

אין להצעת הביטוח תוקף עד אשר התקבלה ואושרה על ידי החברה

מספר הצעה: _____

הצעה לביטוח סיעודי

לתשומת לב ממלא הטופס אנא הקפד על מילוי פרטים באופן 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. כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים בפוליסה לביטוח סיעוד מהדורת 2013, אלא אם צוין במפורש אחרת. **שים לב, לכל מבוטח תופק פוליסה נפרדת, אלא אם כן יוחלט אחרת בחברה.**

שם סוכן _____		מס' סוכן _____		שם מפקח _____		תאריך תחילת ביטוח _____ /20 /01	
פרטי מבוטח ראשי							
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי		
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	נשוי/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/>		
מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון נייד	טלפון בבית	דואר אלקטרוני			
				@			
כתובת: רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד			
שם קופת חולים	סניף	כתובת					
פרטי מבוטח משני							
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי		
				זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>	נשוי/ה <input type="checkbox"/> גרושה/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/>		
מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון נייד	טלפון בבית	דואר אלקטרוני			
				@			
כתובת: רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד			
שם קופת חולים	סניף	כתובת					
פרטי ילדים							
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	קופ"ח			

פרטי המועמדים לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	קרבה	%
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	מין	קרבה	%
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		
			זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		

מינוי מוטבים
במות המבוטח הראשי

מינוי מוטבים
במות המבוטח המשני

מגן לסיעוד פלוס (כפל פיצוי באשפוז במוסד סיעודי)				מגן לסיעוד			
תקופת תשלום – 30 יום	תקופת המתנה	סכום הפיצוי החודשי (סכום מקסימלי 10,000 ₪)	<input checked="" type="checkbox"/> דמי ביטוח קבועים	תקופת תשלום – 30 יום	תקופת המתנה	סכום הפיצוי החודשי (סכום מקסימלי 20,000 ₪)	<input checked="" type="checkbox"/> דמי ביטוח קבועים
10 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	שנ	שנ	מבוטח ראשי	10 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	שנ	שנ	מבוטח ראשי
10 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	שנ	שנ	מבוטח משני	10 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	שנ	שנ	מבוטח משני
10 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	שנ	שנ	ילד 1	10 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	שנ	שנ	ילד 1
10 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	שנ	שנ	ילד 2	10 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	שנ	שנ	ילד 2
10 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	שנ	שנ	ילד 3	10 שנים <input type="checkbox"/> 5 שנים <input type="checkbox"/> כל החיים <input type="checkbox"/>	שנ	שנ	ילד 3

פירוט המבוקש הכיסוי

שאלון החלפה / שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח בריאות למילוי בהצעה חדשה או בכיסויים לבריאות

מועמד ראשי	מועמד משני	האם קיימות פוליסות/ות ביטוח בריאות בתוקף?
<input type="checkbox"/> כן, נא פרט _____	<input type="checkbox"/> כן, נא פרט _____	<input type="checkbox"/> לא
* אם כן, האם הפוליסות לביטוח בריאות / סיעוד לרבות ריידרים שבתוקף:		
א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא; יסולקו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
ב. כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בדמי הביטוח? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא.		
אם התשובה לסעיף (א) ו/או (ב) חיובית, על הסוכן להמציא לך מסמך השוואה, לאישורך ולחתימתך		
חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח המשני	

שאלון החלפה / שינוי בפוליסה

הצהרת בריאות

מספר הצעה: _____

למועמדים מעל גיל 60 יש להמציא מכתב מרופא מטפל. למועמדים מעל גיל 65 יש להמציא מכתב מרופא מטפל ובדיקת הערכה קוגניטיבית.

