

**ריסק עד מיליון ש"ח עד גיל 50**

**מספר הסכם (בכפוף לאישור החברה)**

**חותמת החברה נתקבל**

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

**פרטי המשוק**

שם הסוכן: \_\_\_\_\_ מס' סוכן: \_\_\_\_\_ ת.ז./ח.פ.: \_\_\_\_\_

שם המפקח: \_\_\_\_\_ מחוז/סניף: \_\_\_\_\_

**פרטי המועמד/ים לביטוח**

**מועמד ראשון לביטוח - המבוטח ובעל הפוליסה**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין:  ז  נ מצב משפחתי:  נ  ר  ג  א מס' ילדים: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון נוסף: \_\_\_\_\_ כתובת דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

כתובת מגורים: \_\_\_\_\_ רחוב: \_\_\_\_\_ מספר: \_\_\_\_\_ ת.ד.: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

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

**מועמד שני לביטוח**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין:  ז  נ מצב משפחתי:  נ  ר  ג  א מס' ילדים: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ טלפון נוסף: \_\_\_\_\_ כתובת דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

כתובת מגורים: \_\_\_\_\_ רחוב: \_\_\_\_\_ מספר: \_\_\_\_\_ ת.ד.: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת מועמד שני לביטוח: \_\_\_\_\_

נתונים אישיים	מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח
מקצוע		
עיסוק ותפקיד (הגדרה מדוייקת)		
האם קיים סיכון במקצועך/תחביבך/אורח חיך	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים
האם יש לך תחביבים מסוכנים? גלישה, צלילה, דאיה, צניחה, מירוצים, טייס)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים

**תאריך תחילת הביטוח**

שנה: \_\_\_\_\_ חודש: \_\_\_\_\_ יום: \_\_\_\_\_

**תאריך תחילת הביטוח הינו כמפורט לעיל, או לאחר השלמת הליך החיתום בהתאם להוראות הפוליסה, לפי המאוחר מביניהם**

**אמצעים תשלום**

הוראת קבע (רצ"ב, טופס מאושר ע"י הבנק)  
 כרטיס אשראי (רצ"ב הוראת חיוב)  
 באמצעות משלם זר  
 (יש למלא פרטי משלם זר + חתימת משלם זר)

**תדירות תשלום**

חודשי

סכומי ביטוח		פרטי תוכנית הביטוח	
מועמד שני לביטוח	מועמד ראשון לביטוח	לגיל	פירוט הכיסוי הביטוחי
		85	<input type="checkbox"/> דרוור 1 - ביטוח חיים למקרה מוות בפרמיה משתנה כל שנה
		65	<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות מתאונה סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ש"ח, מוגבל ב- 100% מסכום הביטוח לדרור 1
		65	<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה נכות מתאונה סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ש"ח, מוגבל ב- 100% מסכום הביטוח לדרור 1
<input type="checkbox"/> כיסוי יסודי <input type="checkbox"/> כיסוי נוסף	<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. <b>תקופת ביטוח מינימאלית:</b> 10 שנים, אך לא יאוחר ממועד תום תקופת הביטוח כאמור בתנאי הפוליסה היסודית אליה צורף 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.			

מינוי מוטבים			
מועמד ראשון לביטוח - 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 1	מוטב 2	מוטב 3	
שם פרטי			
שם משפחה			
מספר זהות			
לתושב זר:			
מס' דרכון + מדינת הנפקה			
תאריך לידה			
מין			
רחוב	רחוב	רחוב	רחוב
מספר	מספר	מספר	מספר
סיקוד	סיקוד	סיקוד	סיקוד
קרבה			
חלק באחוזים			

מועמד שני לביטוח - 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 1	מוטב 2	מוטב 3	
שם פרטי			
שם משפחה			
מספר זהות			
לתושב זר:			
מס' דרכון + מדינת הנפקה			
תאריך לידה			
מין			
רחוב	רחוב	רחוב	רחוב
מספר	מספר	מספר	מספר
סיקוד	סיקוד	סיקוד	סיקוד
קרבה			
חלק באחוזים			

