



לשם הנוחיות, הטופס מנוסח בלשון זכר - הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
להצטרפות וניוד - יש למלא בטופס הצעה ייעודי לניוד

1. פרטי הסוכן/ בעל הרישיון		
שם הסוכן	מס' סוכן	מס' זהות/ח.פ.
שם המפקח	מחוז/סניף	

סוג הפוליסה: עובדים ומנהלים שכירים תגמולים לעצמאיים בעל שליטה

2. המועד המבוקש להתחלת הביטוח		
שנה	חודש	יום

3. פרטי המעסיק בפוליסת עובדים ומנהלים שכירים או בעלי שליטה			
שם	המען	מיקוד	מס' פקס
מס' טלפון	מס' זהות / מס' ח.פ.	דוא"ל	

4. פרטי המועמד/ים לביטוח						
מועמד ראשון לביטוח						
שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.		
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי		ארץ לידה		
	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א				
טלפון נייד	טלפון נוסף		כתובת דואר אלקטרוני			
כתובת	רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד	

מועמד שני לביטוח (ככל שמתבקש כיסוי למקרה מוות לבן/ת זוג של המועמד הראשון לביטוח - בפוליסת פרט נפרדת בסעיף 10 לטופס ההצעה)						
שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.		
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי		ארץ לידה		
	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> א				
טלפון נייד	טלפון נוסף		כתובת דואר אלקטרוני			
כתובת	רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד	

ערוץ תקשורת מועדף לקבלת מסמכי הפוליסה

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח, הדוחות התקופתיים, מכתבים והודעות שונות (להלן: "מסמכי הפוליסה") ישלחו באמצעים דיגיטליים בהתאם להחלטת החברה (מסרון לנייד/דוא"ל), כפי שמסרתי לחברה. ידוע לי כי בכל עת אוכל לשנות את החלטתי ולהודיע לחברה על בקשתי לקבלתם בדואר ישראל.

המועמד הראשון לביטוח - אבקש לקבל את מסמכי הפוליסה, באמצעות דואר ישראל, על פי הכתובת המפורטת בטופס זה וכפי שאעדכן את החברה מעת לעת

המועמד השני לביטוח - אבקש לקבל את מסמכי הפוליסה, באמצעות דואר ישראל, על פי הכתובת המפורטת בטופס זה וכפי שאעדכן את החברה מעת לעת

ככל שלא תסומן בחירה, יישלחו מסמכי הפוליסה, באמצעים דיגיטליים כאמור.

חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך באיילון ביטוח, יישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמתי בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו או לעדכון פרטים, ניתן להיכנס לאתר איילון: www.ayalon-ins.co.il או באמצעות מרכז שירות הלקוחות בטלפון 6677*.

נתונים אישיים		
מקצוע		
עיסוק ותפקיד (הגדרה מדוייקת)		
האם קיים סיכון במקצועך/אורח חייך	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	
האם יש לך תחביבים מסוכנים? גלישה, צלילה, דאיה, צניחה, מירוצים, טייס (בהתאם לרשימת ספורט אתגרי כפי שהיא מופיעה באתר האינטרנט של החברה)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	



מינוי מוטבים לביטוח חיים למקרה מוות - מועמד ראשון לביטוח

סכום הביטוח ישולם למוטבים כדלקמן*:

מוטב 1	מוטב 2	מוטב 3
שם פרטי		
שם משפחה		
מס' זהות		
לתושב זר:		
מס' דרכון + מדינת הנפקה		
תאריך לידה		
מין		
רחוב	רחוב	רחוב
מס' מיקוד	מס' מיקוד	מס' מיקוד
קרבה		
חלק באחוזים		

* בהעדר מינוי מוטבים, סכום הביטוח ישולם ליורשים החוקיים על פי דין.

** למרות כל האמור לעיל, בפוליסות עובדים ומנהלים שכירים - במקרה פטירת המבוטח לפני תום תקופת הביטוח או לפני התחלת תשלום קצבה, בעת שהיה מועסק אצל המעסיק: סכום השווה לסכום החסכון המצטבר של ההפקדות לפיצויים בהתאם לתנאי הפוליסה ישולם לשאירים כהגדרתם בחוק פיצוי פטורים וההפרש אם קיים בין הסכום המגיע במוות המבוטח לבין סכום השווה לחסכון המצטבר של ההפקדות לפיצויים, ישולם למוטבים

5. פוליסל חדש לעובדים ומנהלים שכירים או בעלי שליטה - למועמד ראשון לביטוח

תאריך התחלת עבודה אצל המעסיק: _____ / _____ / _____

סוג הצמדה	<input type="checkbox"/> לשכר <input type="checkbox"/> למדד <input type="checkbox"/> לתוספת יוקר
אמצעי גביה	<input type="checkbox"/> בהעברה בנקאית <input type="checkbox"/> בהמחאה <input type="checkbox"/> בהוראת קבע (באישור החברה בלבד) <input type="checkbox"/> הוראת קבע יזומה על ידי המעסיק
אופן תשלום	<input checked="" type="checkbox"/> שוטף חודשי

תקציב ביטוח לעובדים ומנהלים שכירים או בעלי שליטה בתוכנית קיצבה

דמי ניהול בפוליסה	שיעורי ההפקדות בפוליסה			משכורת מבוטחת בש"ח	תוכנית ביטוח
	דמי ניהול* מהחיסכון המצטבר	דמי ניהול מההפקדה השוטפת	ע"ח העובד לתגמולים		
_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> קופת ביטוח מנהלים - משכורת יסודית
		_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> קופת ביטוח לבעלי שליטה
תקציב לאובדן כושר עבודה יש לפרט בטבלה מטה					<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה SA

