

"משפחה בטוחה" הצעה לביטוח תאונות אישיות

יש לענות על כל השאלות, לרבות אלו המופיעות בהצהרת הבריאות, תשובות ברורות ומלאות

שם הסוכן:	מס' סוכן:	שם ממקח:	מספר פוליסה:

מבטח ראשי	תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	משקל	גובה	מין	מצב משפחתי	
									ילד 1
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה	<input type="checkbox"/> נשוי/ה <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> גרוש/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה	
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
כתובת מגורים		רחוב	בית	ישוב	מיקוד	מס' טלפון		מס' טלפון נייד	
פרטים נוספים				מבטח ראשי				מבטח משני	
עיסוק:				שם קופת חולים:				עיסוק:	שם קופת חולים:
E-mail:									

תוכנית - מבטח ראשי	תוכנית - מבטח שני	כיסוי	משפחה בטוחה ארד	משפחה בטוחה כסף	משפחה בטוחה זהב	משפחה בטוחה לילד	חבילה לילד
<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	מוות מתאונה	100,000	150,000	200,000	50,000	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	מוות מתאונת דרכים	100,000	150,000	200,000	25,000	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	נכות מתאונה	100,000	150,000	200,000	50,000	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	שברים מתאונה	20,000	30,000	30,000	5,000	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	כוויות מתאונה	20,000	30,000	30,000	5,000	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	סיעוד מתאונה	20,000	30,000	40,000	15,000	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> ארד - כמות 1 <input type="checkbox"/> 2	אשפוז כתוצאה מתאונה	300	400	500	75	<input type="checkbox"/>

• התוכנית הנבחרת תהיה למבטח ראשי ולבן/בת זוג. ילדים מעל גיל 3 ומתחת לגיל 20 יצורפו למסלול ילדים.
• ניתן לרכוש מקסימום 2 חבילות.

מבטח ראשי	מבטח שני	שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	תאריך לידה	קרבה	% מסכום הביטוח

אופן גבייה	אופן תשלום	תאריך התחלת הביטוח
<input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> באמצעות כרטיסי אשראי <input type="checkbox"/> באמצעות הוראת קבע הקיימת בפוליסה	<input type="checkbox"/> חודשי	01/...../.....

מבטח ראשי		מבטח שני		ילד 1		ילד 2		ילד 3	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

האם את/ה סובל/ת או סבלת משברים במהלך 5 שנים אחרונות, האם את/ה מוגבל/ת בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום, לשכב, להתלבש, להתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, שלוט על הסוגרים, ניידות ו/או נעזר באמצעי עזר להליכה, מבריחת סידן (אוסטיאופורוזיס), דימנציה, אלצהיימר, פרקינסון, טרשת נפוצה, ניוון שרירים?

הערות:

הצהרות

- אני/אנו החתומים מטה, המועמדים לבעלות על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקשים בזה מהכשרה חברה לביטוח בע"מ (להלן החברה), להצטרף לתכנית לפי הרשום בטופס זה (להלן הצעה). אני/אנו מצהירים מסכים/מים ומתחייבים/ים בזה כי:
- כל התשובות המפורטות הן נכונות ומלאות.
 - כל התשובות שמפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר להכשרה חברה לביטוח בע"מ לעניין זה לרבות תנאי פוליסה ישמשו בסיס לחוזה הביטוח ביני/ביננו לבין הכשרה חברה לביטוח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - אני/נו מאשר/ים ומסכים/מים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה/נו זה נתון לשיקול דעת בלעדי של הכשרה חברה לביטוח בע"מ והיא רשאית לדחות את ההצעה בכפוף להוראות הדין.
 - ידוע לי שחובה הביטוח יכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמדים לביטוח ולאחר הפקדה ראשונה המהווה תנאי מפורש לכניסת הפוליסה לתוקף-שולמה במלואה והכל בהתאם לתנאי הפוליסה.

קבלת שירותים מחברות בקבוצת הכשרה ביטוח

ידוע לי ומוסכם עלי כי החברה תהיה רשאית לקבל בין בתמורה ובין שלא בתמורה, שירותי ניהול ו/או תפעול של הקופה לרבות ומבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל, 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 חברה המנהלת ("קבוצת הכשרה ביטוח"), ובין אם לאו או מכל גוף שאיננו קשור לקבוצת הכשרה ביטוח.

הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות

אני הנ"מ מאשר בזאת שהמידע שנמסר על ידי מסר מרצוני ובהסכמתי וכי ידוע לי כי המידע והנתונים שמסרתי ואמסור וכל עדכון שלהם (בין שנמסר על ידי או מי מטעמי ובין שהגיע לידי החברה באופן אחר) יישמרו במאגרי מידע ממוכנים או אחרים בחברה המנהלת ו/או במאגרי לקוחות של קבוצת הכשרה ביטוח ו/או גורם מטעמם. אני מסכים כי המידע האמור ישמש את החברה המנהלת ו/או גורם מטעמה לצורך פעולות החברה המנהלת וכן לצורך שיווק מוצרי ביטוח, מוצרי השקעות ומוצרים פיננסיים אחרים. ידוע לי ומוסכם עלי שהמידע ישמש את חברות הקבוצה כמאגר דיוור ישיר וליצירת קשר למתן מידע, הצעה לרכישה ושיווק של כסויים ביטוחים ומוצרים או שירותים פיננסיים אחרים. ידוע לנו ומוסכם עלינו כי יכול שיעשה שימוש במידע הנ"ל גם לצורך מיקוד פניות שיווקיות על בסיס אפיונים וצרכים התואמים את הנתונים שמסרתי ו/או שנמסרו אודותיי. אם לא נהיה מעוניינים במידע או פניה כאמור, נוכל להודיע על כך לקבוצה עם הפניה הראשונה אלינו. ידוע לי ומוסכם עלי כי החברה המנהלת תהיה רשאית להעביר את המידע לצורך ביצוע הפעילות השיווקית המפורטת לעיל לכל חברה הנכללת בקבוצת הכשרה ביטוח ו/או לגורם מטעמם. מבלי לגרוע בכלליות האמור לעיל, הנני מתיר בזאת להכשרה חברה לביטוח בע"מ להעביר ביניהם מידע שיש לכל אחד מהם לגבי ומתיר לכל אחד מהם לעשות שימוש כפי שהאחר רשאי לעשות בו.

אני מסכים כי החברה תעביר מידע ושירותים בקשר עם התוכנית ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, האינטרנט או באמצעות תקשורת חלפית, למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח ("קווי תקשורת") וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך כי במקרה זה יתכנו תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים המהווים גבייה בפרטיות וזאת על אף אמצעי אבטחת המידע שהחברה נוקטת והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. אני מאשר ומסכים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקליט את התקשורת שתתקיים עמי בקווי התקשורת. כמו כן אני מאשר שתשלחו לי את הקוד הסודי בדואר רשום.

אינני מעוניין שתשלחו אלי עדכונים ו/או פניות לגבי מוצרים ו/או שירותים קיימים ו/או חדשים.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח _____ חתימת המועמד משני לביטוח _____

ויתור סודיות

אני/נו, החתום/ים מטה, נותן/ים בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי-חולים אחרים, למלא ו/או למשרד הביטוח ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר ככל שהדבר דרוש לבירור הזכויות והחובות המוקנות על פי הפוליסה, למסור להכשרה חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש/ים על מצב בריאותי/נו ו/או על כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר ו/או שאני/נו חולה/ים בה כעת ו/או שאחלה/נחלה בה בעתיד ואני/נו משחרר/ים אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר/ים על סודיות זו כלפי ה"מבקש". כתב ויתור זה מחייב/נו, את עזבוני/נו ובאי/ כוחי/נו החוקיים וכל מי שיבוא במקומי/נו. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

תאריך _____ חתימת המועמד הראשי לביטוח _____ חתימת המועמד משני לביטוח _____

הצהרת הסוכן

אני מצהיר בזה כי שאלתי את המבוטח את כל השאלות המופיעות לעיל, והתשובות הן כפי שנמסר לי אישית ע"י המבוטח, וכן כי הצגתי את פרטי הביטוח המוצע על פי כללי הפרסום וההמחשה שפורסמו על ידי המפקח על הביטוח. הריני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המבוטח באמצעות תעודת הזהות שלו וכי המבוטח חתם בפני על טופס זה.

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימת הסוכן _____

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסות לביטוח בריאות

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנכון לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המוקדמות שלהלן:

האם בידך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף? כן / לא

במקרה והתשובה היא כן –

כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריידרים שבתוקף:

- עשויות להתבטל או יבטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסיימו בכל דרך אחרת - כן / לא
- כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה - כן / לא

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (1) עד (2) מחייבת את הסוכן להמציא לך **מסמך השוואה** כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך: _____ חתימת המועמד: _____

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן / לא

תאריך: _____ חתימת סוכן/ת: _____

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 הסכום 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 הזה.
- ההשתתפות בהסדר זה היא בשיטה הדומה להצגת השיקים - 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 הפעלת הסדר זה.
- הסדר זה אפשרי גם על תשלומים בגין החזר הלוואות.

מספר פוליסה/ות: _____

תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

אני מר/גב' _____ ת.ז. _____ כתובת _____

בעל כרטיס אשראי שמספרו _____ בתוקף עד _____

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 וישא מספר אחר ידוע לי, כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

תאריך: _____ שם סוכן: _____ מספר סוכן: _____ חתימה: _____

הוראה לחיוב

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

לכבוד:

בנק:

סניף:

כתובת הסניף:

1. אני/ו הח"מ

שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק

מס' ת.זהות / ח.פ.

כתובת:

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 בכרטי הרשאה:

2. ידוע לנו כי:

- א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ול"הכשרה חברה לביטוח בע"מ" שתכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- ב. 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.
- ג. אהיה/נהיה רשאי/ם לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב הרשאה, אם נקבעו.
3. ידוע לי/לנו כי הפרטים שצוינו בכתב הרשאה ומילויים, הם נושאים שעלי/נו להסדיר עם המוטב.
4. 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.
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
6. 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.
7. נא אשר ל- "הכשרה חברה לביטוח בע"מ" בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י "הכשרה חברה לביטוח בע"מ", על פי (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/נו נכנס בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב הרשאה, 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 בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי, שנחתם על ידיכם.

בנק: _____ סניף: _____

חתימה וחותמת הסניף

תאריך