



# הצעה לניוד - מנהלים ותגמולים לעצמאים

לשם הנוחיות, הטופס מנוסח בלשון זכר - הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

**חותמת החברה נתקבל**

**פרטי המשוק**

שם הסוכן	מס' סוכן	ת.ז./ח.פ.
שם המפקח	מחוז/סניף	

מסגרת המס:  תגמולים לעצמאים  מנהלים  בעל שליטה

**תאריך תחילת הביטוח**

שנה	חודש	יום
-----	------	-----

תאריך התחלת הביטוח הינו כמפורט לעיל או תאריך החתימה על הטופס, המאוחר מבניהם

**1. פרטי המעסיק בפוליסת מנהלים / פרטי בעל הפוליסה בתגמולים לעצמאים**

שם	המען	מיקוד	מספר פקס
מספר טלפון	מס התאגדות / ת.ז. / ח.פ.	דוא"ל	

**2. פרטי המועמד לביטוח**

שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	תאריך לידה	ארץ לידה
מין <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א	מס' ילדים	דוא"ל	
כתובת מגורים	רחוב	מס'	עיר	ת.ד.
מספר טלפון רגיל	מספר טלפון נייד	מיקוד		

**3. ערוץ תקשורת מועדף לקבלת מידע ודוחות תקופתיים**

הנני מסכים כי מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוחות התקופתיים ישלחו אלי 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.

אבקש לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוחות התקופתיים באמצעות דואר ישראל, על פי הכתובת המפורטת בטופס זה וכפי שאעדכן את החברה מעת לעת.

**ככל שלא תסומן בחירה, יישלחו מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווחים השנתיים באמצעים דיגיטליים כאמור.**

תאריך חתימת המועמד לביטוח

**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](http://www.ayalon-ins.co.il) או באמצעות מרכז שירות הלקוחות בטלפון 6677\*.

**3. נתונים אישיים**

מקצוע

עיסוק ותפקיד (הגדרה מדוייקת)

האם קיים סיכון במיקצועך/אורח חייך?

האם יש לך תחביבים מסוכנים כגון: גלישה, צלילה, דאיה, צניחה, מירוץ צים, טייס?

לא  כן, יש למלא שאלון תחביבים

**4. מינוי מוטבים**

**מינוי מוטבים למקרה פטירה**

**סכום הביטוח ישולם למוטבים כדלקמן:**

סמן אחת מהאפשרויות הבאות בלבד:  ליורשים חוקיים  לפי צוואה  למוטבים המפורטים מטה

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

**5. פוליסל חדש למנהלים שכירים ובעלי שליטה - בתכנית קצבה - ניווד בלבד**

					תאריך התחלת עבודה אצל המעסיק		
					סוג הצמדה		
					אופן תשלום		
					<input type="checkbox"/> לשכר <input type="checkbox"/> תוספת יוקר <input type="checkbox"/> לתוספת יוקר כפוף לתקרה <input type="checkbox"/> למדד		
					<input type="checkbox"/> שוטף חודשי - ניווד פעיל <input type="checkbox"/> ללא הפקדות - ניווד לקופה לא פעילה		
דמי ניהול בפוליסה		שיעורי ההפקדות בפוליסה			חובד שכר	משכורת מבוטחת	תכניות ביטוח מניוד*
דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	דמי ניהול מההפקדה השוטפת	ע"ח העובד לתגמולים	ע"ח מעסיק לתגמולים	ע"ח לפיצויים			
_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %		נ	<input type="checkbox"/> ניווד מקופה פעילה - לקופה פעילה באיילון הכספים מהחברה המעבירה יופקדו בפוליסה ח"פ חדשה באיילון (קוד מצב סריקה 11+12)
_____ %							<input type="checkbox"/> ניווד מקופה פעילה - לקופה לא פעילה באיילון הכספים מהחברה המעבירה יופקדו בפוליסה ח"פ חדשה באיילון (קוד מצב סריקה 12)
_____ %							<input type="checkbox"/> ניווד מקופה לא פעילה - לקופה לא פעילה באיילון הכספים מהחברה המעבירה יופקדו בפוליסה ח"פ חדשה באיילון (קוד מצב סריקה 12)
_____ %							<input type="checkbox"/> ניווד מקופה לא פעילה - לקופה קיימת פעילה באיילון הכספים מהחברה המעבירה יופקדו בפוליסה ח"פ חדשה באיילון (קוד מצב סריקה 12)
<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה SA					נ		<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה - יש לפרט בפרק 6

