

שם סוכן	מס' סוכן
---------	----------

1. פרטי בעל הפוליסה				
שם פרטי	שם משפחה		מס' ת.ז.	
כתובת מגורים	עיר	רחוב	מס' בית	דירה
מקצוע/עיסוק	טלפון נייד	דוא"ל		מאשר קבלת ההודעות ב-SMS כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
<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.				

2. פרטי המבוטח				
שם פרטי	שם משפחה		מס' ת.ז.	
כתובת מגורים	עיר	רחוב	מס' בית	דירה
מקצוע/עיסוק	טלפון נייד	דוא"ל		מיקוד

מיסוי מדינות זרות	
שם פרטי באנגלית: (שדה חובה)	ארץ לידה **: (שדה חובה)
*שם משפחה באנגלית: (שדה חובה)	כתובת במדינה זרה באנגלית: (ככל שקיימת)
<b>שאלון FATCA - דרישת דיווח לשלטונות המס בארה"ב - ליחיד</b>	
<input type="checkbox"/> כן - העבר טופס W-9 <input type="checkbox"/> לא	האם אתה תושב לצרכי מס בארה"ב : הוגני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון לסועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח בע"מ, על כל שינוי.
<input type="checkbox"/> כן - העבר טופס W-9 <input type="checkbox"/> לא	האם אתה אזרח אמריקאי : הוגני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון לסועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח בע"מ, על כל שינוי.
<input checked="" type="checkbox"/> במידה וארץ הלידה שלך ארה"ב ואתה לא אזרח ולא תושב ארה"ב, חובה למלא ולצרף <u>טופס W-8 BEN</u> ולהציא אישור ויתור על אזרחות מטעם שגרירות ארה"ב. הטפסים זמינים להורדה באתר החברה בכתובת: <a href="http://www.ayalon-ins.co.il">www.ayalon-ins.co.il</a>	

שאלון CRS ליחיד - חובה לדווח את כל המדינות בהן אתה תושב לצרכי מס, לשם דיווח לשלטונות המס במדינות המוצהרות									
<input type="checkbox"/> בישראל בלבד. <input type="checkbox"/> בישראל ובמדינה/ות זרות כמפורט להלן בטבלה. <input type="checkbox"/> במדינה/ות זרות בלבד כמפורט להלן בטבלה. חובה לפרט את כל המדינות הזרות בהן אתה תושב לצרכי מס בצירוף מספר מזהה לצרכי מס (TIN) :	הוגני מצהיר בזאת שאני תושב לצרכי מס במדינות הבאות בלבד: הוגני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון לסועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח בע"מ, על כל שינוי.								
<table border="1"> <tr> <th>שם המדינה</th> <th>מספר מזהה לצרכי מס (Tin)</th> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> </tr> </table>	שם המדינה	מספר מזהה לצרכי מס (Tin)	1.		2.		3.		_____ x _____ תאריך חתימה
שם המדינה	מספר מזהה לצרכי מס (Tin)								
1.									
2.									
3.									

4. שינוי פרטי גביה

בפוליסות מספר	1.	2.	3.	4.	החל מתאריך
---------------	----	----	----	----	------------

שינוי אופן התשלום באמצעי גבייה קיים  שנתי  חצי שנתי  רבע שנתי  חודשי

שינוי הוראת קבע, טופס מצ"ב, חתום על ידי הבנק.

שינוי כרטיס אשראי, טופס מצ"ב.

5. שינוי גורם משלם - יש למלא טופס בקשה לעדכון משלם זר

6. חידוש פוליסה

אבקש לחדש את פוליסה/ות המפורטות להלן, כולל כל הכיסויים הביטוחיים שהיו בפוליסה/ות לפני הביטול / סילוק.

חידוש החל מתאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/> החידוש מותנה בכך שהמבוטח חי במועד החידוש. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש יבוצע ללא חיתום רפואי מחודש. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש יבוצע רטרואקטיבית למועד הביטול ומחייב את המבוטח בתשלום כל הפרמיות בתוספת ריבית מיום הביטול. <input checked="" type="checkbox"/> יש לצרף אמצעי תשלום חדש.	<input type="checkbox"/> א. חידוש פוליסה שבוטלה עקב אי תשלום, לפני חלוף 3 חודשים מיום הביטול		
<input checked="" type="checkbox"/> החידוש מותנה בכך שהמבוטח חי במועד החידוש. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש יבוצע ללא חיתום רפואי מחודש. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש יבוצע רטרואקטיבית למועד הביטול ומחייב את המבוטח בתשלום כל הפרמיות בתוספת ריבית מיום הביטול. <input checked="" type="checkbox"/> יש לצרף אמצעי תשלום חדש. <input checked="" type="checkbox"/> יש לצרף צילום הפוליסה המחליפה ואישור ביטולה מהחברה המבטחת.	<input type="checkbox"/> ב. חידוש פוליסה שבוטלה עקב החלפה בפוליסה אחרת, לפני חלוף 60 יום ממועד ביטול הפוליסה באיילון		
<input checked="" type="checkbox"/> החידוש מותנה במילוי הצהרת בריאות עדכנית. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש ממועד הבקשה. <input checked="" type="checkbox"/> יש לצרף אמצעי תשלום חדש. <input checked="" type="checkbox"/> החידוש מותנה בחיתום רפואי מחודש ואישור החברה לחידוש הפוליסה.	<input type="checkbox"/> ג. חידוש פוליסה שבוטלה בהתאם לבקשת המבוטח או לאחר המועדים הנ"ל		

