

חותמת התקבל	<h2 style="margin: 0;">הצעה לביטוח בריאות</h2> <p style="margin: 0;">הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד</p>
-------------	--

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	פרטי המועמד הראשי
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> חוקה/ה <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				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
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 המידעים 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	פרטי המועמד המשני
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> חוקה/ה <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				<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
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 המידעים תחול על כל מוצרי הביטוח חיים ו/או בריאות הרשומים בחברת הכשרה (כלל שקיימים).						

פרטי ילדים							פרטי ילדים המועמדים לביטוח מתחת לגיל 18
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"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
2	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
3	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	
4	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה					<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	

ימולא ע"י הורה/ אפטרופוס המוסמך לחתום עבורם.

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

מינוי מוטבים

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						
שם הכיסוי		מועמד ראשי	מועמד משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3
ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (ניתן לבחור אפשרות אחת למועמד)	מגן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	מגן לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן	<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"/>
מגן לתרופות		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
כיסויים נוספים (נספח)	מגן להרחבה ומחליפי ניתוח בחו"ל (ניתן לרכוש רק בהרחבה 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"/>
	שירותים לילד פרימיום (ילדים בלבד גיל כניסה 0-18)	<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"/>
כתבי שירות	אבחון רפואי מהיר	<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"/>
	רפואה משלימה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ליווי רפואי אישי פרימיום	<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"/>
מגן למחלות קשות גיל כניסה: 1-65 סכום ביטוח מירבי למבוגר - 600,000 ₪ סכום ביטוח מירבי לילד - 300,000 ₪						
		מועמד ראשי	מועמד משני	ילד 1	ילד 2	ילד 3
סכום ביטוח		₪ _____	₪ _____	₪ _____	₪ _____	₪ _____

שאלון השוואה / ביטול פוליסה מקורית

נחלק מרישיתך פוליסת ביטוח בריאות להלן מספר שאלות לצורך השוואה וביטול של פוליסה קיימת (ככל שקיימת)											
מועמד ראשי		מועמד משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<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 כן 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 כן 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 לביטוח (נספח ג') שם חברת הביטוח המבטחת _____											

לידעתך 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	
1.	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 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.
2.	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 עותק מתוצאות ההליך למועמד לביטוח.
3.	ככל שנמצא בהליך התאמת צרכים כי קיימת פוליסה נוספת שהמועמד/ת לביטוח מבקש/ת לבטלה באמצעות הסוכן הביטוח (סעיף ב) הריני מתחייב להעביר את בקשת הביטול לחברת הביטוח המקורית. בה מתנהלת פוליסת ביטוח הקיימת.
תאריך _____ שם הסוכן _____ 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: <input type="checkbox"/> הריני מאשר כי במועד חתימתי על טופס זה קיימת עבורי פוליסה אחרת, המעניקה פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה, והנני מאשר ומסכים בזאת כי:	
1.	הצירוף לביטוח בהכשרה הינו עבור פוליסה נוספת שמבטחת פיצוי עבור מקרה ביטוח דומה לפוליסה שכבר קיימת על-שמי.
2.	במעמד חתימתי על טופס הצעה זה הוסבר לי, כי בעת צירופי לביטוח יגבו ממני דמי ביטוח עבור שתי הפוליסות *
<input type="checkbox"/> 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 אפוסטרופוס (ילידים)

הצהרת בריאות

למועמדים מעל גיל 60 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 / 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.				
	משני	<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.				
	שם הילד: _____	<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.				