הנני מצהיר אודות מצב בריאותי כדלקמן: (סמן ב✓)

מבוטח ראשי	מבוטח משני	הצהרת עישון
<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות/סיגרטים/מקטרת ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות/סיגרטים/מקטרת ליום במשך _____ שנים, מזה _____ שנים אינני מעשן.	<input type="checkbox"/> אינני מעשן ולא עישנתי בעבר <input type="checkbox"/> אני מעשן: _____ סיגריות/סיגרטים/מקטרת ליום במשך _____ שנים. <input type="checkbox"/> עישנתי בעבר _____ סיגריות/סיגרטים/מקטרת ליום במשך _____ שנים, מזה _____ שנים אינני מעשן.	הצהרת עישון

שאלון הצהרת בריאות

מועמד נכבד, שאלון זה מיועד לאיתור סיכונים כללי. במידה ולמועמד לביטוח נגרמו פגיעה/פגיעות גופניות ו/או מחלות ו/ או תאונות מכל סוג שהוא בשבע השנים האחרונות או בהווה או שהוא סובל ממום ו/או ליקוי גופני כלשהו, יש לענות גם על שאלון מפורט שמוצע על ידי החברה.

שאלות כלליות:									
ילד 3		ילד 2		ילד 1		מבוטח משני		מבוטח ראשי	
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
גובה:									
משקל:									
1. האם הנך חש בריא בהחלט וכשיר לעבודה ב-12 החודשים האחרונים?									
2. האם אושפזת? <input type="checkbox"/> נותחת? <input type="checkbox"/> הומלץ לך לבצע הליך רפואי? אם כן, פרט בהערות סיבה, טפול ומצב כיום									
3. האם הנך בביחור רפואי? אם כן, פרט בהערות									
4. האם נפצעת? אם כן, פרט בהערות פגיעות, טפול ומצב כיום									
5. <input type="checkbox"/> האם נקבעו אחוזי נכות? אם כן, פרט בהערות סיבה, טפול ומצב כיום <input type="checkbox"/> האם הגושה בקשה להכרת אחוזי נכות?									
6. האם הנך: צורך / צרכת <input type="checkbox"/> סמים <input type="checkbox"/> אלכוהול, אם כן, פרט בהערות									
7. האם עברת בדיקות אלה: פרט סיבה, מועד ותוצאות <input type="checkbox"/> א.ק.ג <input type="checkbox"/> בדיקות לגילוי סרטן <input type="checkbox"/> C.T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> מיפוי עצמות <input type="checkbox"/> בדיקות דם ושתי <input type="checkbox"/> בדיקת איידס <input type="checkbox"/> בדיקות אחרות									
8. האם הנך מטופל רפואית או תרופתית?									
האם הנך חולה או היית חולה או היו לך סימנים או היית בטיפול בקשר למחלות/לבעיות הבאות:									
9. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מערכת העצבים והמוח <input type="checkbox"/> שיתוק <input type="checkbox"/> הפרעות תנועה/תחושה									
10. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות נפשיות <input type="checkbox"/> הפרעות בזיכרון <input type="checkbox"/> דמנציה <input type="checkbox"/> אלצהיימר <input type="checkbox"/> תשישות נפש									
11. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות ריאות ודרכי הנשימה <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> ברונכיטיס <input type="checkbox"/> דלקת ריאות <input type="checkbox"/> שחפת									
12. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות לב וכלי דם <input type="checkbox"/> יתר לחץ הדם <input type="checkbox"/> בעיות דם וקרישה <input type="checkbox"/> אנמיה									
13. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כבד כולל: צהבת/הפטיטיס									
14. <input type="checkbox"/> בעיות מעיים ודרכי העיכול									
15. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות כליות ודרכי השתן <input type="checkbox"/> דם או חלבון בשתן									
16. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות חילוף החומרים: <input type="checkbox"/> סכרת <input type="checkbox"/> גאון / שגדון <input type="checkbox"/> F.M.F <input type="checkbox"/> שומנים גבוהים בדם									
17. <input type="checkbox"/> בעיות בבלוטות (כבד, ערמונית, בלוטת המגן/ התריס, יותרת הכליה, יותרת המוח)									
18. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות מין ועור <input type="checkbox"/> גידול סרטני / שפיר									
19. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות פרקים ועצמות <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> ארטריטיס <input type="checkbox"/> בעיות בצוואר או בגב ובעמוד השדרה <input type="checkbox"/> אוטיאופורוזיס									
האם הנך חולה או היית חולה או היו לך סימנים או היית בטיפול בקשר למחלות/לבעיות הבאות:									
20. <input type="checkbox"/> מחלה ניוונית או כרונית <input type="checkbox"/> איידס (נשאות או חולי)									
21. <input type="checkbox"/> מומים מולדים/ נרכשים									
22. <input type="checkbox"/> בעיות ומחלות עיניים וראיה <input type="checkbox"/> בעיות אחזניים ושמיעה <input type="checkbox"/> בעיות אף, אוזן וגרון									
שאלון סיעודי									
23. האם סבלת מנפילות חוזרות בחמש שנים האחרונות?									
24. האם הנך מסוגל לבצע את הפעולות הבאות באופן עצמאי (ללא כל עזרה או צורך בהשגחה או שימוש בעזרים כלשהם): <input type="checkbox"/> להיכנס למיטה ולקום ממנה <input type="checkbox"/> ללבוש בגדים ולפשוט אותם <input type="checkbox"/> להתרחץ <input type="checkbox"/> לאכול ולשתות <input type="checkbox"/> לשלוט על הסוגרים <input type="checkbox"/> ללכת / להתייך ממקום למקום									
25. האם הגושה תביעה לגורם כלשהו (כולל למוסד לביטוח לאומי) לקבלת עזרה בתפקוד או להכרה במצב סיעודי אם כן, נא פרט. או האם מונה אפטרופוס או ידוע על צורך למנות אפטרופוס									