דמי ניהול בפוליסה	שיעורי ההפקדות בפוליסה			משכורת מבוטחת בש"ח	תוכנית ביטוח (בעבור רוברי שכר נוספים)
	דמי ניהול* מהחיסכון המצטבר	דמי ניהול מההפקדה השוטפת	ע"ח העובד לתגמולים		
_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> קופת ביטוח מנהלים - רובר דמי הבראה
		_____ %	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> קופת ביטוח מנהלים - רובר שעות נוספות
					<input type="checkbox"/> קופת ביטוח מנהלים - רובר נסיעות/הוצאות

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

** בהתאם להוראות צו ההרחבה שיעור ההפקדה המינימאלי לתשלומי מעסיק הינו 6.5%. לתשומת לבך, במקרה בו נרכש אבדן כושר עבודה מחוץ להפקדות לתגמולים, יקבע מינימום לתגמולים 5%. וככל שאין בתקציב זה כדי לרכוש כיסוי ביטוחי לאכ"ע של 75% מהשכר לפוליסה, יגדל התקציב הפנסיוני הכולל עד 7.5% או אחוז גבוה יותר אם יקבע כזה

תקציב לחושן אובדן כושר עבודה - לעובדים ומנהלים שכירים או בעלי שליטה

יש לבחור באחת מן האופציות הבאות:

הערות לתקציב	שיעור התקציב שיעור המבוטח	שיעור הפיצוי החודשי	תיאור התקציב
א. תקציב נפרד לצורך תשלום פרמיה לאובדן כושר עבודה על חשבון המעסיק. יש לבחור באפשרות זו רק במקרים בהם תשלום המעסיק הינו לרכישת כיסוי זה בשיעור הדרוש להבטחת 75% משכרו של העובד או בשיעור של 2.5% משכרו כאמור, לפי הנמוך. במקרה שעלות הפרמיה תעלה על התקציב הנפרד, יוקטן שיעור הפיצוי החודשי בהתאמה.	_____ %	לא יעלה על 75% מהשכר המבוטח	<input type="checkbox"/> רכישה מחוץ להפקדות לתגמולים
ב. במידה ותבחר לרכוש בנוסף כיסוי למקרה מוות מתוך ההפקדות לתגמולים במסגרת סעיף 7 כמפורט מטה, תפחית החברה מתוך התקציב המקסימלי לרכישת כיסויים ביטוחיים תקציב של 2.5% מהשכר והיתרה תשמש לרכישת הכיסוי למקרה מוות.	_____ %	לא יעלה על 75% מהשכר המבוטח	<input type="checkbox"/> הסכם לאובדן כושר עבודה מפעלי (מותנה בקבלת אישור מראש של החברה)
א. ההסכם המפעלי עם מעסיקך נקבע לתקופה של מספר שנים, אולם, ככל שהצטרפתך להסכם המפעלי הינה באמצע תקופת ההסכם, ייתכן ובפועל התעריף המפעלי יסתיים או יעודכן עבורך במועד מוקדם יותר. ככל שיבוצע עדכון כלשהו בתעריף לאובדן כושר עבודה תישלח אליך פוליסה עדכנית הכוללת את השינוי האמור.	_____ %	לא יעלה על 75% מהשכר המבוטח	<input type="checkbox"/> רכישה מתוך ההפקדות לתגמולים
ב. לתשומת לבך, ההערות לתקציב לרכישת מחוץ להפקדות לתגמולים חלות על הסדר מפעלי בהתאמה			
א. שיעור הפיצוי לאובדן כושר עבודה יהיה קבוע לכל תקופת הביטוח וייקבע כך שהעלות המצטברת עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך ההפקדות לתגמולים בפוליסה וזאת בכפוף לתקנה 3 (6) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל), תשע"ג 2013 (להלן: "תקרת הפרמיה לכיסויים ביטוחיים").	_____ %		
בהתאם לתנאי הפוליסה קביעת שיעור הפיצוי לאובדן כושר עבודה תעשה על בסיס הנחות היסוד הבאות: שיעור ההפקדות לתגמולים יהיה נקוב בהצעה, תשלומים רצופים לפוליסה, גידול שכר שנתי של 2%, ריבית היוון שנתי בגובה של 2.91%.			
ב. ככל שהנחות אלו לא יתקיימו ייתכן ששיעור הפיצוי החודשי יקטן והודעה על כך תישלח למוטח. במידה ותבחר לרכוש בנוסף כיסוי למקרה מוות מתוך ההפקדות לתגמולים במסגרת סעיף 7 כמפורט מטה, הפרמיות לכיסוי זה יכללו בתקרת הפרמיה לכיסויים ביטוחיים.			

6. תקציב תגמולים לעצמאי - בתוכנית קצבה - למועמד ראשון לביטוח

אמצעי גביה	<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי <input type="checkbox"/> הוראת קבע (רצ"ב טופס הוראת קבע חתום ואישור הקמת הרשאה לחיוב מהבנק)
אופן תשלום	<input checked="" type="checkbox"/> שוטף חודשי

דמי ניהול מהחיסכון המצטבר*	דמי ניהול מההפקדה השוטפת	פרמיה חודשית למדד צמודה למדד	שיעור הפקדה לסעיף 47	הכנסה חודשית מבוטחת צמודה למדד	בחירת תוכנית
_____ %	_____ %	ש"ח _____	_____ %	ש"ח _____	<input type="checkbox"/> קופת ביטוח תגמולים לעצמאי
תקציב לאובדן כושר עבודה יש לפרט בשדה הבא					<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה SA

תקציב לחושן אובדן כושר עבודה לעצמאי

<input type="checkbox"/> מתוך ההפקדה השוטפת לסעיף 47. לתשומת לבך, ההערות המפורטות בתקציב אבדן כושר עבודה מתוך ההפקדות בביטוח מנהלים, כמפורט בסעיף 5, חלות ברכישת אבדן כושר עבודה מתוך ההפקדה, בהתאמה.

