



הצעה לביטוח פוליסל בשבילך - לפרט

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

המכירה בוצעה: בשיחה טלפונית עם/ללא חתימה דיגיטלית - חובה לצרף קובץ הקלטה
(חובה למלא) במכירה פרונטלית

חותמת החברה נתקבל

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

פרטי המועמד/ים לביטוח						
מועמד ראשון לביטוח (בעל הפוליסה)						
שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.		
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי		מס' ילדים		ארץ לידה
טלפון נייד		טלפון נוסף				
כתובת מגורים	רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד	

מועמד שני לביטוח						
שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.		
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי		מס' ילדים		ארץ לידה
טלפון נייד		טלפון נוסף				
כתובת מגורים	רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד	

נתונים אישיים		
מקצוע	מבוטח ראשי	מבוטח שני
עיסוק ותפקיד (הגדרה מדויקת)		
האם קיים סיכון במקצוע/אורח חייך	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>
האם יש לך תחביבים מסוכנים? גלישה, צלילה, דאיה, צניחה, מירוצים, טייס)	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>

ערוץ תקשורת מועדף לקבלת מידע ודוחות תקופתיים	
<input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> 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.	
תאריך	ככל שלא תסומן בחירה, יישלחו מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווחים השנתיים באמצעים דיגיטליים כאמור.
	חתימת המועמד הראשון לביטוח
חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך באיילון ביטוח, יישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמית 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*.	



מיסוי מדינות זרות - לבעל הפוליסה									
שם פרטי באנגלית: (שדה חובה)	ארץ לידה **: (שדה חובה)								
*שם משפחה באנגלית: (שדה חובה)	כתובת במדינה זרה באנגלית: (ככל שקיימת)								
הצהרת FATCA - דרישת דיווח לשלטונות המס בארה"ב למילוי על ידי בעל הפוליסה									
האם אתה אזרח אמריקאי: <input type="checkbox"/> כן - העבר טופס W-9	הנני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון למועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח על כל שינוי. תאריך _____ * חתימה _____								
האם אתה תושב לצרכי מס בארה"ב: <input type="checkbox"/> כן - העבר טופס W-9									
<p>במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים חובה למלא ולצרף טופס W-9.</p> <p>במידה וארץ הלידה שלך ארה"ב ואתה לא אזרח ולא תושב ארה"ב, חובה למלא ולצרף טופס W-8 BEN ולהמציא אישור ויתור על אזרחות מטעם שגרירות ארה"ב.</p> <p>הטפסים זמינים להורדה באתר החברה בכתובת: www.ayalon-ins.co.il</p>									
הצהרת CRS ליחיד - חובה לדווח את כל המדינות בהן אתה תושב לצרכי מס, לשם דיווח לשלטונות המס במדינות המוצהרות									
<p>הנני מצהיר בזאת שאני תושב לצרכי מס במדינות הבאות בלבד:</p> <p><input type="checkbox"/> בישראל בלבד.</p> <p><input type="checkbox"/> בישראל ובמדינה/ות זרות כמפורט להלן בטבלה.</p> <p><input type="checkbox"/> במדינה/ות זרות בלבד כמפורט להלן בטבלה.</p> <p>חובה לפרט את כל המדינות הזרות בהן אתה תושב לצרכי מס בצירוף מספר מזהה לצרכי מס (TIN):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>שם המדינה</th> <th>מספר מזהה לצרכי מס (Tin)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	שם המדינה	מספר מזהה לצרכי מס (Tin)	1.		2.		3.		<p>הנני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון למועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח על כל שינוי. תאריך _____ * חתימה _____</p>
שם המדינה	מספר מזהה לצרכי מס (Tin)								
1.									
2.									
3.									

הצהרת הסוכן		
הנני מאשר כי שאלתי את בעל הפוליסה את כל השאלות המופיעות בטופס מיסוי מדינות זרות, והתשובות הן כפי שנמסרו על ידו.		
תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן 

ביטוח יסודי - פוליסל בשבילך - פרט

<input type="checkbox"/> הוראת קבע (רצ"ב, טופס מאושר ע"י הבנק) <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (רצ"ב הוראת חיוב) <input type="checkbox"/> באמצעות משלם זר (רצ"ב טופס משלם זר)	אמצעי תשלום	<input type="checkbox"/> יום <input type="checkbox"/> חודש <input type="checkbox"/> שנה	תאריך תחילת הביטוח	תאריך התחלת הביטוח הינו כמפורט לעיל או תאריך החתימה על הטופס, המאוחר מביניהם
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------------------------------------------------------------