הערות:

תאריך	שם המועמד הראשי	מספר זהות	חתימה
תאריך	שם המועמד המשני	מספר זהות	חתימה

גרסה 04/2014

מספר הצעה:

הוראה לתשלום

אופן התשלום (סמ ב ✓) חודשי שנתי אחר _____

הוראה לחיוב באמצעות פוליסה קיימת

הגביה באמצעות אמצעי התשלום הניתן במסגרת פוליסת ביטוח מס' _____ סוג הפוליסה הקיימת _____
חתימת בעל אמצעי התשלום בפוליסה (כרטיס אשראי או הוראה לחיוב חשבון)

זיקה בין המשלם למבוטח חובה למלא אם המשלם אינו המבוטח

אם קיימת זיקה בין המשלם למבוטח, נא לציין מהות הקשר. (אם הסוכן הוא צד לזיקה, יש למלא שאלון נפרד).
הצהרת המשלם: אני החתום מטה מצהיר בזאת על נכונות הפרטים אודות אופן תשלום דמי הביטוח והגביה ועל כך שהתשלום/ים הנ"ל יבוצעו/ עבור המבוטח וכי כל החזר של דמי ביטוח ו/או כל תשלום אחר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת המבוטח בהתאם למקרה בלבד.

תאריך _____ שם פרטי ומשפחה _____ הזיקה למבוטח _____ חתימת המשלם _____

הוראה לחיוב כרטיס אשראי

ויזה- לאומי קארד ויזה כ.א.ל ישראלכארט דינרס אמריקן אקספרס אחר _____

כתובת		מס' ת.ז.		שם בעל הכרטיס	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
תוקף		מס' כרטיס אשראי			

מאשר בזאת כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי, הנני מסכים, כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס 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.

