

הצעה לביטוח לעצמאים

"עתידי לעצמאים" "עתידי 60 פלוס לעצמאים"

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

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

1. פרטי המבוטח / המועמד לביטוח											
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות				תאריך לידה				מין	מצב משפחתי
										<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה
רחוב	מספר	דירה	ת.ד.	יישוב	מיקוד						
מס' טלפון נייד	מס' טלפון ניח	מקצוע	עיסוק בפועל								
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 וזאת במקום קבלתם באמצעות דואר ישראל.
 כלל שהנך מעוניין בקבלת המסמכים באמצעות דואר ישראל אנא 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, דאיייה, גלישה, צניחה, טיס וכו' פרט: (בהתאם לרשימת ספורט אתגרי כפי שהיא מופיעה באתר האינטרנט של החברה)	<input type="checkbox"/> לא, כן, פרט: _____ (במידה והתשובה הינה כן יש לצרף שאלון)
האם אתה בעל רישיון טיס / איש צוות אויר / בדעתך לטוס שלא בקו אויר אזרחי?	<input type="checkbox"/> לא, כן, פרט: _____ (במידה והתשובה הינה כן יש לצרף שאלון)
האם עבודתך מחייבת שהייה בחו"ל?	<input type="checkbox"/> לא, כן, פרט: _____ (במידה והתשובה הינה כן יש לצייין באלו מדינות ומספר פעמים בשנה)
האם במסגרת עיסוקך הינך עושה שימוש בחומרים מסוכנים?	<input type="checkbox"/> לא, כן, פרט: _____ (במידה והתשובה הינה כן יש לצרף שאלון)

2. פרטים לגבי תקופת הביטוח וההפקדות לפוליסה

תאריך התחלת הביטוח (חובה לציין): _____ / _____ / 01	גובה תשלום ההפקדה החודשית השוטפת: _____ ש.	הפקדה חד-פעמית: _____
תקופת הביטוח:	הפרמיה צמודה למדד המחירים לצרכן. ישולם בהוראת קבע לבנק או בכרטיס אשראי, יש למלא טופס בהתאם.	בסך של _____ ש.
עד לגיל תום _____ (ניתן 60-67) (ברירת מחדל בהעדר הנחיות תהיה 67)		

לידיעתך, בהתאם למדיניות החברה, לא תתאפשר העברה לפוליסה של כספים שמקורם מחוץ לישראל ו/או מקורם במטבעות וירטואליים. כספים שיועברו לחשבון החברה בניגוד לאמור, יישבו למשלם נומינלי.

3. מסלולי השקעה*	
מסלול השקעה	% 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 50-60 ומטה ***	%
הכשרה - מסלול לבני 60 ומעלה ***	%
הכשרה - משולב סחיר	%
הכשרה - עוקב מדדים - גמיש	%
סה"כ 100%	

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

4. מוטבים בנות המבוטח						
שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות	תאריך לידה	מין	קרבה	חלק יחסי (באוזנים)
				<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 ליורשים החוקיים על-פי הדין או בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.



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

* במידה וההפקדות השוטפות לחיסכון יופסקו, יעודכנו דמי הניהול מהחיסכון המצטבר לשיעור שנתי של 1.05%

