

בקשה להסדר ריסק זמני בקופות ביטוח

פרטי בעל הפוליסה / המבוטח			
שם פרטי	שם משפחה		מס' ת.ד.
כתובת מגורים	עיר	רחוב	בית
דוא"ל	טלפון נייד		מיקוד
<input type="checkbox"/> אינני מעוניין כי תעדכנו את פרטי הכתובת, נייד ודוא"ל אצלכם לפי המפורט במסמך זה. <input type="checkbox"/> ככל שלא תסומן בחירה זו, פרטייך בחברה בפוליסות ביטוח חיים ובריאות יעודכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה.			

הנחיות להסדר שמירת זכויות בריסק זמני

בתקופה ללא הפקדה שוטפת לתנאים סוציאליים בפוליסה/ות, כגון לאחר עזיבת עבודה ותקופת חל"ת, ניתן לשמר את תנאי הפוליסה והכיסויים הביטוחיים בהסדר ריסק זמני לתקופה קצובה בהתאם לתנאי הפוליסות. בתקופת ההסדר, התשלום לפוליסה יהיה עלות הכיסוי הביטוחי לריסק, אובדן כושר עבודה וביטוחים נוספים ככל וקיימים בפוליסה, ללא צבירה לחיסכון. **סמוך לתום תקופת ההסדר, עלייך לשלוח לחברה הנחיות בכתב להמשך הפוליסה.**

הוראות להחלת הסדר ריסק זמני

תאריך התחלת ההסדר: 1/____/_____
 נסיבות הבקשה: סיום עבודה יציאה לחל"ת ללא סיום עבודה פיגור מתמשך מהפקדות מעסיק ירידה בהכנסה (לעצמאי)

מספר פוליסה	סוג פוליסה	ריסק זמני חדש	הארכת ריסק זמני לתקופה נוספת
_____	מבטיחת תשואה ומשתתפת ברווחים עד 31.12.2003	ל-____ חודשים תקופה מרבית 12 חודשים, בתשלום אישי, מצ"ב טופס הוראת קבע/כרטיס אשראי	ל-____ חודשים נוספים. ניתן להאריך עד למקסימום 12 חודשים מתחילת ההסדר. התשלום יבוצע באמצעי תשלום קיימים.
_____	משתתפת ברווחים מ-1/2004 עד 3/2007	ל-____ חודשים תקופה מרבית 12 חודשים בתשלום: <input type="checkbox"/> מתוך התגמולים <input type="checkbox"/> בתשלום אישי (מצ"ב טופס הוראת קבע/כרטיס אשראי קיימים)	ל-____ חודשים נוספים. ניתן להאריך עד למקסימום 12 חודשים מתחילת ההסדר, בתשלום: <input type="checkbox"/> מתוך התגמולים <input type="checkbox"/> בתשלום אישי בהוראת קבע/כרטיס אשראי קיימים
_____	משתתפת ברווחים מ-4/2007 ואילך	ל-____ חודשים תקופה מרבית 24 חודשים בתשלום: <input type="checkbox"/> מתוך התגמולים <input type="checkbox"/> בתשלום אישי (מצ"ב טופס הוראת קבע/כרטיס אשראי קיימים)	ל-____ חודשים נוספים. ניתן להאריך עד למקסימום 24 חודשים מתחילת ההסדר, בתשלום: <input type="checkbox"/> מתוך התגמולים <input type="checkbox"/> בתשלום אישי בהוראת קבע/כרטיס אשראי קיימים

ביטוח אובדן כושר עבודה בתכנית "חושן":
 בתום תקופת הסדר ריסק זמני כמפורט לעיל, וכל עוד הכיסוי לאובדן כושר עבודה בתוקף, סכום הפיצוי החודשי שישולם במועד קרות מקרה הביטוח יהיה הנמוך מבין הפיצוי החודשי שיוחשב בהתאם לשכר המבוטח בפוליסה לבין הפיצוי החודשי שיוחשב משכר מינימום כהגדרתו ב"חוק שכר מינימום".

נספח "ברות ביטוח":
 בפוליסות הכוללות ביטוח אובדן כושר עבודה בתכנית "חושן" מ-12/2017 ואילך, קיימת לך הזכות לפנות לחברה בכתב ולבקש הוספת נספח "ברות ביטוח" (תמורת תשלום), בתום תקופת הסדר ריסק זמני ככל שאין לך הכנסה מעבודה ובטרם קרות מקרה הביטוח.
 נספח ברות ביטוח מאפשר לך בתקופה ללא הכנסה, להקטין את הכיסוי הקיים לאובדן כושר עבודה לפיצוי מינימאלי בשיעור 75% משכר מינימום ולשמר את הזכות לחזור ולרכוש בעתיד את הכיסוי הביטוחי המלא לאובדן כושר עבודה כפי שהיה בתכנית ערב הקטנתו, **ללא צורך בחיתום רפואי, לתקופה של עד 6 חודשים מיום חזרתך לעבודה או מקסימום 5 שנים ממועד כניסת הנספח לתוקף, לפי המוקדם מביניהם, בכפוף לתנאי תכנית "חושן ברות ביטוח".**

בקשה לרכישת נספח ברות ביטוח

ברצוני לרכוש נספח ברות ביטוח, ל"חושן" תכנית לביטוח אובדן כושר עבודה, בפוליסות הבאות:
 _____, _____, _____
הצהרה:
 אני לא מועסק כיום ואין לי הכנסה
 אני מועסק כיום, ויש לי הכנסה כשכיר, כעצמאי
 הפרמיה לנספח ברות ביטוח תגבה בהוראת קבע או כרטיס אשראי בלבד. מצ"ב טופס אמצעי גביה.

תאריך	שם מלא של המבוטח	ת.ד.	חתימת המבוטח
-------	------------------	------	--------------

ניתן להעביר לפקס מספר 03-7569566 או טרוק בדואר אלקטרוני ל bht@ayalon-ins.co.il



תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

אני מר/גב' _____ ת.ד. _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____	
שם ספרו	בתוקף עד
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר
מאשר בזאת כי שובר זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חובים 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 - באמצעות הוראת קבע

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 חובים 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 המחל 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 ע"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
-------	---------------

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
6 3 9			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)		

אישור הבנק

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

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חובים 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 בהחתייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידיכם.

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