\* מובהר בזאת, כי במקרה בו בקשת הניוד בוטלה/פקעה בהתאם לתקנות, תבוטל גם פוליסת ביטוח המנהלים הפעילה/לא פעילה אשר הופקה באיילון. לביצוע העברת כספים - יש למלא ולהעביר מחדש טופס הצטרפות ונספח א' לניוד.

**6. תכנית לביטוח אובדן כושר עבודה לשכיר ובעל שליטה**

<b>תקציב ביטוח אובדן כושר עבודה לרובדי השכר הבאים:</b> <input type="checkbox"/> לשכר יסודי <input type="checkbox"/> לרובדי שכר נוספים: _____ מותנה בתשלומים חודשיים שוטפים.	
<input type="checkbox"/> ע"ח שלב מעסיק עד _____% (אך לא פחות מ-2.5%) מהמשכורת המבוטחת, היתרה מתוך ההפקדות לתגמולים - לרכישת פיצוי שלא יפחת.	
<input type="checkbox"/> ע"ח שלב מעסיק עד _____% (אך לא פחות מ-2.5%) מהמשכורת המבוטחת. במידה והפרמיה לא א.כ.ע תעלה על התקציב יוקטן הפיצוי לאובדן כושר עבודה.	
<input type="checkbox"/> מתוך ההפקדות לתגמולים - לרכישת פיצוי שלא יפחת.	
שים לב: בהתאם לצו ההרחבה בדבר הגדלת הפרשות לביטוח פנסיוני במשק מיום 23.5.2016, תשלום המעסיק עבור רכישת כיסוי למקרה של אובדן כושר עבודה יהיה בשיעור הדרוש להבטחת 75% פיצוי מהשכר המבוטח. ככל שיהיה צורך בהגדלת תקציב המעסיק לרכישת הכיסוי לביטוח אובדן כושר עבודה, העלויות למעסיק ביחד עם ההפקדה לתגמולים מעסיק יהיו עד 7.5% מהשכר המבוטח.	
* על פי תקנה 19 בכל מקרה של הפרשה לפיצויים בקופה לקצבה, חייבת להיות הפרשה מקבילה לתגמולים בשיעור שלא יפחת מהוראת פקודת מס הכנסה כדלקמן: תגמולי מעסיק לכל הפחות 5%, תגמולי עובד לכל הפחות 5%.	
** על פי הוראת צו ההרחבה בדבר הגדלת הפרשות לביטוח פנסיוני במשק מיום 23.5.2016, שיעור הפקדת מעסיק, כולל הפקדה לאובדן כושר עבודה לא יפחת מ 6.5% ושיעור ההפקדה למרכיב תגמולי עובד לא יפחת מ 6%.	

**7. פוליסל חדש לעצמאי - בתכנית קצבה - ניווד בלבד**

					אמצעי גביה	
					אופן תשלום	
					<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (מצ"ב טופס) <input type="checkbox"/> הוראת קבע (מצ"ב טופס מאושר ע"י הבנק)	
					<input type="checkbox"/> שוטף חודשי - ניווד פעיל <input type="checkbox"/> ללא הפקדות - ניווד לקופה לא פעילה	
דמי ניהול בפוליסה		פרמיה חודשית צמודה למדד	שיעור הפקדה לסעיף 47	הכנסה חודשית מבוטחת צמודה למדד	תכניות ביטוח מניוד*	
דמי ניהול מהחיסכון המצטבר	דמי ניהול מההפקדה השוטפת					
_____ %	_____ %	נ	_____ %	נ	<input type="checkbox"/> ניווד מקופה פעילה - לקופה פעילה באיילון הכספים מהחברה המעבירה יופקדו בפוליסה ח"פ חדשה באיילון (קוד מצב סריקה 11+12)	
_____ %					<input type="checkbox"/> ניווד מקופה פעילה - לקופה לא פעילה באיילון הכספים מהחברה המעבירה יופקדו בפוליסה ח"פ חדשה באיילון (קוד מצב סריקה 12)	
_____ %					<input type="checkbox"/> ניווד מקופה לא פעילה - לקופה לא פעילה באיילון הכספים מהחברה המעבירה יופקדו בפוליסה ח"פ חדשה באיילון (קוד מצב סריקה 12)	
_____ %					<input type="checkbox"/> ניווד מקופה לא פעילה - לקופה קיימת פעילה באיילון הכספים מהחברה המעבירה יופקדו בפוליסה ח"פ חדשה באיילון (קוד מצב סריקה 12)	
<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה SA					נ	<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה - יש לפרט בפרק 8