בתקציב נפרד בתוכנית נפרדת חושן SA. העלות תקבע ותועדכן מדי שנה, בהתאם לגובה הכיסוי הביטוחי המבוקש בהצעה זו ובתנאי החיתום.

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



7. ביטוח חיים למקרה מוות

הכיסוי הביטוחי	לגיל	סכום ביטוח ככפולת משכורות (משכורת יסודית בלבד) בפוליסות עובדים ומנהלים שכירים בלבד	סכום ביטוח למקרה מוות צמוד למדד בפוליסות תגמולים לעצמאיים בלבד
ביטוח חיים למקרה מוות סכום הביטוח כולל את החיסכון המצטבר	67*	סכום ביטוח מקסימלי 75 משכורות	סכום ביטוח מקסימלי 500,000 ש"ח צמוד למדד

*גיל תום תקופה לביטוח חיים למקרה מוות יקבע בהתאם לגיל תום תקופה שנקבע לאבדן כושר עבודה. ככל שלא נרכש כיסוי אבדן כושר עבודה, גיל תום לביטוח חיים יקבע לגיל 67.

באפשרותך לרכוש סכום ביטוח נוסף בפוליסה פרטית נפרדת מסוג "דרור 1 פרט" בעלות כיסוי ביטוחי שונה ובתשלום אישי נוסף בסעיף 10 להלן.

בנוסף, לתשומת לבך:

- כי סכום הביטוח למקרה מוות יהיה קבוע לכל תקופת הביטוח וייקבע כך שהעלות המצטברת עד לכל אחד ממועדי תשלום דמי הביטוח לא תעלה על 35% מסך ההפקדות לתגמולים בפוליסה וזאת בכפוף לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופות גמל), תשע"ג 2013 (להלן: "תקרת הפרמיה לכיסויים ביטוחיים").
- במידה ותבחר לרכוש בנוסף כיסוי לאובדן כושר עבודה מתוך ההפקדות לתגמולים במסגרת סעיף 4 או 5 כמפורט מעלה, הפרמיות לכיסוי זה ייכללו בתקרת הפרמיה לכיסויים ביטוחיים.
- במידה ותבחר לרכוש בנוסף כיסוי לאובדן כושר עבודה מחוץ ההפקדות לתגמולים במסגרת סעיף 4 כמפורט מעלה, תפחית החברה מתוך התקציב המקסימלי לרכישת כיסויים ביטוחיים תקציב של 2.5% מהשכר והיתרה תשמש לרכישת הכיסוי למקרה מוות.

8. חושן - רכישת כיסוי לביטוח אובדן כושר עבודה פיזיו ושחרור

לגיל* תום תקופה	שיעור הפיצוי	פיצוי ושחרור ההפקדות השוטפות, בפרמיה משתנה כל שנה, 3 חודשי המתנה.
<input type="checkbox"/> 60	_____% (שלא יעלה על 75% מהשכר המבוטח בפוליסה)	<input type="checkbox"/> רכישת פיצוי חודשי בשיעור המפורט בטבלה +שחרור ההפקדות השוטפות, מגובה המשכורות המבוטחת היסודית בתוכנית זו:
<input type="checkbox"/> 67		<input type="checkbox"/> רכישת שחרור לפוליסה אחרת או לחברה אחרת (ברכישת א.כ.ע. SA)
<input type="checkbox"/> אחר _____ (בין גיל 60 לגיל 67)		יש לפרט את שיעורי ההפקדה לשחרור מהשכר המבוטח בתוכנית זו:

רכיב	ע"ח מעסיק	גמל עובד / 47
פיצויים	_____%	_____%
תגמולים	_____%	_____%

נספחי הרחבה לתוכנית הבסיסית - יש לסמן את ההרחבות להוספה בתוכנית:

- חושן עיסוק ספציפי**
- ביטול קיזוז פיצוי חודשי מגורם ממשלתי
- חושן פיצוי סיעוד בשיעור 1/3 משיעור הפיצוי לא.כ.ע, ויחד לא יותר מ- 100% מהשכר המבוטח

יש לסמן רק אחת מההרחבות הבאות בכל סעיף:

- חושן פרנציזיה
- חושן פיצוי צמוד מדד 36 חוד'
- חושן פיצוי צמוד מדד 48 חוד'
- חושן פיצוי עולה 1% בשנה
- חושן פיצוי עולה 2% בשנה
- חושן שכר עולה (גג חתם) 20%
- חושן שכר עולה (גג חתם) 25%

* בהעדר קביעת גיל תום תקופה, ברירת המחדל תהיה לגיל 67 לגברים ולנשים. מובהר כי, גיל תום תקופה לכיסוי לא יעלה על גיל תום תקופת הביטוח לפוליסה מנהלים או תגמולים לעצמאיים

**מאושר בהתאם לטבלת העיסוקים הקיימת בחברה.

*** הפיצוי החודשי יהיה צמוד למדד למשך 24 תשלומים (אלא אם נרכשה הרחבה להצמדה למדד לתקופה אחרת).

החל ממועד הפיצוי החודשי ה- 25 ישתנה הפיצוי החודשי מידי חודש בחודשו, בהתאם לתשואת מסלול השקעה בסיסי למקבלי קצבה ברוטו, בניכוי ריבית תחשיבית בשיעור שנתי של 2.5%, ובניכוי דמי ניהול שלא יעלו על שיעור שנתי של 0.6% בכפוף לפוליסה ולהסדר התחיקתי.