שאלון ביטול פוליסה מקורית - בביטוח חיים		
מועמד שני לביטוח	מועמד ראשון 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 לתוכנית 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 בכוונתך 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 מועמד ראשון לביטוח	חתימת מועמד שני לביטוח



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

תצהיר מועמד ראשון לביטוח		תצהיר מועמד שני 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 ראשון לביטוח	תאריך	חתימת מועמד שני לביטוח

**הצהרת הסוכן**

<p>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.</p> <p><b>למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסה/ות ביטוח קיימת/ות שבתוקף: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</b></p> <p>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.</p> <p><b>הצהרת סוכן/בעל רישיון:</b></p> <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	שם הסוכן	חתימת הסוכן

**עדכון משלם שאינו בעל הפוליסה (להלן: "משלם זר")**

במשלם שהוא אדם פרטי, יש לצרף צילום תעודת זהות כולל צילום ספח, בתעודת זהות ביומטרית יש לצרף צילום שני צידי התעודה.						
<p><b>זיקה של המשלם הזר לבעל הפוליסה / המבוטח:</b> <input type="checkbox"/> בן זוג <input type="checkbox"/> הורה <input type="checkbox"/> בן/בת <input type="checkbox"/> שותף עסקי <input type="checkbox"/> אפטרופוס <input type="checkbox"/> מעסיק <input type="checkbox"/> אחר</p>						
שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	תאריך לידה	מין	מקצוע	
			____/____/____	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
כתובת מגורים	עיר	רחוב	בית	דירה	מיקוד	
דוא"ל	טלפון נייד	מאשר קבלת ההודעות ב-SMS <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				
<p>אני החתום מטה (להלן: "משלם זר") מצהיר בזאת:</p> <p>א. על נכונות הפרטים הכלולים בהצהרה זו.</p> <p>ב. כי כל תשלום אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה לעיל ובקשר אליה, יבוצע לפקודת בעל הפוליסה או המבוטח או המוטב, לפי העניין, בלבד.</p> <p>ג. ידוע לי כי אישור המשלם יירשם לטובת בעל הפוליסה (ולא לטובת הגורם המשלם).</p> <p>ד. הצהרת גורם משלם שהינו מעסיק - הנני חתום מטה מצהיר בזאת כי ידוע לי, בנוסף לאמור לעיל:</p> <p>1. התשלומים לפוליסה שלעיל הינו <b>בנוסף</b> לתשלום המעסיק והעובד לכספי תגמולים.</p> <p>2. התשלומים לפוליסה שלעיל <b>אינם</b> מהווים הוצאה מוכרת.</p> <p>3. תשלומים אשר שולמו לפוליסה שלעיל, לאחר מועד ניתוק יחסי עובד/מעסיק של המבוטח אצל המעסיק, לא יוחזרו למשלם המעסיק והמעסיק יידרש לגבותם ישירות מהעובד.</p>						
תאריך	שם מלא	מס' זהות	חתימת משלם זר			

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 למטה, וכן להשלים את המידע הרפואי הנדרש בשאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום לצד השאלה ולצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות.

פרטי מועמד שני לביטוח				פרטי מועמד ראשון לביטוח			
שם פרטי		שם משפחה		שם פרטי		שם משפחה	
מס' ת.ז.		מס' ת.ז.		מס' ת.ז.		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	<b>האם אתה מעשן כיום?</b> אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ (סיגריות\סיגרטים\מקטרת\נרגילה)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<b>האם אתה מעשן כיום?</b> אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ (סיגריות\סיגרטים\מקטרת\נרגילה)	
<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	האם עישנת בעבר? אם כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____	
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<b>סמים:</b> האם צרכת סמים בהווה\בעבר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)		<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<b>סמים:</b> האם צרכת סמים בהווה\בעבר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<b>אלכוהול:</b> 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	<b>אלכוהול:</b> 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)	