\* מובהר בזאת, כי במקרה בו בקשת הניוד בוטלה/פקעה בהתאם לתקנות, תבוטל גם פוליסת התגמולים לעצמאים הפעילה/לא פעילה אשר הופקה באיילון. לביצוע העברת כספים - יש למלא ולהעביר מחדש טופס הצטרפות ונספח א' לניוד.

**8. תקציב חושן - תכנית לביטוח אובדן כושר עבודה לעצמאי**

<input type="checkbox"/> מתוך הפרמיה לתגמולים בסעיף 47, בכפוף לתקנות כסויים ביטוחיים - לרכישת פיצוי א.כ.ע בשיעור שלא יפחת.
<input type="checkbox"/> אובדן כושר עבודה SA - בתקציב נפרד. העלות תקבע בהתאם לגובה הכיסוי הביטוחי שנרכש בפרק 9, ותתעדכן מידי שנה.

9. חושן - רכישת כיסוי לביטוח אובדן כושר עבודה פיזיו ושחרור		שיעור הפיצוי**	לגיל* תום תקופה									
<input type="checkbox"/> רכישת פיצוי חודשי בשיעור המפורט בטבלה, מגובה השכר/הכנסה המבוטחת בתכנית זו: <input type="checkbox"/> ב.א.כ.ע. SA בלבד - רכישת שחרור לפוליסה אחרת (פנסיונית) או חברה אחרת יש לפרט את שיעורי ההפקדה לשחרור מהשכר/הכנסה המבוטחת בתכנית זו:		% _____	<input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 67									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>רכיב</th> <th>ע"ח מעסיק</th> <th>גמל עובד / 47</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>פיצויים</td> <td>% _____</td> <td>% _____</td> </tr> <tr> <td>תגמולים</td> <td>% _____</td> <td>% _____</td> </tr> </tbody> </table>		רכיב	ע"ח מעסיק	גמל עובד / 47	פיצויים	% _____	% _____	תגמולים	% _____	% _____	<b>עלות מפעלי א.כ.ע.</b> % _____ מהשכר המבוטח	
רכיב	ע"ח מעסיק	גמל עובד / 47										
פיצויים	% _____	% _____										
תגמולים	% _____	% _____										

**נספחי הרחבה לתוכנית הבסיסית - יש לסמן את ההרחבות להוספה בתכנית:**

1. חושן עיסוק ספציפי  
 2. ביטול קיזוז פיצוי חודשי מגורם ממשלתי  
 3. חושן פיצוי סיעוד בשיעור: % \_\_\_\_\_ מהשכר (שיעור הפיצוי לא יעלה על 1/3 משיעור הפיצוי לאכ"ע, ייחד לא יותר מ- 100% מהשכר/הכנסה מבוטחת)

**יש לסמן רק אחת מההרחבות הבאות בכל סעיף:**

4. חושן פרנצ'יזה  
 5. חושן פיצוי צמוד מדד 36 חוד' או חושן פיצוי צמוד מדד 48 חוד'  
 6. חושן פיצוי עולה 1% בשנה או חושן פיצוי עולה 2% בשנה  
 7. חושן שכר עולה (גג חתם) 20% או חושן שכר עולה (גג חתם) 25%

\* יש לקבוע גיל ביטוחי לתום תקופת הביטוח בין 60-67. בהעדר מילוי, ברירת המחדל תהיה לגיל 67 לגברים ולנשים.  
\*\* הפיצוי החודשי מוגבל ל- 75% מהשכר/הכנסה המבוטחת בתכנית זו.  
\*\*\* ידוע לי כי במקרה ביטוח, ינוכח דמי ניהול שנתיים בשיעור 0.6% החל ממועד הצמדת הפיצוי לתשואת מסלול ההשקעה

**10. 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 ביינוץ פנסיוני ובשיווק פנסיוני) התשס"ה-2005, בכפוף לחוזרי רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון, לרבות;  
 ברור אודות קיומו של כיסוי ביטוחי קיים, לכל הפחות באמצעות הגשת בקשת מידע חד פעמית למסלוקה הפנסיונית, מתן המלצה מתאימה למבוטח ומסירת מסמך הנמקה.