9. הצהרת בעל רישיון - לרכישת חושן לביטוח אובדן כושר עבודה

הנני מאשר כי בטרם כריתת חוזה הביטוח, ביצעתי את המתחייב בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (עיסוק ביעוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה-2005, בכפוף לחוזרי רשות שוק ההון לביטוח וחיסכון, לרבות:	<input checked="" type="checkbox"/> בירור אודות קיומו של כיסוי ביטוחי קיים, לכל הפחות באמצעות הגשת בקשת מידע חד פעמית למסלקה הפנסיונית, מתן המלצה מתאימה למבוטח ומסירת מסמך הנמקה.
הנני מאשר כי השכר המבוטח בהצעה זו לביטוח אובדן כושר עבודה:	<input checked="" type="checkbox"/> הינו הכנסה מעבודה הקיימת למבוטח, והכנסה זו אינה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים.
ככל שהתוכנית לאובדן כושר עבודה היא בגין הכנסה מעבודה המבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים - אני פועל לביטול התוכנית הקיימת לאובדן כושר עבודה.	<input checked="" type="checkbox"/> אינו השכר המבוטח בקרן פנסיה חדשה.
שיעור הכיסוי לביטוח אובדן כושר בהצעה זו ובתוכנית ביטוח קיימות (אם קיימות) לא עולה על 75% מהכנסתו המלאה מעבודה של המבוטח.	<input checked="" type="checkbox"/> ככל ובמסגרת הליך בירור צרכים הצעתי הרחבה ל"חושן עיסוק ספציפי", פרטית למועמד לביטוח את הערך המוסף הרחבה זו, לרבות:
1. פירוט האירועים הביטוחיים שבגינם יש צורך בכיסוי עיסוק ספציפי.	<input checked="" type="checkbox"/> 1. פירוט העיסוקים שאליהם יופנה המבוטח אם לא ירכוש את ההרחבה לעיסוק ספציפי, ויישאר בהגדרת מקרה הביטוח בתוכנית הבסיסית: "עיסוק סביר אחר התואם את ניסיונו, השכלתו והכשרתו בתקופה של 3 שנים לפני קרות מקרה הביטוח", וזאת בהתאם לנתוני ועיסוקו במועד המכירה.
2. פירוט העיסוקים שאליהם יופנה המבוטח אם לא ירכוש את ההרחבה לעיסוק ספציפי, ויישאר בהגדרת מקרה הביטוח בתוכנית הבסיסית: "עיסוק סביר אחר התואם את ניסיונו, השכלתו והכשרתו בתקופה של 3 שנים לפני קרות מקרה הביטוח", וזאת בהתאם לנתוני ועיסוקו במועד המכירה.	
תאריך	חתימת הסוכן / בעל הרישיון

9. בחירת מסלולי השקעה

מספר באוצר	שם מסלול	מסלול השקעה לפיצויים נדרש אישור מעסיק למעט אם נבחר מסלול ברירת מחדל או קיים הסכם סעיף 14	מסלול השקעה בפוליסות עובדים ומנהלים שכירים ותגמולים לעצמאיים
		להפקדות שוטפות ב- %	להפקדות שוטפות ב- %
	מודל השקעות תלוי גיל כולל מעבר אוטומטי* (מסלול ברירת המחדל)	%	%
9636	איילון מסלול לבני 50 ומטה - ללא מעבר אוטומטי	%	%
9670	איילון מסלול לבני 50-60 - ללא מעבר אוטומטי	%	%
9671	איילון מסלול לבני 60 ומעלה - ללא מעבר אוטומטי	%	%
12900	איילון מסלול מניות חו"ל מדדי נאסד"ק; S&P 500	%	%
114	איילון מסלול אג"ח	%	%
115	איילון מסלול מניות	%	%
164	איילון מסלול שקלי	%	%
2251	איילון מסלול הלכה**	%	%
14169	איילון מסלול מחקת S&P 500	%	%
14168	איילון מסלול עוקב מדדים - גמיש	%	%
14306	איילון מסלול משולב סחיר	%	%
	סה"כ	100%	100%

* מודל השקעות תלוי גיל (הכולל מעבר אוטומטי) מהווה את מסלול ברירת המחדל למי שלא בחר במסלול השקעות אחר.
** התקשרותי למסלול כהלכה כפופה להיתר עיסקה הנערך עבור איילון חברה לביטוח בע"מ.

10. הצעה לביטוח חיים למקרה מוות - בפוליסה נפרדת

תאריך תחילת ביטוח: _____ / _____ / _____

אמצעי גביה כרטיס אשראי הוראת קבע (נא לצרף טופס הוראת קבע חתום ואישור הקמת הרשאה לחיוב מהבנק).

אופן תשלום חודשי

פירוט הכיסוי הביטוחי	גיל ביטוחי	סכום ביטוח - מועמד ראשון	סכום ביטוח - מועמד שני
<input type="checkbox"/> דרוו 1 - ביטוח חיים למקרה מוות בפוליסת פרט נפרדת דרוו 1	85	₪ _____	₪ _____

מוטבים למועמד הראשון לביטוח יקבעו בהתאם למוטבים שנקבעו בסעיף 4 לעיל. ככל שהינך מעוניין לקבוע מוטבים אחרים, נא לצרף טופס מינוי מוטבים.