פרמיה חודשית צמודה למדד בסך _____ ש"ח	
דמי ניהול: <input type="checkbox"/> 4% יורד ל-3% לאחר 17 שנות ביטוח מהפקדה שוטפת <input type="checkbox"/> (כפוף לאישור החברה)	מצבירה <input type="checkbox"/> 0.9% <input type="checkbox"/> (כפוף לאישור החברה)
אופן תשלום: <input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי	

סכומי ביטוח		פרטי תוכנית הביטוח	
מועמד ראשון	מועמד שני	פירוט הכיסוי הביטוחי	<input type="checkbox"/> דרוור 1 ככל שלא ימולא גיל ביטוחי לדרור 1, גיל ברירת המחדל יהיה גיל 67 לגברים ונשים.
		<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות מתאונה סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪, מוגבל ב- 100% מסכום הביטוח לדרור 1	65
		<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה נכות מתאונה סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪, מוגבל ב- 100% מסכום הביטוח לדרור 1	65
<input type="checkbox"/> כיסוי יסודי <input type="checkbox"/> כיסוי נוסף		<input type="checkbox"/> עוגן למשפחה - פרט תכנית המבטיחה תשלום חודשי למוטב, במקרה של פטירת המבוטח, בפרמיה משתנה כל שנה.	
<input type="checkbox"/> כיסוי יסודי <input type="checkbox"/> כיסוי נוסף		<input type="checkbox"/> תקופת ביטוח מינימאלית: 10 שנים, אך לא יאוחר ממועד תום תקופת הביטוח כאמור בתנאי הפו-ליסה היסודית אליה צורך הכיסוי, או עד גיל 85 של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם.	
נדרש למלא טופס "עוגן למשפחה - נספח פרטי כיסוי לטופס הצטרפות" בו יפורטו: סכום התשלום החודשי, תקופת הביטוח ופרטי המוטב.			

בחירת מסלולי השקעה - פוליסל בשבילך - פרט		
מסלול השקעה להפקדה חד פעמית ב-%	מסלול השקעה להפקדה שוטפת ב-%	מסלול השקעה
%	%	(116) איילון מסלול כללי (ברירת מחדל)*
%	%	(114) איילון מסלול אג"ח
%	%	(115) איילון מסלול מניות
%	%	(164) איילון מסלול שקלי
%	%	(2251) איילון מסלול הלכה**
%	%	(12900) איילון מסלול מניות חו"ל מדדי נאסד"ק; S&P 500
%	%	(14169) מסלול מחקה S&P 500
100%	100%	סה"כ
*מסלול השקעה כללי- מהווה מסלול ברירת מחדל, למי שלא בחר במסלול השקעות אחר. **התקשרות למסלול הלכה כפופה להיתר עסקה הנערך או שיערך ע"י ועד ההלכה עבור איילון חברה לביטוח בע"מ. בעלותי וזכויותי בכספי הקרן היא על פי המסוכים בין ועד ההלכה לאיילון חברה לביטוח בע"מ. ידוע לי כי כספי הקרן מושקעים לפי המסוכים בין בד"ץ העדה החרדית, וועד ההלכה לחברת איילון.		

מינוי מוטבים

מועמד ראשון - מינוי מוטבים למקרה פטירה					
סכום הביטוח ישולם למוטבים כדלקמן:					
סמן אחת מהאפשרויות הבאות בלבד: <input type="checkbox"/> ליורשים חוקיים <input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> למוטבים המפורטים מטה					
מוטב 3	מוטב 2	מוטב 1			
שם פרטי					
שם משפחה					
מספר זהות					
לתושב זר:					
מס' דרכון + מדינת הנפקה					
תאריך לידה					
מין					
מספר	רחוב	מספר	רחוב	מספר	רחוב
סיקוד	ישוב	סיקוד	ישוב	סיקוד	ישוב
כתובת מגורים					
קרבה					
חלק באחוזים					