**הנני מאשר כי ההכנסה המבוטחת בהצעה זו לביטוח אובדן כושר עבודה:**

- הינה הכנסה מעבודה הקיימת למבוטח, והכנסה זו אינה מבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים.  
 ככל שהתכנית לאובדן כושר עבודה היא בגין הכנסה מעבודה המבוטחת בכיסוי ביטוחי קיים - **אני פועל לביטול התכנית הקיימת לאובדן כושר עבודה.**  
 ההכנסה המבוטחת לאובדן כושר עבודה, **אינה הכנסה המבוטחת בקרן פנסיה חדשה.**  
 שיעור הכיסוי לביטוח אובדן כושר בהצעה זו ובתכניות ביטוח קיימות (אם קיימות) **לא עולה על 75%** מהכנסתו המלאה מעבודה של המבוטח.  
 ככל ובמסגרת הליך בירור צרכים הצעתי הרחבה ל"חושן עיסוק ספציפי", פרטתי למועמד לביטוח את הערך המוסף להרחבה זו, לרבות:

1. פירוט **האירועים** הביטוחיים שבגינם יש צורך בכיסוי עיסוק ספציפי.  
2. פירוט **העיסוקים** שאליהם יופנה המבוטח אם לא ירכוש את ההרחבה לעיסוק ספציפי, ויישאר בהגדרת מקרה הביטוח בתכנית הבסיסית: "עיסוק סביר אחר התואם את ניסיונו, השכלתו והכשרתו בתקופה של 3 שנים לפני קרות מקרה הביטוח", וזאת בהתאם לנתוניו ועיסוקו במועד המכירה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הסוכן / בעל הרישיון \_\_\_\_\_

**11. חריגת פרמיה לכיסויים ביטוחיים מתוך ההפקדות לתגמולים**

הריני מאשר בזאת כי במקרה של חריגת הפרמיה לכיסויים הביטוחיים בפוליסה זו, מעל לשיעור המותר בתקנות כיסויים ביטוחיים, יוקטן תחילה הכיסוי למקרה מוות, אחר כך יוקטן הפיצוי החודשי לביטוח אובדן כושר עבודה ולבסוף יבוטל השחרור.

**12. 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 לתגמולים לשכירים ולעצמאים	
		להפקדות שוטפות ב-%	לחיסכון מנויד ב-%	להפקדות שוטפות ב-%	לחיסכון מנויד ב-%	לחיסכון מנויד ב-%	להפקדות שוטפות ב-%
	מודל השקעות תלוי גיל כולל מעבר אוטומטי* (מסלול ברירת המחדל)	%	%	%	%	%	%
9636	איילון מסלול לבני 50 ומטה	%	%	%	%	%	%
9670	איילון מסלול לבני 50-60	%	%	%	%	%	%
9671	איילון מסלול לבני 60 ומעלה	%	%	%	%	%	%
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 מחקה S&P 500	%	%	%	%	%	%
14168	איילון מסלול עוקב מדדים - גמיש	%	%	%	%	%	%
14306	איילון מסלול משולב סחיר	%	%	%	%	%	%
	<b>סה"כ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

\* מודל השקעות תלוי גיל (הכולל מעבר אוטומטי) מהווה את מסלול ברירת המחדל למי שלא בחר במסלול השקעות אחר.  
\*\* התקשרות למסלול כהלכה כפופה להיתר עיסוק הנערך או שיערך ע"י ועד ההלכה עבור איילון חברה לביטוח בע"מ. בעלותי וזכויותי בנכסי הקרן היא ע"פ המסוכם בין ועד ההלכה לאיילון חברה לביטוח בע"מ והכל על דעתם של חברי ועד ההלכה. ידוע לי כי כספי הקרן מושקעים לפי המוסכם בין בד"צ העדה החרדית ירושלים וועד ההלכה לחברת איילון.