6. כיסוי לאובדן כושר עבודה ושחרור מתשלום פרמיה (מגן להכנסה), כיסוי נוסף מעבר להפקדה לחיסכון.																							
הערות לגבי הכיסי הביטוחי לאובדן כושר עבודה	סוג הכיסוי																						
<p>גידול עתידי בפרמיה לכיסוי לאובדן כושר עבודה כתוצאה מעליית התעריף או כתוצאה מהצמדה למדד המחירים לצרכן תגבר מעבר להפקדות לתגמולים.</p> <p>ידוע לי כי לחברה תהיה הזכות לבקש הוכחות ביחס להכנסתי החודשית המדווחת לרשויות המס, במעמד ההצטרפות או כתוצאה מבקשה להגדלה בסכום הפיצוי או בעקבות תביעה.</p> <p>בקרות מקרה הביטוח לא יעלה סכום הפיצוי החודשי באובדן כושר עבודה על 75% מממוצע השכר/ההכנסות ב-12 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>	<p>הכנסה חודשית כוללת: _____ ₪. (שכר - שכר ברוטו / עצמאי - הכנסה מדווחת לרשויות המס).</p> <p>סכום הפיצוי החודשי המבוקש: _____ ₪. (הפצוי יהיה צמוד למדד המחירים לצרכן)</p> <p>גיל תום לכיסוי: _____ (עד 60-67) בהעדר הנחיות ברירת המחדל תהיה 67.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>הערות</th> <th>הרחבות לכיסוי בסיס</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה חלקי</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> פרנציזה</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה 1 חודש</td> </tr> <tr> <td></td> <td>הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 1%</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 2%</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם 25%</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה סיעודי</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ביטול קיזוז מגורם ממשלתי</td> </tr> </tbody> </table>	הערות	הרחבות לכיסוי בסיס		<input checked="" type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה חלקי		<input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)		<input type="checkbox"/> פרנציזה		<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה 1 חודש		הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה		<input type="checkbox"/> 1%		<input type="checkbox"/> 2%		<input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם 25%		<input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה סיעודי		<input type="checkbox"/> ביטול קיזוז מגורם ממשלתי
הערות	הרחבות לכיסוי בסיס																						
	<input checked="" type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה חלקי																						
	<input type="checkbox"/> הגדרת עיסוק ספציפי (הגדרה עיסוקית)																						
	<input type="checkbox"/> פרנציזה																						
	<input type="checkbox"/> קיצור תקופת המתנה 1 חודש																						
	הגדלת תגמולי הביטוח בתקופת התביעה																						
	<input type="checkbox"/> 1%																						
	<input type="checkbox"/> 2%																						
	<input type="checkbox"/> הגדלת גג חתם 25%																						
	<input type="checkbox"/> תשלום נוסף במקרה סיעודי																						
	<input type="checkbox"/> ביטול קיזוז מגורם ממשלתי																						

7. הצהרת בעל הרשיון לענין כיסוי ביטוחי קיים על הכנסות מעבודה והתאמת הכיסוי הביטוחי למבטוח
<p>חתימת בעל הרשיון - הנני מצהיר/ה בזאת, כי נכון למועד חתימת ההצעה, כיסוי אבדן כושר העבודה המבוקש על ידי המועמד לביטוח הינו בגין הפקדות מרובד השכר שאינו מבטוח בקרן פנסיה ו/או הכנסה שאינה מבטוחת בחברת ביטוח בשיעור של 75%.</p> <p>במידה ורכשתי עבור המבטוח הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פירטתי בפני המבטוח אירועים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם יופנה בקרות אותם אירועים במידה ולא ירכוש את הרחבה.</p> <p>תאריך: _____ חתימת בעל הרשיון: X _____</p> <p>ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון קיים אתר האינטרנט 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:</p> <p>1. טלפון *3453 2. באתר האינטרנט www.hcsra.co.il</p> <p>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.</p>

7. הצהרה לפי חוק איסור הלבנת הון ומימון טרור																
אני _____ בעל מס' זהות _____ מצהיר בזה כי:																
<input type="checkbox"/> אני פועל בשביל עצמי וכי אין נהנה בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח/העמית למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.																
<input type="checkbox"/> יש נהנה בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים, הסיבה לכך _____.																
<input type="checkbox"/> אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.																
<input type="checkbox"/> הנהנים בפוליסה הם:																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>שם מלא</th> <th>מס' זהות / ח.פ.</th> <th>זיקה</th> <th>תאריך לידה/התאגדות</th> <th>מען</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	שם מלא	מס' זהות / ח.פ.	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען											
שם מלא	מס' זהות / ח.פ.	זיקה	תאריך לידה/התאגדות	מען												
האם הנהנה תושב חוץ: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא במידה והתשובה כן אנא מלא שאלון 1 איש ציבור זר.																
אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים שמסרתי לעיל.																
ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או כדי לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.																
תאריך: _____ חתימת העמית: X _____																
* עבור נהנה: יש לצרף צילום תעודת זהות / רשם חברות / תעודת תאגיד לפי העניין.																

8. כיסוי ביטוחי למקרה מוות - ריסק פרט (יירכש בפוליסה נפרדת)

מגן 1 (כיסוי לגיל 85) סכום ביטוח _____ ש"ח המוטבים למקרה מוות יהיו אותם המוטבים שנקבעו במסגרת סעיף 4 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)

מועמד לביטוח		נ	לא
כן	לא		
<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 ירך	
<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 ג' 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 למקרה מוות המעניק לי פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה וכי ידוע לי כי יגבו ממני דמי ביטוח נוספים.