מינוי מוטבים לביטוח חיים למקרה מוות - מועמד שני לביטוח

סכום הביטוח ישולם למוטבים כדלקמן*:

שם פרטי	מוטב 1	מוטב 2	מוטב 3
שם משפחה			
מס' זהות			
תושב זר:			
מס' דרכון + מדינת הנפקה			
תאריך לידה			
מין			
כתובת מגורים	רחוב _____ מס' _____ מיקוד _____	רחוב _____ מס' _____ מיקוד _____	רחוב _____ מס' _____ מיקוד _____
קרבה	ישוב	ישוב	ישוב
חלק באחוזים			

* בהעדר מינוי מוטבים, סכום הביטוח ישולם ליורשים החוקיים על פי דין.

שאלון ביטול פוליסה מקורית - בביטוח חיים

המועמד השני לביטוח	המועמד הראשון לביטוח	
<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן - ענה על 2	<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן - ענה על 2	1. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח הרלוונטי לתוכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו?
<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן להקטין באמצעות הסוכן. עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן לבטל - ענה על שאלה 3	<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן להקטין באמצעות הסוכן. עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן לבטל - ענה על שאלה 3	2. האם כוונתך לבטל או להקטין את הכיסוי הביטוחי הרלוונטי בפוליסה הקיימת?
3. האם ברצונך לשלוח את בקשת הביטול באמצעות סוכן הביטוח או חברת הביטוח? מועמד ראשון לביטוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - פרט: <input type="checkbox"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> באמצעות איילון חברה לביטוח בע"מ - יש לצרף טופס ביטול פוליסה שם חברת הביטוח המבטחת: _____		
מועמד שני לביטוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - פרט: <input type="checkbox"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> באמצעות איילון חברה לביטוח בע"מ - יש לצרף טופס ביטול פוליסה שם חברת הביטוח המבטחת: _____		
תאריך	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח

אישור מועמד לצירוף לביטוח - בחינת פוליסות קיימות עם פיצוי זהה/דומה

תצהיר המועמד הראשון לביטוח	תצהיר המועמד השני לביטוח
הנני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה. יש לסמן את האפשרות המתאימה: <input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שאני לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח. <input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה וכי ידוע לי שטופס הצטרפות זה לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת אשר מבטחת מקרה ביטוח המעניק פיצוי זהה/דומה לפוליסה קיימת נוספת על-שמי בחברת _____, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור הפוליסה הקיימת והחדשה, מאחר ובתהליך התאמת הצרכים אשר בוצע על-ידי בעל הרישיון, מצאתי אותן מתאימות לצרכיי. <input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בחברת _____ והכיסוי/פוליסה תבוטל לאחר קבלתי לביטוח על פי הצעה זו.	הנני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה. יש לסמן את האפשרות המתאימה: <input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שאני לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח. <input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה וכי ידוע לי שטופס הצטרפות זה לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת אשר מבטחת מקרה ביטוח המעניק פיצוי זהה/דומה לפוליסה קיימת נוספת על-שמי בחברת _____, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור הפוליסה הקיימת והחדשה, מאחר ובתהליך התאמת הצרכים אשר בוצע על-ידי בעל הרישיון, מצאתי אותן מתאימות לצרכיי. <input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בחברת _____ והכיסוי/פוליסה תבוטל לאחר קבלתי לביטוח על פי הצעה זו.
תאריך	חתימת המועמד הראשון לביטוח
תאריך	חתימת המועמד השני לביטוח

הצהרת הסוכן

1. אני מאשר יישום כל הוראות הדין החלים עליי בעת שיווק מוצרי ביטוח, לרבות בירור צרכי המועמד/ים לביטוח, התאמת הביטוח לצרכיו/הם תוך התייחסות לתוכניות ביטוח קיימות ומסירת המידע למועמד לביטוח.
למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסה/ות ביטוח קיימת/ות שבתוקף: לא כן
ככל שעסקה זו כרוכה בהחלפת פוליסה/ות ביטוח קיימת/ות, וככל שלאחר הליך החיתום הרפואי תקבענה החרגות לביטוח בפוליסה/ות המוצעת/ות, אני מודע לחובתי לכלול בהליך ההתאמה לכל הפחות, מסמך השוואה בין החרגות שנקבעו למועמד/ים לביטוח בפוליסה/ות המוצעת/ות לאלו שבפוליסה/ות המקורית/ות.
2. הנני מאשר בזאת, כי תהליך התאמת צרכים למועמד/ים לביטוח, כלל התייחסות לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשות המועמד/ים. בירור כאמור כלל לכל הפחות בחינה של רשימת מוצרי הביטוח המונפקת באמצעות הר הביטוח, ובאמצעות פניה לחברות המבטחות בהן קיימות פוליסות, ככל וקיימות.

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

הצהרת הבריאות שלהלן, תמלא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם נוחות אך מיועד לשני המינים. יש לענות על כל השאלות הבאות ולסמן את התשובה המתאימה בטור המתאים - "כן" או "לא".
 בכל מקרה של תשובה חיובית ("כן") - יש להשלים את הממצאים החיוביים בטבלת פירוט הממצאים בטופס למטה, וכן להשלים את המידע הרפואי הנדרש בשאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום לצד השאלה ולצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות.
על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, לצרף מכתב מרופא מטפל המפרט: מצב רפואי כללי, פירוט ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