שאלות כלליות		
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	האם קיימת לך נכות מעל 35%? נא לפרט אחוזי נכות, סיבה והשפעה על יכולתך לעבוד.
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות כגון מ: ביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו\או נמצא באי כושר עבודה כעת?
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	האם אושפזת בבית חולים, כולל במיון, או עברת ניתוח כלשהו ב-3 השנים האחרונות? ו\או האם יעצו לך לעבור ניתוח בעתיד? (שאלון מס' 9)
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות במידה וכן פרוט ומסמכים רפואיים?
האם אובחנת כלוקה במחלות / הפרעות ו\או בעיות הרפואיות הרשומות מטה :		
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	מחלת לב וכלי דם (שאלון מס' 11), לחץ דם גבוה ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות (שאלון מס' 12).
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	סוכרת (שאלון מס' 15).
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	סרטן.
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	מחלות / בעיות בכבד, הפטיטיס (שאלון מס' 19).
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	מחלות / בעיות כליות ודרכי השתן (שאלון מס' 13).
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	מחלות / בעיות במערכת העיכול (שאלון מס' 6).
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	בעיה, הפרעה ו\או מחלה נפשית מאובחנת או אישפוז פסיכיאטרי (שאלון מס' 17).
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	מחלות מערכת העצבים והמוח כמו: טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון, אירוע מוחי (שאלון 3).
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	מחלות זיהומיות, איידס, נשא HIV.

פירוט ממצאים חיוביים

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

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

**✕ ויתור על סודיות רפואית**

- 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"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 שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
- 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 תהיינה 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 תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי עפ"י 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 מועמד ראשון לביטוח	ת.ז.	חתימת מועמד ראשון לביטוח
תאריך	שם מועמד שני לביטוח	ת.ז.	חתימת מועמד שני לביטוח

**הצהרת סוכן הביטוח כעד לחתימה**

**אני הח"מ מאשר בזאת, כי המועמדים לביטוח / מבוסחים זהו על ידי בתעודה מזהה וחתמו על ויתור סודיות זה**

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

**✕ הצהרת המועמדים לביטוח**

- אני/אנו החתומים/ים מטה, המועמד/ים לבעלות על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקשים בזאת להצטרף לתוכנית כמפורט בהצעה זו.  
אני/אנו מצהיר/ים מסכימ/ים ומתחייב/ים בזה כי:  
א. כל המידע שנמסר על ידי/ידינו 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. ידוע לנו/לי, כי:  
1. הרשות בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את החלטתכם.  
2. חוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק אם תאושר קבלת המועמד לביטוח ע"י החברה.  
3. הכיסויים הביטוחיים בפוליסה יכנסו לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלת לביטוח.  
4. הפוליסה תיכנס לתוקפה החל מתחילת הביטוח, כמצוין בדף פרטי הביטוח, ובכפוף לקבלת תשלום הפרמיה הראשונה, או אמצעי תשלום ממנו ניתן לגבות את הפרמיה.
- אני/אנו החתומים/ים מטה מסכימ/ים 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.
- ידוע לי/לנו ואני/אנו מסכימ/ים כי הפרטים שמסרנו ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה יאוכסנו במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981.
- אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין: אני/אנו מאשר/ים ונותן/ים 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 מאשר/ים 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 לחברה בכתב.

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

**✕ אישור תנאים חריגים**

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

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

**✕ 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 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"/> דיינרס <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	
<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 ששם ספרו 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

\* יש לצרף צילום אישור הקמת הרשאה לחיוב חשבון בנק, לטובת איילון

## 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): <b>איילון חברה לביטוח בע"מ</b>				
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 - \_\_\_\_\_ ש"ח.  
 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. \_\_\_\_\_ ("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.
  - ההרשאה 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.
  - ההרשאה 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
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/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 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
-------	-----	------	--------------------