שם המועמד לביטוח	תאריך	חתימה

הצהרת סוכן
למיטב הבנתי, עסקה זו כרוכה בהחלפת פוליסת ביטוח שבתוקף כן 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.

שם הסוכן	תאריך	חותמת וחתימה

הוראה לחיוב כרטיס אשראי (רלוונטי לכיסוי ביטוחי למקרה מוות בלבד)

- 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	תוכנת

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 חייבים 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 שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ויישא מספר אחר. ידוע לי, כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

תאריך: _____ חתימת בעל הכרטיס _____

טופס הכר את הלקוח

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים וגברים.

חלק א' - פרטי זיהוי	
שם פרטי ושם משפחה _____	טלפון _____
סוג מספר מזהה _____	מספר מזהה: _____
מדינת ההנפקה של הדרכון _____	דרכון <input type="checkbox"/> ת.ז. <input type="checkbox"/>

חלק ב' - בירור לעניין תושב חוץ/איש ציבור
האם אתה תושב חוץ*? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
אם סומן כן - אנא מלא את סעיף א' לטופס "איש ציבור" (שאלון 1 - "איש ציבור זר").
אם סומן לא - האם אתה או בן משפחתך או שותף עסקי שלך מכהן או כיהן בעבר בתפקיד ציבורי בארץ או מחוץ לארץ ב- 5 שנים האחרונות?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
אם סומן כן - אנא מלא את סעיף ב' לטופס "איש ציבור" (שאלון 2 - "איש ציבור מקומי").

* **תושב חוץ** - מי שנמצא בישראל אך אינו אזרח ישראל או שלא שוהה בה על פי אשרת עולה או תעודת עולה, או לא שוהה בה על פי רישיון לישיבת קבע.

חלק ג' - זיקת הלקוח לגורם אחר
האם קיים מיפיה כוח שאינו בעל רישיון בחשבון או בחוזה ביטוח החיים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
אם סומן כן, אנא סמן את הזיקה בין לבין מיפיה הכוח:
<input type="checkbox"/> בן משפחה מדרגה ראשונה, פרט: _____
<input type="checkbox"/> סבא / סבתא <input type="checkbox"/> קרוב משפחה אחר פרט: _____
<input type="checkbox"/> שותף עסקי <input type="checkbox"/> מעסיק <input type="checkbox"/> חברה בבעלות _____
<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____
* יש למלא טופס השלמת נתונים לעניין ייפוי כח לצורך קבלת מידע ו/או ביצוע פעולות _____
שם מלא: _____ ת.ז: _____

חלק ד' - פרטים על משלח יד/מקצוע ועיסוק
<input type="checkbox"/> שכיר / שכיר בעל שליטה <input type="checkbox"/> עיסוק: _____ שם המעסיק: _____
<input type="checkbox"/> עצמאי:
שם העסק: _____ מען העסק: _____ מחזור הכנסות שנתי: _____
מהו תחום העיסוק של העסק?
<input type="checkbox"/> יהלומים ואבני חן <input type="checkbox"/> נדל"ן <input type="checkbox"/> סחר במתכות יקרות <input type="checkbox"/> בלדרות <input type="checkbox"/> סחר בנשק <input type="checkbox"/> סחר במטבעות וירטואליים
<input type="checkbox"/> עסק שאינו למטרת רווח: עמותה/ גמ"ח/ מלכ"ר <input type="checkbox"/> מתן שירות אשראי או מתן שירות בנקסי פיננסי
<input type="checkbox"/> ביצוע העברות כספים מישראל לחו"ל ולהיפך <input type="checkbox"/> עסק בו עיקר הפעילות במזומן <input type="checkbox"/> הימורים חוקיים
אחר: _____
רק אם אינך שכיר / עצמאי / שכיר בעל שליטה - יש לסמן:
<input type="checkbox"/> חייל סדיר או מתנדב בשירות לאומי <input type="checkbox"/> סטודנט <input type="checkbox"/> קטין <input type="checkbox"/> לא עובד <input type="checkbox"/> חבר קיבוץ <input type="checkbox"/> אברך/ תלמיד ישיבה
<input type="checkbox"/> גמלאי, נא לציין עיסוק טרם הפרישה: _____ אחר: _____



^dt3139

חלק ה' - מטרת ההתקשרות, מקור הכספים, והפעילות המתוכננת

1. מטרת פתיחת החשבון או חוזה ביטוח החיים:

חיסכון לטווח קצר (עד שנתיים) חיסכון לטווח בינוני (בין שנתיים לשש שנים)

חיסכון לטווח ארוך (מעל שש שנים) חיסכון לגיל פרישה

2. מקור הכספים המופקדים:

האם המבוטח או העמית מבצע את ההפקדה? כן לא

אם סומן כן - אנא מלא סעיף זה.