הצהרת הבריאות שלהלן, תמולא 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 זה 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, אישפוזים ותוצאות בדיקות ידיות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.**

פרטי המועמד		שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	משקל (ק"ג)	גובה (ס"מ)	קופ"ח
-------------	--	---------	----------	------------	------------	------------	-------

מבטח	שאלות כלליות
כן	לא
<b>האם אובחנת כלוקה במחלות/הפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:</b>	
	13. האם היית או הנך חולה במחלת/בעית כבד, הפרעות בתפקודי כבד ו/או נשא הפטיטיס B ו/או הפטיטיס C או צהבת מסוג אחר? (שאלון מס' 19).
	14. מערכת העצבים והמוח כמו טרשת נפוצה, ניוון שרירים אפילפסיה ופרקינסון, אירוע מוחי (שאלון מס' 3).
	15. מחלות/בעיות בדם כגון קרישה, אנמיה, המופיליה.
	16. <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).
	17. מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות: מתח, חרדה, דכאון) (שאלון מס' 17).
	18. מחלות דרכי הנשימה והריאות (שאלון מס' 2).
	19. הפרעות בדרכי העיכול, כיס מרה, הטחול והבלב (שאלון מס' 6).
	20. 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).
	21. מחלות חילוף חומרים, מחלות אנדוקריניות, סכרת (שאלון מס' 15) מחלות בלוטת המגן (שאלון מס' 4).
	22. מחלות ובעיות עור (שאלון מס' 18), גידול, מלנומה, מחלות מין, אלרגיות.
	23. מחלות פרקים (שאלון מס' 21) ורקמות חיבור, דלקת פרקים, אריטריטיס, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה F.M.F. גאוס (שאלון מס' 1).
	24. בעיות גב ועמוד שדרה, פריצת דיסק, כאבי גב (שאלון מס' 5).
	25. סרטן, גידולים, לרבות שפירים או מחלות ממאירות.
	26. בעיות עיניים, הפרעות ראייה, ירוד (קטרקט) גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, ליקוי שמיעה. (שאלון מס' 8)
	27. בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> לוע (שאלון מס' 20)
	28. מחלות זיהומיות, איידס/ נשא HIV.
	29. 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).

מבטח	שאלות כלליות
כן	לא
	1. האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחים) היו או יש מחלות כגון: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר? אב, אם, אחים יש לפרט קרבה וממצאים.
	2. האם אתה מעשן כיום? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ פרט סוג _____: (סיגריות/סיגרים/פיפ/נרגילה) האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן, פרט: במשך כמה שנים עישנת _____, כמות סיגריות ליום _____ מתי הפסקת לעשן? _____, כמות סיגריות ליום _____ סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר. <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא מתי הופסק _____ (שאלון מס' 7).
	3. האם חל שינוי במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? 4. 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).
	5. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו (למעט רופא משפחה)? פרט סיבה, תוצאות וטיפולים.
	6. האם ב-10 שנים האחרונות עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח? 7. 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)
	8. האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות כגון מ: ביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא ב-א כי כושר עבודה כעת? 9. 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"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> מייפוי 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.
	10. האם ב-5 שנים אחרונות הצעתך לביטוח נדחתה על ידי חברת הביטוח או קרן פנסיה? התקבלה בתוספת פרמיה או החרגה? נא לפרט.
	11. תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות במידה וכן פרט ומסמכים רפואיים?
	12. האם נעדרת מהעבודה או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות מתי ומאיזו סיבה?

פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא לציין את מס' הסעיף אליו הינך מתייחס)				
שם המבטח	תשובה לסעיף	שנת הארוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבך כיום

14. יתור על סודיות רפואית				
1.	רשות לקבלת פרטים - אני ה"מ", נותן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה 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"אילון 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.			
2.	שמירה על סודיות - הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל מוסד, מכן או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסיניפכם מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור, ולא תהייה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.			
3.	ייפוי כוח - אני מייפה את אילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותי כ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהייה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.			
4.	כתב יתור זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי עפ"י הפוליסה, את בי אחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.			
5.	שימוש במידע - ידוע לי, כי השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.			