מועמד											
ראשי		משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
א. שאלות כלליות: אם אחת או יותר מהתשובות חיוביות/וא, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון מתאים או מסמכים רפואיים											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> תולדות משפחה: האם, למיטב ידיעתך, קרוביך מדרגה ראשונה (הורים/אחים/ילדים) לקו באחת או יותר מהבעיות הר"מ: מחלת הסרטן, בעיות לב, סכרת, מחלות ניווניות/כרוניות, בעיות ומחלות נפשיות אם כן נא לפרט בהערות בסעיף ג.											
<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. <input type="checkbox"/> האם אושפזת <input type="checkbox"/> האם נותחת <input type="checkbox"/> האם יעצו 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> האם עברת בדיקות רפואיות או הופנית לבדיקות ב-5 השנים האחרונות <input type="checkbox"/> לגלוי סרטן? (יש לפרט סוג סרטן) _____ <input type="checkbox"/> לאבחון בעיות לב? <input type="checkbox"/> בדיקות הדמיה (C.T./M.R.I.) <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 דם ושתן? <input type="checkbox"/> בדיקה לגלוי 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"/>
4. <input type="checkbox"/> האם בחמש השנים האחרונות: <input type="checkbox"/> הנך בטיפול רפואי או תרופתי? <input type="checkbox"/> הנך במעקב רפואי? <input type="checkbox"/> הומלץ לך על טיפול רפואי או תרופתי נדרשת למעקב רפואי?											
<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. <input type="checkbox"/> האם בחמש השנים האחרונות סבלת מ: <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> יתר לחץ הדם <input type="checkbox"/> יתר שומנים בדם. אם כן, נא צרף שאלון מתאים											
<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. <input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> האם נפצעת ב-5 השנים האחרונות? <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/> 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 ולצרף מכתב רופא מפורט.											
<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. <input type="checkbox"/> האם השתמשת או שהנך משתמש ב: <input type="checkbox"/> סמים <input type="checkbox"/> אלכוהול? נא לפרט סוג, כמות ותדירות.											
<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. האם הנך סובל או סבלת או שיש לך סימני הבעיות/מחלות המפורטות מטה? אם התשובה חיובית, נא לפרט בסעיף הערות ולצרף שאלון ו/או מסמכים רפואיים											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> ארוע מוחי <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> הפרעות תחושה/תנועה <input type="checkbox"/> אפילפסיה <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הפרעות קשב וריכוז <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> פיגור(מתייחס לילדים בלבד)											
<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. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברונכיטיס <input type="checkbox"/> אמפיזמה <input type="checkbox"/> מחלת ריאות חסימתית <input type="checkbox"/> שחפת											
<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. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב וכלי הדם <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> קרדיומיופיתיה <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?											

המשך הצהרת בריאות

מועמד		ראשי		משני		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. בעיות דם וקרישה <input type="checkbox"/> אנמיה <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? <input type="checkbox"/>													
6. בעיות מעיים ודרכי העכל <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? <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? <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"/> הבלבל? <input type="checkbox"/>													
9. בעיות ומחלות מין ועור <input type="checkbox"/> אלרגיות <input type="checkbox"/> פסוריאזיס? <input type="checkbox"/>													
10. מחלת איידס <input type="checkbox"/> נשאות איידס <input type="checkbox"/>													
11. מחלות ובעיות פרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> בעיות בגב, צוואר, עמוד השדרה <input type="checkbox"/> פיברומיאלגיה <input type="checkbox"/> גאט <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> בריחת סידן <input type="checkbox"/> אנקילוזינג ספונדיליטיס <input type="checkbox"/>													
12. סרטן <input type="checkbox"/> מחלות ממאירות <input type="checkbox"/> גידולים (ממאירים או שפירים) <input type="checkbox"/> מומים? <input type="checkbox"/>													
13. מחלות אוטואימוניות <input type="checkbox"/> מחלות ניוניות <input type="checkbox"/> מחלות כרוניות <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> הטיינגטון <input type="checkbox"/> כליות <input type="checkbox"/> פוליו <input type="checkbox"/> ציסטות פרקינסון <input type="checkbox"/> לופוס/זאבת <input type="checkbox"/> ניון שרירים <input type="checkbox"/> סרקואידוזיס <input type="checkbox"/> מחלות ו/או הפרעות אנדוקרינולוגיות <input type="checkbox"/> F.M.F. ? <input type="checkbox"/>													
14. בעיות ומחלות עיניים וראיה <input type="checkbox"/> גלאוקומה <input type="checkbox"/> רטיניטיס פיגמנטוזה <input type="checkbox"/> קוצר ראיה (מעל 8) <input type="checkbox"/> קרטוקונס? <input type="checkbox"/>													
15. בעיות אזניים ושמיעה <input type="checkbox"/> טנטון <input type="checkbox"/> סחרחורות <input type="checkbox"/> בעיות אף וגרון? <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"/>													
17. נשים מגיל 18 בלבד: <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות גניקולוגיות <input type="checkbox"/> אנדומטריוזיס <input type="checkbox"/> דימומים <input type="checkbox"/> מחלות שדיים <input type="checkbox"/> בעיות פריין <input type="checkbox"/> הפלות חוזרות? <input type="checkbox"/>													

ג. 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: _____

תהליך הצטרפות:

לחברה שמורה הזכות לבחון את הצהרות הבריאות ולהסתמך על הפרטים בהן לצורך החלטה אם לקבל את ההצעה או לדחותה.