משכורת/קצבה תקבולים/הכנסות מעסק חסכונות שנצברו תקבולים מפעילות ניירות ערך בשוק ההון

מכירת עסק הלוואה ירושה פיצויי פיטורין/פרישה זכייה מכירת נכס השכרת נכס

העברת כספים מקופת גמל אחרת מתנה, שם נותן המתנה: _____ זיקה לנותן המתנה: _____

כספים שמקורם בפעילות פיננסית/עסקית במדינה זרה; סוג העסק: _____ שם המדינה: _____

תרומה אחר: _____

אם סומן לא - אנא מלא את טופס "גורם משלם בפוליסה" (שאלון 3)

3. המדינה ממנה התקבלו הכספים ישראל מדינה אחרת: _____

לידיעתך, בהתאם למדיניות החברה, לא תתאפשר העברה לפוליסה של כספים שמקורם מחוץ לישראל ו/או מקורם במטבעות וירוטואליים. כספים שיועברו לחשבון החברה בניגוד לאמור, יושבו למשלם נומינלית.

4. סכום הפקדות שנתיים צפויות (ש"ח): _____ אין הפקדות צפויות

5. תדירות הפקדות צפויה:

אין הפקדות צפויות חד פעמי חודשי רבעוני חצי שנתי שנתי

אחר פרט: _____

6. אופן הפקדות הכספים בחשבון: המחאה הוראת קבע העברה בנקאית כרטיס אשראי

7. האם צפויות הפקדות/משיכות בחשבון/חוזה ביטוח חיים מ/אל מדינה זרה? כן לא

אם סומן כן - ציין את שם המדינה הזרה: _____

* על פי המדיניות הקיימת בהכשרה חברה לביטוח אין אפשרות לקבל כספים ממדינה זרה.

8. האם ידוע לך בשלב זה על משיכות צפויות בחשבון בשנה הקרובה? כן לא

חלק ו' - הצהרות

האם בעבר גוף פיננסי סירב להעניק לך שירותים מסיבות הקשורות באיסור הלבנת הון או מימון טרור? כן לא

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

חלק ז' - הצהרות המבוטח

הריני מצהיר/ה בזאת כי למיטב ידיעתי כל המידע שמסרתי במסמך זה מלא ומהימן, ואני מתחייב/ת לדווח על כל שינוי בהצהרתי זו.

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

חלק ח' - שאלונים שנדרש למלא בהתאם לצורך - ניתן למצוא באתר החברה בכתובת: www.hcsra.co.il

שאלון 1 - איש ציבור זר

שאלון 2 - איש ציבור מקומי

שאלון 3 - גורם משלם בפוליסה

חלק ט' - הגדרות:

"איש ציבור" - איש ציבור זר או איש ציבור מקומי;

"איש ציבור מקומי" - תושב בעל תפקיד ציבורי בכיר בארץ או בחוץ לארץ בחמש השנים האחרונות, לרבות בן משפחה של תושב כאמור, או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של אחד מאלה;

"איש ציבור זר" - תושב חוץ בעל תפקיד ציבורי בכיר בחוץ לארץ, לרבות בן משפחה של תושב חוץ כאמור או תאגיד המצוי בשליטתו או שותף עסקי של תושב חוץ כאמור;

"בן משפחה" - כהגדרתו בחוק ניירות ערך, התשכ"ח-8691;

"חשבון" - חשבון או חוזה ביטוח חיים, כהגדרתם בצו איסור הלבנת הון;

"לקוח" - מקבל השירות, כהגדרתו בצו איסור הלבנת הון;

"נושא משרה" - כהגדרתו בחוק החברות, תשנ"ט-9991, ולמעט דירקטור;

"תפקיד ציבורי בכיר" - לרבות ראש מדינה, נשיא מדינה, ראש עיר, שופט, חבר פרלמנט, חברי מפלגה בכירים, חבר ממשלה וקצין צבא או משטרה בכיר, נושאי משרה בכירים בחברות ממשלתיות, בעלי תפקיד בכיר בארגונים בין-לאומיים או כל ממלא תפקיד כאמור אף אם תוארו שונה;