תאריך	שם המועמד	ת.ז.	חתימת המועמד לביטוח

15. הצהרת סוכן הביטוח כעד לחתימה				
תאריך	שם הסוכן	מספר רשיון (חובה)	חתימת הסוכן	אני ה"מ" מאשר בזאת, כי המועמדים לביטוח / מבוטחים זוהו על ידי בתעודה מזהה וחתמו על יתור סודיות זה

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

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

**17. הצהרת בעל הפוליסה בתגמולים לעצמאי / המועמד לביטוח בביטוח מנהלים**

1. אני/אנו החתומים/ים מטה, המועמד/ים לבעלות על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקשים/ים בזאת להצטרף לתוכנית כמפורט בהצעה זו.  
אני/אנו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים 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 בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את החלטתכם.  
ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק אם תאושר קבלת המועמד לביטוח ע"י החברה.
- ד. אני/אנו, המועמד/ים לביטוח מצהיר/ים 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.
2. החברה מעמידה לרשות מבטחיה אזור אישי באתר האינטרנט בכתובת: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il), לקבלת מידע וביצוע פעולות. ידוע לנו כי השימוש באזור האישי עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות וזאת על אף אמצעי אבטחת המידע ואיכות מידע סבירים שהחברה נוקטת. המידע הקיים בספרי החברה הוא הגובר.
3. ידוע לי/לנו ואני/אנו מסכימ/ים כי הפרטים שמסרנו ו/או כל מידע שגיגע לידיעת החברה יאוכסנו במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981.
4. אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין: אני/אנו מאשר/ים ונותן/ים 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 מאשר/ים לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם האוכלוסין.
5. 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.

תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-------------------	---------------------

**18. הר הביטוח - בקשה להסרת מידע פוליסות מאתר משרד האוצר**

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

**במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך לסמן להלן ולחתום**

הנני מבקש להסיר את כל נתוני פוליסות הביטוח הקיימות על שמי בחברת איילון, מאתר האינטרנט של משרד האוצר.  
ידוע לי כי אי העברת הנתונים תמנע ממני לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת המועמד לביטוח
-------	---------------------

**19. הצהרות מעסיק - שליטה בכספים שהופקדו למרכיב הפיצויים**

**בסימון אחד מסעיפים א-ד יש לצרף חתימה וחותמת המעסיק. במידה ולא יסומן או לא יחתם על ידי המעסיק - ברירת המחלף תהיה "לא". ניתן לבחור רק אחת מהאפשרויות א-ג להלן.**

א	החלת הסכם לפי סעיף 14 לחוק פיצויי פיטורין התשכ"ג - 1963	כן, יש לפרט: <input type="checkbox"/> על מלא ההפקדה לפיצויים <input type="checkbox"/> על הפקדה חלקית לפיצויים, בשיעור 6% מהשכר המבוטח.
ב	העברת בעלות אוטומטית	<input type="checkbox"/> כן
ג	זכאות בלא תנאי	<input type="checkbox"/> כן <b>יש לפרט את מועד הזכאות לעובד:</b> <input type="checkbox"/> מידי <input type="checkbox"/> בתום 3 שנות עבודה <input type="checkbox"/> לאחר _____ שנים (אך לא יותר מ-3 שנים)
ד	הוראות לעניין בחירת מסלול השקעה על מרכיב הפיצויים בפוליסה	<input type="checkbox"/> הצהרת המעסיק: הנני מאשר הפקדת מרכיב הפיצויים בכל אחד ממסלולי ההשקעה הקיימים בחברה, בהתאם לבחירת העובד.
שם + שם משפחה של החותם		תפקיד
חתימה וחותמת המעסיק		תאריך

**20. הצהרת הסוכן**

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

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

# הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי \*

אני/מר/גב' _____ ת.ז. _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____	
שם מספרו	בתוקף עד
<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 לבכם: 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 בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות / ח.פ. \_\_\_\_\_ ("הלקוח")
- מבקשים בזה להקים בחשבונו 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)		

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/נב בנק 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 בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

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