה עבור קבלת מידע בלבד לגבי מוצר מסוים) שים לב כי באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה:

בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, מלבד הרשאה שניתנה עבור קבלת מידע על מוצר מסוים, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

בחתימה על הרשאה זו הריני מבטל כל הרשאה מתמשכת קודמת לסוכן ביטוח או יועץ פנסיוני אחר לגבי מוצרים הכלולים בהרשאה זו, תוך 10 ימי עסקים מהמועד בו התקבלה בגוף המוסדי.

✓ **חתימה על מתן הרשאה עבור קבלת מידע בלבד לא תבטל הרשאה שניתנה לבעל רישיון קודם.**

2. תוקפו של ייפוי כוח שים לב! באפשרותך לסמן רק אפשרות אחת בסעיף זה

הרשאה זו תעמוד למשך 10 שנים או לתקופה קצרה יותר וכל עוד לא נמסרה הודעה על ביטול ההרשאה

הרשאה זו תעמוד למשך תקופה קצרה מ-10 שנים - עד ליום _____.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך החתימה

חתימת הלקוח

תאריך החתימה

חתימת סוכן הביטוח/
היועץ הפנסיוני

שם סוכן הביטוח/
היועץ הפנסיוני

הודעות ביטול - נספח ג'

עבור חברת ביטוח _____

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

1. _____ (שם מלא), ת.ז. _____

2. _____ (שם מלא), ת.ז. _____

3. _____ (שם מלא), ת.ז. _____

מבקשים לבטל את פוליסת הביטוח _____ הקיימת בחברתכם החל מיום _____.

אודה על קבלת אישור לבקשה זו למייל _____.

תאריך _____ חתימת המבוטח * _____



dt3239