יובהר, כניסתו לתוקף של חוזה הביטוח תחול רק לאחר המצאת אישור בכתב מהחברה על קבלת כל המועמדים לביטוח. אם בטופס הצעה זה מתבקש צירוף לביטוח של יותר ממועמד אחד, וחלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך חיתום ו/או ביור 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/א את רצוני שאם חלק מהמועמדים בטופס ההצעה נדרשים להליך חיתום וביור 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, נתון בזה רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ובתי חולים, עובדיהם, רופאיהם, מכונים הרפואיים ומעבדותיהן ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לבטוח לאומי על עובדיו או למשרד הביטחון וצה"ל ו/או למשטרת ישראל ו/או לרשויות מקומיות ומשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או שירות התעסוקה ו/או לחברות בטוח אחרות על עובדיהן ו/או קרנות הפנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפול ב' אישיות ו/או טיפל בחומר הנוגע למצבי הבריאות ו/או מצוי בידיו חומר כזה שהועבר ע"י צד ג' כלשהו ככל שהדבר דרוש לביור ויישוב תביעות על פי הפוליסה ו/או לצורך בחינת הליך הצטרפות לביטוח המבוקש למסור להכשרה חברה לבטוח בע"מ כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מד"חות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבתי, את יורשיי, את מוטביי, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול גם על ילדיי ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות או למי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירותים שלהם.

תאריך: _____ שם מועמד ראשי: _____ 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: _____

הצהרות המועמד לביטוח

אני המועמד לביטוח, מבקש בזאת מהכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן: "הכשרה") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי: כל התשובות המפורטות בהצעה זו/או בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך רצוני החופשי והוסבר לי, שכלל שלא אעשה כן, תהיה לכך השפעה על תשלום תבמולי הביטוח בעת הצורך. הואיל וחברת הביטוח נסמכת על תשובותיי ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.

1. שהכשרה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות.
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 בריאותי הלקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסתי לביטוח 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, 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.
5. הוצע 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 כאפוטרופוס/ית טבעית.
7. ידוע לי כי הכיסוי הביטוחי יכנס לתוקפו רק לאחר אישור המועמד לביטוח להחרגות ולתנאים המיוחדים, ככל שיהיו, וכפי שיקבע על ידי המבטח.
8. במסגרת תהליך המכירה הוצגו בידי הכשרה לי ביטוח התואם את צרכי, והוצע לי ביטוחים הכוללים רלוונטיים הקיימים ברשותי.
9. במסגרת תהליך המכירה הוצגו בפני דמי הביטוח בעבור כל אחת מתכניות הביטוח שבכוונתי לרכוש בנפרד.
10. **שירות צבאי:** יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסות ביטוח הבריאות שברשותי, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
11. הוסבר לי שאני יכול לרכוש תכנית ביטוח בהרכבים שונים וזאת ללא תלות בין הכיסויים הביטוחיים, בהתאם למוצרים 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 תכנית הבסיס, יבוטלו גם התוכניות הנוספות שכלול לתכניות הבסיס.

בהצעה לרכישת פוליסת משלים שב"ן

1. 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.
2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על-פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על-פי הפוליסה.
3. 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).
4. 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 זו / 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, לביטוח זה או בפעולותיכם כמבטחים.

תאריך: _____ חתימת מועמד ראשי _____ חתימת מועמד משני _____

דבר פרסומת

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 ואחסונו 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 מועמד ראשי _____ חתימת מועמד משני _____

ברשות שוק ההון ביטוח וחיסכון 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 כמבטלת.

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.

05.2021 год05.2021 год05.2021 год

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 _____