הצהרת בריאות

למועמדים מגיל 60, יש לצרף מסמך רפואי מרופא 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 יעזו 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, אחוזה 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"/> קרדיومیופתיה <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/צהבת <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 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"/>	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"/>	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 נבעיות 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"/> אנגילוזינג 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"/> סרקואידוזיס <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. <input type="checkbox"/> מחלות עיניים ראייה: <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה <input type="checkbox"/> קוצר ראייה (מספר עדשות מעל 7) <input type="checkbox"/> קטרקטוס <input type="checkbox"/> בעיה אחרת (22)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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 קרעים ברצועות או במיניסקוס <input type="checkbox"/> CTS <input type="checkbox"/> בעיה אחרת

הערות

אני הח"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 *



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 לבטוח 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 לכירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפותי לביטוח המבוקש למסור להכשרה חברה לבטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדו"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.

כתב 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 בזה כי: כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שככל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח בעת הצורך האויל 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 שמסרתי וזאת מייד אם היוודע לי על השינוי.

1. 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, בכפוף לקבלת ההפקדה השוטפת הראשונה או אמצעי התשלום ממנו ניתן לגבות את ההפקדה הראשונה בפועל, לפי המוקדם מביניהם.
2. 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.
3. הובא לידיעתי שהביטוח אינו מכסה תביעות אשר נובעות ו/או קשורות במישרין או בעקיפין למצב בריאותו הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף או שהתגלו בתקופת האכשרה.
4. 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, וכן 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.
5. הוצעה לי האפשרות לקבל את הפרטים המפורטים בסעיפים 2-4 לעיל בכתב וכן את תנאי הפוליסה וכתבי השירות הנלווים, לרבות באמצעות דוא"ל.
6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפטרופוס/ית טבעית.
7. ידוע לי כי הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחגרות ולתנאים המיוחדים, ככל שהיו, וכפי שיקבע על ידי המבטחת.
8. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור של צרכיי, והוצע לי ביטוח התואם את צרכיי ואת הביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשותי.
9. במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפניי דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.
10. 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 הוצאות הישירות שנגבו בשנה החולפת מנכסי הקופה, בהתאם לכתבי ההשקעות השונים, מוצגים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hcsra.co.il

11. ככל שהנך אדם עם מוגבלות, נהגדרתו 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", אגב עדך אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך על מנת שבקשתך לקבלה לביטוח תיבחן בהתאם להוראות החוק.

הצהרה בקשר לכיסוי אובדן כושר עבודה אם התבקש כיסוי אובדן כושר עבודה:
 אני, המועמד לביטוח, מצהיר בזה שהפיצויים החודשיים המבוקשים יחד עם הפיצוי החודשי המבוטח על ידי מבטחים אחרים, אינם עולים על 75% מהכנסתי המוצהרת הממוצעת החודשית בשנה האחרונה. בנוסף ככל שנרכשה עבורי הרחבה להגדרת עיסוק ספציפי, פורטו בפני איועיים ביטוחיים שבגינם יש צורך בהרחבה זו ועיסוקים אליהם אופנה בקרות אותם איועיים במידה ולא ארכוש את ההרחבה.

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 נמחלת ("קבוצת הכשרה ביטוח").

העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים:
 אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה ו/או אודותי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוב אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חלפי, לרבות כלים דיגיטליים למרות שאין בהם זהויה 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 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 חיוב 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 ואחסון, 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 ואני 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 X _____

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 לכלל דין.

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

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 מוטב, 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 הנחוץ לצורך ביצוע הוראות/בקשות אלה, הנמסרות לחברה על ידי המבוטח, המוטב או כל אדם אחר, צריכות להימסר אך ורק במשרדי החברה באחת מן הכתובות המופיעות בתנאי הפוליסה או באתר החברה בכתובת www.hcsra.co.il

הצהרת בעל רישיון

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

תאריך: _____ שם המשווק הפנסיוני _____ מס' המשווק הפנסיוני _____ חתימת המשווק הפנסיוני X _____

הצהרה בדבר תהליך השינוק הפנסיוני

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

תאריך: _____ חתימת המועמד לביטוח X _____

הרשאה מתמשכת לבעל רישיון לקבלת מידע והעברת בקשות לביצוע פעולות (מינוי בעל רישיון) (נספח ב2)
הרשאה זו מתייחסת רק למוצרים המפורטים מטה, ומבטלת ייפוי כוח של בעל רישיון אחר עבור מוצרים אלו
 צורך מסמך זיהוי של הלקוח מייפה הכוח)

לכבוד _____

(שם הגוף המוסדי), (מספר ח.פ.)