מועמד שני - מינוי מוטבים למקרה פטירה					
סכום הביטוח ישולם למוטבים כדלקמן:					
סמן אחת מהאפשרויות הבאות בלבד: <input type="checkbox"/> ליורשים חוקיים <input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> למוטבים המפורטים מטה					
מוטב 3	מוטב 2	מוטב 1			
שם פרטי					
שם משפחה					
מספר זהות					
לתושב זר:					
מס' דרכון + מדינת הנפקה					
תאריך לידה					
מין					
מספר	רחוב	מספר	רחוב	מספר	רחוב
סיקוד	ישוב	סיקוד	ישוב	סיקוד	ישוב
כתובת מגורים					
קרבה					
חלק באחוזים					



הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתומים/ים מטה, המועמדים לבעלות 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/דינו בתשובה לשאלות החברה כמפורט בטופס הצעה זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו ("המידע"), הינן מלאות, נכונות וכנות.
 - ב. ידוע לי/לנו 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 לדין 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.
2. ידוע לי/לנו הכיסויים הביטוחיים בפוליסה יכנסו לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלה לביטוח.
החברה מעמידה לרשות מבטוחיה אזור אישי באתר האינטרנט בכתובת: www.ayalon-ins.co.il, לקבלת מידע וביצוע פעולות. ידוע לי 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 מסכימים כי הפרטים שמסרנו ו/או כל מידע שגייע לידיעת החברה יאוכסנו במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981.
4. אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין: אני/אנו מאשרים ונותנים בזאת את הסכמתנו 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.
5. ידוע לי/לנו כי בקשות לשינוי הכיסויים הביטוחיים, הוספת כיסוי ביטוחי או הגדלתו, בקשות לשינוי מסלולי ההשקעה או למשיכת החיסכון המצטבר, צריכות להימסר לחברה בכתב.

תאריך	חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני
-------	-------------------	-----------------

ויתור על סודיות רפואית

1. **רשות לקבלת פרטים** - אני הח"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 שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
2. **שמירה על סודיות** - הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהינה 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 כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
4. **כתב ויתור** זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.
5. **שימוש במידע - ידוע לי, כי השימוש במידע ייעשה לצורך לביטוח ויישוב תביעות בלבד.**

תאריך	שם מועמד ראשון	ת.ז.	חתימת מועמד ראשון
תאריך	שם מועמד שני	ת.ז.	חתימת מועמד שני

הצהרת סוכן הביטוח כעד לחתימה

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

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

אישור תנאים חריגים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%

תאריך	חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני
-------	-------------------	-----------------

הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון

החל מ- 15/3/2018 יש לצרף את השאלונים הבאים לכל אחד מהישויות בפוליסה: בעל הפוליסה, (המבוטח אם שונה מבעל הפוליסה):
הכר את הלקוח (ברמת ת.ז.), הכר את הלקוח-ברמת פוליסה, הכר את הלקוח-מוגבר (עפ"י דרישה).

תצהיר מועמד שני לביטוח		תצהיר מועמד ראשי לביטוח	
<p>הנני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה.</p> <p>יש לסמן את האפשרות המתאימה:</p> <p><input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח.</p> <p><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.</p> <p><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.</p>		<p>הנני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה.</p> <p>יש לסמן את האפשרות המתאימה:</p> <p><input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח.</p> <p><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.</p> <p><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.</p>	
תאריך	חתימת מועמד שני	תאריך	חתימת מועמד ראשון
הצהרת סוכן/בעל רישיון:			
<p><input type="checkbox"/> 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.</p>			
תאריך	חתימת הסוכנות	חתימת הסוכן	חתימת מועמד ראשון

הצהרת הסוכן		
<p>אני החתום מטה סוכן הביטוח, מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו והתשובות הן כפי שמסרו לי אישית על ידם.</p>		
תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

אני מר/גב' ת.ז. _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____	
שם ספרו	בתוקף עד
<input type="checkbox"/> יוזה <input type="checkbox"/> דיירוס <input type="checkbox"/> ישראלארט <input type="checkbox"/> אחר	
מועד גביה בכרטיס אשראי: <input type="checkbox"/> 3 לכל חודש <input type="checkbox"/> 11 לכל חודש <input type="checkbox"/> 28 לכל חודש	
<p>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.</p>	
תאריך	חתימת בעל הכרטיס

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון - ביטוח חיים

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
מס' חשבון		סניף	בנק
639			
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: 10- לכל חודש 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. _____ ("הלקוחות")

- 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 ייעשה 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 הלקוחות
-------	---------------

אישור הבנק

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
מס' חשבון		סניף	בנק
639			
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/נכם 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 בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

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