פרטי מועמד שני לביטוח				פרטי מועמד ראשון לביטוח			
שם משפחה		שם פרטי	מס' ת.ז.	שם משפחה		שם פרטי	מס' ת.ז.
קופ"ח	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)	תאריך לידה	קופ"ח	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)	תאריך לידה
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה מעשן כיום? אם כן פרט: כמה שנים _____ פרט סוג _____ (סיגריות/סיגרים/מקטרת/נרגילה)		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם אתה מעשן כיום? אם כן פרט: כמה שנים _____ פרט סוג _____ (סיגריות/סיגרים/מקטרת/נרגילה)		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם עישנת בעבר? אם כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם עישנת בעבר? אם כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סמיים: האם צרכת סמים בהווה/בעבר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סמיים: האם צרכת סמים בהווה/בעבר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/יין או משקה אלכוהולי אחר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/יין או משקה אלכוהולי אחר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות כגון: <input type="checkbox"/> צינטור, <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי גידול, <input type="checkbox"/> ביופסיה, <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> מיפוי לב, <input type="checkbox"/> אקו-לב, או <input type="checkbox"/> בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה וסיבה לביצוע		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות כגון: <input type="checkbox"/> צינטור, <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי גידול, <input type="checkbox"/> ביופסיה, <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> מיפוי לב, <input type="checkbox"/> אקו-לב, או <input type="checkbox"/> בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה וסיבה לביצוע		<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

שאלות כלליות			
מועמד ראשון	מועמד שני	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחים) היו או יש מחלות כגון: מחלות כגון: סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנינגיטוס, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר? אב, אם, אחים יש לפרט קרבה וממצאים.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. האם חל שינוי במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אישפוז (לרבות חדר מיון) ב-5 השנים האחרונות או ידוע לך על הצורך באישפוז לרבות בדיקה פולשנית במהלך השנה הקרובה? (שאלון מס' 9).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו (למעט רופא משפחה)? פרט סיבה, תוצאות וטיפולים.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. האם ב-10 שנים האחרונות עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. אחוזי נכות ומום מולד: האם יש או הייתה לך נכות בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית כל שהיא? אם כן-פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות. (שאלון מס' 16)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. האם הגך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות כגון מ: ביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא ב-אי כושר עבודה כעת?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. האם ב-5 שנים אחרונות הצעתך לביטוח נדחתה על ידי חברת הביטוח או קרן פנסיה? התקבלה בתוספת פרמיה או החרגה? נא לפרט תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות במידה וכן פרט ומסמכים רפואיים?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. האם נעדרת מהעבודה או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות מתי ומאילו סיבה?			
האם אובחנת כלוקה במחלות/הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. האם היית או הגך חולה במחלת/בעית כבד, הפרעות בתפקודי כבד ו/או נשא הפטיטיס B ו/או הפטיטיס C או צהבת מסוג אחר? (שאלון מס' 19).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. מערכת העצבים והמוח כמו טרשת נפוצה, ניוון שרירים אפילפסיה ופרקינסון, אירוע מוחי (שאלון מס' 3).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. מחלות/בעיות בדם כגון קרישה, אנמיה, המופיליה.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. <input type="checkbox"/> מחלות לב, הפרעות בלב (שאלון מספר 11) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות (שאלון מספר 12) <input type="checkbox"/> בעיות כלי דם (שאלון מספר 22).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות: מתח, חרדה, דכאון) (שאלון מס' 17).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. מחלות דרכי הנשימה והריאות (שאלון מס' 2).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. הפרעות בדרכי העיכול, כיס מרה, הטחול והלבלב (שאלון מס' 6).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. מחלות כליות ודרכי השתן, דלקות ואבנים בדרכי השתן ו/או בכליות, דם, או חלבון בדרכי השתן (שאלון מס' 13). מחלות הערמונית (פרוסטטה). (שאלון מס' 23).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. מחלות חילוף חומרים, מחלות אנדוקריניות, סכרת (שאלון מס' 15) מחלות בלוטת המגן (שאלון מס' 4).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. מחלות ובעיות עור (שאלון מס' 18), גידול, מלנומה, מחלות מין, אלרגיות.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. מחלות פרקים (שאלון מס' 21) ורקמות חיבור, דלקת פרקים, ארטרטיס, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה F.M.F. גאוס (שאלון מס' 1).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. בעיות גב ועמוד שדרה, פריצת דיסק, כאבי גב (שאלון מס' 5).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. סרטן, גידולים, לרבות שפירים או מחלות ממאירות.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. בעיות עיניים, הפרעות ראייה, ירוד (קטרקט) גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, ליקוי שמיעה. (שאלון מס' 8)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> לוע (שאלון מס' 20)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. מחלות זיהומיות, איידס/נשא HIV.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. מחלות נשים: מחלות שדיים (כולל גושים בשדיים) רחם, שחלות, תוצאות חריגות בבדיקות לגילוי סרטני (כגון: ממוגרפיה, בדיקת פפס (צואר הרחם)). האם את בהריון כעת? האם היית בעבר בשמירת הריון? האם יש בעיות פוריות? (שאלון מס' 14).			