מייפה הכוח (הלקוח):

שם: _____ מספר זיהוי

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

כתובת: _____

מיופה הכוח: במקרה של סוכן ביטוח או יועץ פנסיוני שהוא תאגיד מיופה הכוח הינו התאגיד):

שם (יחיד / תאגיד): _____ רישיון מס'

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

אשר הינו: 1) יועץ פנסיוני ; 2) סוכן ביטוח פנסיוני סמן את האפשרות המתאימה.

טלפון _____ מייל _____

אני, הח"מ, מייפה את כוחו של סוכן הביטוח או היועץ הפנסיוני ומי מטעמו¹, לפנות בשמי לגוף המוסדי² המפורט לעיל לשם קבלת מידע³ אודות מוצרים פנסיוניים⁴ ותכנית ביטוח⁵ הנמצאות ברשותי מעת לעת במסגרת ייעוץ פנסיוני או שיווק פנסיוני מתמשך, העברת בקשותי להצטרפות למוצר או העברת בקשותי לביצוע פעולות בו, והכל בהתאם לדין. העברת מידע אודותיי, כאמור לעיל, יכול שתיעשה באמצעות מערכת סליקה פנסיונית.

אם מנהלת עבורי תוכנית ביטוח קבוצתית שבעל הפוליסה בה הוא מעסיק או ספק שירות, יעבר אודותיה מידע בלבד ומיופה הכוח לא יורשה לבצע פעולות במוצר.

¹ "מי מטעמו" - עובד הקשור לעבודתו של בעל הרישיון, הפונה בשמו לגוף המוסדי. פניה כאמור באמצעות מערכת סליקה פנסיונית מרכזית תעשה בכפוף לתקנות בפיקוח על שירותים פיננסיים (ייעוץ שיווק ומערכת סליקה פנסיוניים) (אבטחת מידע במערכת סליקה פנסיונית מרכזית), התשע"ב - 2012

² "גוף מוסדי" - כל אחד מאלה: חברת ביטוח או חברה מנהלת של קופת גמל, של קרן השתלמות או של קרן פנסיה.

³ "מידע אודות מוצר" - לרבות פרטי הגוף המוסדי המנהל את המוצר, סוג המוצר הפנסיוני, פרטי החשבון שלי במוצר, מסלולי השקעה, מסלול ביטוחי, דמי ניהול, שיעור תשואה, פרטי מעסיקי, פרטי שכר, הפקדות ויתרות כספיות, פרטי מוטבים, מידע על קיום חריגים, נתוני שעבודים ועיקולים, הלוואות ותביעות ומידע רפואי ככל שנדרש.

⁴ "מוצר פנסיוני" - מוצר פנסיוני כהגדרתו בסעיף 1 לחוק הייעוץ הפנסיוני ותכנית ביטוח הכלולה במוצר פנסיוני כהגדרתה בסעיף 31 ט(ז) (2) לחוק הייעוץ הפנסיוני.

⁵ "תכנית ביטוח" - תכנית ביטוח מפני סיכון מוות (לרבות אם הוא נלווה לביטוח משכנתא) או מפני סיכון אובדן כושר עבודה.



dt3252

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

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 בחשבונוך 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 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 האיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חובים מעת לעת כפי שתפרט חרות 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 שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ויישא 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

מספר חשבון													קוד מסלוקה			

לכבוד:

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

- נותנים לכם בזה הוראה להקים בחשבונו הנ"ל הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומציאו לכם מידי פעם בפעם ע"י הכשרה חברה לביטוח בע"מ, בכפוף למגבלות שסומנו (ככל שסומנו).
2. כמו כן, יחולו ההוראות הבאות:
 1. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב חשבון.
 2. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה מאתנו בכתב לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
 3. 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.
 4. 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.
 3. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 4. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 6. 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.
 7. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.
 8. נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת הראות אלו ממני/מאתנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (העקרונות לקביעתם); תנאי פוליסה/ות כפי שהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

חתימת בעל החשבון _____

תאריך: _____

מספר חשבון													קוד מסלוקה			

לכבוד:

הכשרה חברה לביטוח בע"מ

האגף לביטוח חיים

רח' המלאכה 6

חולון 581180

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מידי פעם בפעם ואשר מס' מספר חשבונכם 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 לביצוע, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטוח בכתב על ידי בעלי החשבון או כל עוד לא הוצא/בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

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



dt3200

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 * _____