חתימת בעל הכרטיס _____

הוראה לחיוב חשבון

קוד מסלקה		סוג חשבון		מספר חשבון	
בנק	סניף				
_____	_____	_____	_____	_____	_____
קוד מוסד		אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה			
409					

לכבוד: _____
בנק: _____
סניף: _____
כתובת סניף: _____

1. אני/והח"מ _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות _____ רחוב _____ מס' _____ ישוב _____ מיקוד _____

נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו/נו הנ"ל בסניפכם בגין תשלום דמי גמולים בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם באמצעי מגנטי או רשימות ע"י הכשרה חברה לביטוח בע"מ, כמפורט מטה בפרטי ההרשאה:
2. ידוע לנו כי:

- הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולי"הכשרה חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב ו/או הזיכוי.
- אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אויכח/נוכיח לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שציינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלו.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
- הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (העקרונות לקביעתם): תנאי פוליסה/ות כפי שיהיו על פי השינויים שיוכנסו בפוליסות מעת לעת.

חתימת בעלי החשבון _____

תאריך _____

קוד מסלקה		סוג חשבון		מספר חשבון	
בנק	סניף				
_____	_____	_____	_____	_____	_____
קוד מוסד		אסמכתא/ מס' מזהה של הלקוח בחברה			
409					

לכבוד: _____
הכשרה חברה לביטוח בע"מ
האגף לביטוח חיים
רח' אריה שנקר 2
תל אביב 68010

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

סניף: _____

חתימה וחומתת הסניף _____

תאריך _____

מספר הצעה:

הצהרה - ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ מצהיר בזה בשמי ובשם ילדי, אם נכללו בהצעת הביטוח, כאפוסטרופוס טבעי שלהם, מאשר בחתימת ידי שתשובתי לכל השאלות הנ"ל הינן נכונות ומלאות ושלא העלמתי דבר אשר יש בו כדי להשפיע על ההחלטה בנוגע לביטוח המבוקש, וידוע לי כי תשובתי אלה תשמשה בסיס לחוזה הביטוח וחלק בלתי נפרד ממנו, אני מתחייב להיבדק בדיוק רפואית ע"י רופאי החברה, מכונה ומעבדותיה. אני הח"מ נתן בזה רשות לקופ"ח /או לעובדיה הרפואיים /או למוסדותיה הרפואיים /או לסניפיה, מכונה ומעבדותיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, משרד הביטחון, החברות לביטוח, המכונים הרפואיים והמעבדות הרפואיות בבתי החולים למסור ל"הכשרה חברה לביטוח בע"מ" /או למי מטעמה /או בא כוחה, להלן "המבקש", את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתירשע ע"י "המבקש" על מצב בריאותי /או כל מחלה שחלתי בה בעבר /או שהנני חולה בה כעת /או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר אתכם וכל רופא מרפאים /או כל עובד רפואי אחר /או כל מוסד, מכן או מעבדה ממוסדותיכם, הרפואיים /או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי /או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי כלפיכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטבי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.

תאריך	שם המועמד הראשי	מספר זהות	חתימה
תאריך	שם המועמד המשני	מספר זהות	חתימה

הצהרות

- אני/אנו המועמדים לביטוח, מבקשים/ים בזה מ"הכשרה חברה לביטוח בע"מ" לבטח אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. אנו מצהירים, מסכימים ומתחייבים בזה כי: כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
- התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ל"הכשרה חברה לביטוח בע"מ", וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה בינינו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
- הרשות בידיכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר ש"הכשרה חברה לביטוח בע"מ" תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר התחייבותי לתשלום פרמיות בגיני.
- הנני/ו להצהיר כי למיטב הבנתי/נו, עסקה זו אינה כרוכה בהחלפת פוליסות ביטוח פרטיות שבתוקף, הפוליסות /או נספחים אינם עשויים להתבטל /או לא יסולקו /או לא יסתיימו באופן חלקי או מלא /או לא ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים /או את סכומי הביטוח /או הגמלה /או לא ישונו הטבות אחרות בהם /או לא ישונו או יוגבלו באופן שיגרם להפחתה בסכום הביטוח או בכיסוי הביטוח או קיצור תקופת הביטוח הקבועה בהם.
- הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והנני משיב גם בשמם כאפוסטרופוס/ית טבעי/ת.

תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח המשני
-------	--------------------	--------------------

קבלת שירותים מחברות בקבוצת הכשרה ביטוח

ידוע לי ומוסכם עלי כי החברה תהיה רשאית לקבל בין בתמורה ובין שלא בתמורה, שירותי ניהול /או תפעול של הקופה לרבות ומבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, שירותי השקעות, שירותי שיווק, שירותי גבייה ושירותי מיכון מהכשרה חברה לביטוח בע"מ ומכל חברה קשורה / שולטת / בעלת עניין בהכשרה חברה לביטוח בע"מ /או בחברה המנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח"). ובין אם לאו או מכל גוף שאיננו קשור לקבוצת הכשרה ביטוח.

העברת מידע בקווי תקשורת

אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם הפוליסה /או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט או באמצעי תקשורת חליפי, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת"), 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.

בקשה לקבלת קוד למערכת מידע אישי

אני הח"מ מבקש ומאשר לקבל בדואר רשום או באמצעי קשר אחר קוד הפעלה ראשוני למערכת מידע אישי באתר האינטרנט של הכשרה, אודות תוכניות ביטוח /או מוצרים אחרים של הכשרה. ידוע לי כי קוד ההפעלה הראשוני יאפשר קבלת מידע מאתר האינטרנט רק בכפוף להשלמת תהליך הרישום לאתר האינטרנט.

הודעה והסכמה לשימוש במידע

אני הח"מ מאשר בזאת: (1) המידע שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר מרצוני ובהסכמתי, ומבלי שחלה עלי כל חובה חוקית למוסרו. (2) המידע והנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם (בין שנמסר על ידי או מטעמי ובין שהגיע לחברה באופן אחר) ישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים בחברה /או במאגרי לקוחות של קבוצת הכשרה ביטוח /או גורם מטעמם. (3) המידע והנתונים שמסרתי ישמשו את החברה /או גורם מטעמה בהתאם למדיניות הפרטיות של החברה, המפורסמת באתר האינטרנט של החברה, ובין היתר, לשם השימושים הבאים: א. לבחינת ההצעה, הוצאת פוליסות, ניהול שוטף של תיק הביטוח וחיסכון ארוך טווח /או מוצרים או שירותים אחרים שרכשתי בהכשרה ולמתן שירותים במסגרת הפוליסה /או המוצרים הפיננסיים, ולכל פעולות החברה. ב. לצורך שיווק מוצרי ביטוח, מוצרי השקעות ומוצרים או שירותים פיננסיים אחרים. ג. למטרת עיבוד מידע, פילוח שיווקי, דיוור ישיר, ומיקוד פניות שיווקיות על בסיס אפיונים וצרכים התואמים את המידע והנתונים שמסרתי /או שנמסרו אודותי. ד. לצורך פניה אלי למתן מידע ובהצעות לרכישת פוליסות ביטוח ומוצרים /או שירותים נוספים של הכשרה וקיום חובות על פי דין בקשר עם האמור לעיל. (4) אני מסכים כי המידע ונתונים שמסרתי, כאמור, ישמשו לצורך יצירת קשר עימי, לרבות באמצעות דואר ישראל, תקשורת טלפונית, הודעת מסר קצר (SMS), מכשיר פקסימיליה, הודעה אלקטרונית, וכן בדרך ממוחשבת, או בכל אמצעי תקשורת אחר. (5) החברה תהא רשאית להעביר את המידע והנתונים אודותיי גם לסוכן הביטוח/ יועץ פנסיוני/ משווק פנסיוני המטפל בפוליסה מטעמה. (6) הובא לידיעתי, כי אם לא אהיה מעוניין במידע או בפניות כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

תאריך	חתימת המבוטח הראשי	חתימת המבוטח המשני
-------	--------------------	--------------------

הצהרת סוכן

אני מצהיר בזה כי שאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמדים לביטוח. כמו כן, המועמדים אישרו כי הבינו את פרטי תכנית הביטוח וסיגיה, את ההצהרות לעיל.

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן
-------	----------	-------------