פירוט ממצאים חיוביים

מס' ת.ז.	שם המועמד	תשובה לסעיף	שנת הארוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבך כיום

תאריך	שם המועמד הראשון לביטוח	ת.ז.	חתימת המועמד הראשון לביטוח
תאריך	שם המועמד השני לביטוח	ת.ז.	חתימת המועמד השני לביטוח

10. ויתור על סודיות רפואית

- רשות לקבלת פרטים** - אני הח"מ, נותן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למסודותיה הרפואיים או לסניפיה, מכוניה ובמעבדותיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, משרד הביטחון, החברות לביטוח, המכונים הרפואיים והמעבדות הרפואיות בבתי החולים למסור מידע ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" ו/או מי מטעמה ו/או בא כוחה, להלן "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהניי חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
- שמירה על סודיות** - הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל מוסד, מכן או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור, ולא תהינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.
- יפוי כוח** - אני מייפה את איילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניה חשוב בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
- כתב ויתור** זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי ע"פ הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.
- שימוש במידע - ידוע לי, כי השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.**

תאריך	שם המועמד הראשון לביטוח	ת.ז.	חתימת המועמד הראשון לביטוח
תאריך	שם המועמד השני לביטוח	ת.ז.	חתימת המועמד השני לביטוח

11. הצהרת סוכן הביטוח כעד לחתימה

אני הח"מ מאשר בזאת, כי המועמדים לביטוח / מבוטחים זוהו על ידי בתעודה מזהה וחתמו על ויתור סודיות זה

תאריך	שם הסוכן	מספר רישיון (חובה)	חתימת הסוכן
-------	----------	--------------------	-------------

12. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון - בפוליסה תגמולים לעצמאים

החל מ- 15/3/2018 יש לצרף את השאלונים הבאים: הצהרת נהנה, הכר את הלקוח (ברמת ת.ז.), הכר את הלקוח-ברמת פוליסה, הכר את הלקוח-מוגבר (עפ"י דרישה).

13. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים מטה, המועמדים לביטוח על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקשים בזאת להצטרף לתוכנית כמפורט בהצעה זו.
אני/אנו מצהירים מסכימים ומתחייבים בזה כי:
א. כל המידע שנמסר על ידי בתשובה לשאלות החברה כמפורט בטופס הצעה זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו ("המידע"), הינן מלאות, נכונות וכנות.
ב. ידוע לי כי המידע האמור מהווה מידע בענין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות החברה לכרות את חוזה הביטוח בכלל ו/או בתנאים שבו והוא מהווה בסיס להסכמת החברה לכריתת חוזה הביטוח בתנאים בו נכרת ובפרט לענין דמי הביטוח ותנאי הכיסוי הביטוחי. ידוע לי כי בהתאם לדיון החל, מסירת תשובות שאינן מלאות וכנות, עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על פי חוזה הביטוח.
ג. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתידרש לנמק את החלטתה ובכפוף להוראות הדין.
ד. אני/אנו, המועמדים לביטוח מצהירים כי הפיצויים החודשיים לפי ביטוח אי כושר עבודה, במידה ויעשה ביטוח נוסף זה, יחד עם הפיצויים החודשיים בקופות פנסיה/פוליסות/מוסדות אחרים אינם עולים על 75% מהכנסתי/נו הממוצעת בשנה האחרונה.
ה. אני/נו מתחייבים להודיע לחברה אם בעתיד יחול שינוי באלו מהמידע שנמסר בהצעה זו, וזאת מיד עם היוודע לי/לנו דבר השינוי.
- אני/אנו החתומים מטה מסכימים כי החברה תיתן לי/לנו מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני/אנו מודעים לכך שקבלת ו/או מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת, עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
- אני/אנו מאשרים ומסכימים שהחברה תהא רשאית אך לא חייבת להקלית את התקשורת שתתקיים עימי/נו בקווי התקשורת השונים.
- אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין: אני/אנו מאשרים ונותנים בזאת את הסכמתי/נו לבצע אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים הבאים: תעודת זהות, שם משפחה ושם פרטי, מצב משפחתי, מען מלא, מין ותאריך לידה.
- אני/אנו מאשרים לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם האוכלוסין.
- ידוע לי/לנו כי בקשות לשינוי הכיסויים הביטוחיים, הוספת כיסוי ביטוחי או הגדלתו, בקשות לשינוי מסלולי ההשקעה או למשיכת החיסכון המצטבר, צריכות להימסר בכתב, אך ורק במשרדי החברה.
- הריני מאשר בזאת כי במקרה של חריגת הפרמיה לכיסויים הביטוחיים בפוליסה זו, ידוע לי כי, העלות המצטברת של סכום הביטוח למקרה מוות והפיצוי החודשי במקרה של אבדן כושר עבודה מתוך ההפקדות, ככל שברכשו, לא תעלה על 35% מסך ההפקדות לתגמולים. מעל לשיעור המותר בתקנות כיסויים ביטוחיים, יוקטן תחילה הכיסוי למקרה מוות, אחר כך יוקטן הפיצוי החודשי לביטוח אובדן כושר עבודה ולבסוף יבוטל השחרור.
- מועד תחילת תקופת הביטוח של הפוליסה** יהיה בהתאם לתאריך הנקוב בדף פרטי הביטוח כמועד התחלת הביטוח אך ורק לאחר שהתקבל אמצעי תשלום, או לחילופין שלום התשלום הראשון של דמי הביטוח (פרמיה ראשונה) והכל בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה. בנוסף, משהתקבל המבוטח לביטוח, יהיה הכיסוי הביטוחי הכלול בדף פרטי הביטוח בתוקף לפי המאוחר מבין: תאריך החתימה על ההצעה או תאריך תחילת תקופת הביטוח.

תאריך	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח
-------	----------------------------	--------------------------

14. הר הביטוח - בקשה להסרת מידע פוליסות מאתר משרד האוצר

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לכם לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלכם בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. לידעתכם, אי העברת הנתונים תמנע ממכם לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלכם בכל חברות הביטוח בישראל.

