



המסמך מנוסח בגוף זכר ומיועד לזכר ונקבה כאחד

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ

החזרה בדוא"ל: bht@ayalon-ins.co.il

| שם פרטי | שם משפחה | מספר ת. זהות | מספר פוליסה |
|---------|----------|--------------|-------------|
| | | | |

בהתאם לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל) (כיסויים ביטוחיים בקופת גמל) (נגיף הקורונה החדש) (הוראת שעה), התש"ף-2020:

מבוטח שהופחת שכרו המבוטח ב- 20% לפחות ביחס לשכרו המבוטח בחודש 2/2020, רשאי להורות לחברה בכתב תוך 3 חודשים מהמועד שבו הופחת שכרו, על רצונו לשמור על גובה הכיסוי הביטוחי לסיכוני מוות ואובדן כושר עבודה (ככל ובוטחו בפוליסה) להם היה זכאי/ת אלמלא הופחת השכר.

שמירת הכיסוי הביטוחי תסתיים לאחר 12 חודשים ממועד הפחתת השכר או במועד בו תסתיים הפחתת השכר המבוטח או במועד בו החיסכון בפוליסה יסתיים - המוקדם מביניהם.

בהתאם:

הריני מאשר בזאת הסכמתי לשמירת גובה הכיסויים הביטוחיים לסיכוני מוות ואובדן כושר עבודה הכלולים בפוליסה המפורטת לעיל (ככל ובוטחו בפוליסה), להם הייתי זכאי/ת אלמלא הופחת שכרי המבוטח בפוליסה, בהתאם לתנאים המפורטים בהוראת השעה.

הנני מאשר בזאת ששכרי המבוטח בפוליסה המפורטת לעיל הופחת ב- 20% לפחות.

להלן בחירתי לאופן מימון עלות שמירת הכיסוי הביטוחי: (סמן את בחירתך)

מימון על ידי ניכוי העלות הנדרשת מתוך היתרה הצבורה בחיסכון התגמולים בפוליסה.

מימון באמצעות הפקדת העלות הנדרשת בהוראת קבע בנקאית או מכרטיס האשראי טופס אמצעי תשלום ניתן להורדה באתר איילון בכתובת: www.ayalon-ins.co.il.

| | | |
|---------------|------------|--------------------|
| תאריך | טלפון נייד | חתימת המבוטח x |
| שם בעל הרשיון | שם סוכנות | חתימת הסוכן/סוכנות |