במידה ואינכם מעוניינים שנעביר את הנתונים, עליכם לסמן להלן ולחתום

- מועמד ראשון לביטוח - הנני מבקש להסיר את כל נתוני פוליסות הביטוח הקיימות על שמי בחברת איילון, מאתר האינטרנט של משרד האוצר.
 - מועמד שני לביטוח - הנני מבקש להסיר את כל נתוני פוליסות הביטוח הקיימות על שמי בחברת איילון, מאתר האינטרנט של משרד האוצר.
- ידוע לנו כי אי העברת הנתונים תמנע מאתנו לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלנו בכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת המועמד הראשון לביטוח	חתימת המועמד השני לביטוח
-------	----------------------------	--------------------------

15. הצהרת הסוכן

אני החתום מטה סוכן הביטוח מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמדים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידם

תאריך	שם	חתימת הסוכן/בעל רישיון
-------	----	------------------------



<p>הנני לאשר כי קיים בין העובד והמעסיק הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין, מתוקף הסכם עבודה ו/או מתוקף צוו הרחבה ענפי.</p>	<p><input type="checkbox"/> כן, יש לפרט: <input type="checkbox"/> על מלא ההפקדה לפיצויים <input type="checkbox"/> על הפקדה חלקית לפיצויים, בשיעור 6% מהמשכורת המבוטחת</p>	<p>א החלת הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג - 1963</p>	
<p>"זכאות בלא תנאי" - המעסיק מאשר בזאת כי הזכאות ליתרת מרכיבי החיסכון בפוליסה זו לרבות מרכיב הפיצויים - הינה של העובד, למעט "על פי סייג לזכאות". המעסיק מאשר כי הוראה זו אינה ניתנת לשינוי או לביטול, אם ניתנה ביום התשלום הראשון של המעסיק לפוליסה. מועד הזכאות יתגבש החל מהמועד הנקוב להלן, אך לא יותר משלוש שנות עבודה של העובד אצל אותו המעסיק, בכפוף להוראות ההסדר התחיקתי.</p> <p>"סייג לזכאות" - זכאותו של העובד כאמור לעיל, לא תחול אם התקיימו התנאים המצדיקים פיטורים בלא פיצויים בהתאם לסעיפים 16 או 17 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג - 1963.</p> <p>"צבירת הפיצויים" - ערך הפדיון של מרכיב הפיצויים יהיה שווה לסך כל ההפקדות בתוספת רווחים כפי שיוחסו למרכיב זה, בהתאם לתקנות מס ההכנסה ובניכוי דמי ניהול כפי שיוחסו למרכיב זה.</p> <p>בסיום עבודה ערך הפדיון של הפיצויים יהיה הגבוה מבין הערכים הבאים:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. צבירת הפיצויים (כמפורט לעיל). 2. סך כל ההפקדות ששולמו למרכיב הפיצויים, כשהם צמודים למדד מחירים לצרכן. <p>אם תידרש השלמה, תשלום ההשלמה ינוכה ממרכיב התגמולים של העובד והמעסיק באופן יחסי, אך לא יותר מסך החיסכון הצבור בפוליסה.</p>	<p><input type="checkbox"/> כן יש לפרט את מועד הזכאות לעובד: <input type="checkbox"/> מייד <input type="checkbox"/> בתום 3 שנות עבודה <input type="checkbox"/> לאחר _____ שנים (אך לא יותר מ-3 שנים)</p>	<p>ב זכאות בלא תנאי</p>	
<p>הסכמת המעסיק נדרשת אם לא קיים הסכם לפי סעיף 14 או שהעובד בחר במסלול השקעה לפיצויים השונה ממסלול ברירת המחלל: "מודל תלוי גיל".</p>	<p><input type="checkbox"/> הצהרת המעסיק: הנני מאשר הפקדת מרכיב הפיצויים בכל אחד ממסלולי ההשקעה הקיימים בחברה, בהתאם לבחירת העובד.</p>	<p>ג הוראות לעניין בחירת מסלול השקעה על מרכיב הפיצויים בפוליסה</p>	
<p>חתימה וחותמת המעסיק</p>	<p>תאריך</p>	<p>תפקיד</p>	<p>שם + שם משפחה של החותם</p>

הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי

אני מר/גב' _____ מס' זהות _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____
שם מספרו _____ בתוקף עד _____ סוג כרטיס _____ <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר _____
מועד גביה בכרטיס אשראי: <input type="checkbox"/> ב- 3 לכל חודש <input type="checkbox"/> ב- 11 לכל חודש <input type="checkbox"/> ב- 28 לכל חודש
מאשר בזאת כי שובר 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, על 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 _____ חתימת בעל הכרטיס _____

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון - ביטוח חיים

_____	_____	_____	_____
מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
6 3 9			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ	
אם יישלחו על ידי המוטב חייבים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.			

לכבוד _____ בנק _____
 סניף _____ (_____) ("הבנק")
 הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
 או-
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:
 תקרת סכום החיוב - _____ ₪.
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____.

לתשומת ליבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות

מועד גביה בהוראת קבע לבחירה: ב-10 לכל חודש ב-25 בכל חודש (במידה ולא סומן, ברירת המחדל תהיה ב-10 לכל חודש)

1. אני הח"מ _____ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות / ח.פ. _____ ("הלקוח")

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. ידוע לנו כי:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
 - 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 יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
 - 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.
 - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

תאריך _____	חתימת הלקוח _____
-------------	-------------------

אישור הבנק

_____	_____	_____	_____
מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
6 3 9			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ	

לכבוד _____
איילון חברה לביטוח בע"מ
 רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת-גן
 ת.ד. 10957, מיקוד 5250606

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חייבים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך _____	בנק _____	סניף _____	חתימה וחותמת הסניף _____
-------------	-----------	------------	--------------------------