7. ביטול פוליסה

יש להגיש בקשת ביטול בטופס " בקשה לביטול פוליסה"

8. סילוק/הקפאה

אבקש לסלק/להקפיא את פוליסה/ות מס' \_\_\_\_\_ החל מתאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 הנני מאשר בזאת כי ידוע לי, שהחל ממועד סילוק/הקפאת הפוליסה/ות, כל הכיסויים הביטוחיים במידה והיו קיימים, מבוטלים. היתרה הצבורה בפוליסה, תמשיך להתנהל במסלול השקעה הקיים, בהתאם לתנאי הפוליסה.

9. הארכת תקופת ביטוח

אבקש להאריך את תקופת הביטוח לחיסכון בפוליסה מספר \_\_\_\_\_ לגיל \_\_\_\_\_ (הארכת תקופת הביטוח מותנית באישור החברה)

10. בקשת שינויים - עדכון בפרטים אישיים

בכל אחד מהשינויים הבאים יש לצרף צילום תעודת זהות עדכני כולל ספח

תיקון תאריך לידה ל: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

תיקון מין המבוטח ל:  זכר  נקבה

עדכון מקצוע/עיסוק ל: מקצוע מעודכן \_\_\_\_\_ עיסוק מעודכן \_\_\_\_\_

עדכון כתובת מגורים ל:

רחוב	מס'	דירה	עיר	מיקוד
------	-----	------	-----	-------

**11. בקשת שינויים בכיסויי הביטוחיים**

בפוליסה מספר: \_\_\_\_\_ החל מתאריך: 1/\_\_\_\_/\_\_\_\_ הכנסה מבוטחת מעבודה: \_\_\_\_\_ ש"ח

כיסוי לגיל*	סכום ביטוח/ שיעור פיצוי מבוקש	ביטול	הקטנה	הגדלה	הוספה	סוג הכיסוי
_____	ש"ח _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>כיסוי ריסק למקרה מוות</b> <input type="checkbox"/> דרור 1 <input type="checkbox"/> סכום ביטוח כולל צבירה <input type="checkbox"/> סכום ביטוח לא כולל צבירה
<b>ללא שינוי</b>	ש"ח _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	דרור 5
65	ש"ח _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>כיסויים נוספים</b> <input type="checkbox"/> מוות מתאונה <input type="checkbox"/> נכות מתאונה סכום הביטוח לכיסויים הנוספים מוגבל ל: מינימום 50,000 ש"ח, ומקסימום 100% מסכום הריסק או שיעור היחס הקיים בפוליסה
65	ש"ח _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60 64 67	% _____ מהכנסה מבוטחת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>עדכון הפיצוי החודשי</b> <b>כיסוי קיים לאובדן כושר עבודה</b> <input type="checkbox"/> בשביל הכושר זהב <input type="checkbox"/> בשביל הכושר שחור <input type="checkbox"/> מורחב ליניארי <input type="checkbox"/> מורחב
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

\* יש לקבוע גיל ביטוחי לתום תקופת הביטוח. בהעדר מילוי - גיל ברירת המחל יהיה גיל 67 לגברים ונשים.

**12. הגדלת/הקטנת פרמיה**

11.1  אבקש להקטין את הפרמיה לפוליסה מספר \_\_\_\_\_ לסך של \_\_\_\_\_ ש"ח החל מתאריך \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
 החל מתאריך \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
 באופן יחסי לחסכון וכיסויים (יש למלא סעיף 10 בטופס).

11.2  אבקש להגדיל את הפרמיה החודשית בפוליסה מספר \_\_\_\_\_ לסך של \_\_\_\_\_ ש"ח החל מתאריך \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
 החל מתאריך \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
 החיסכון  הכיסוי הביטוח מסוג \_\_\_\_\_ באופן יחסי לחסכון וכיסויים (יש למלא סעיף 10 בטופס).  
**\* בכפוף לחובת מילוי תצהיר מיסוי מדינות זרות**

**13. הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון - בפוליסות פרט הכוללות רכיב חסכון**

מילוי שאלוני "הכר את הלקוח" ברמת תעודת זהות ופוליסה יהיו על פי דרישת החברה.

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

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

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

מבוטח ראשון	מבוטח שני
<input type="checkbox"/> הנני מבקש להסיר את כל נתוני פוליסות הביטוח הקיימות על שמי בחברת איילון, מאתר האינטרנט של משרד האוצר.	<input type="checkbox"/> הנני מבקש להסיר את כל נתוני פוליסות הביטוח הקיימות על שמי בחברת איילון, מאתר האינטרנט של משרד האוצר.
<input type="checkbox"/> ידוע לי כי אי העברת הנתונים תמנע ממני לראות במרוכז אתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל.	<input type="checkbox"/> ידוע לי כי אי העברת הנתונים תמנע ממני לראות במרוכז אתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל.
תאריך	תאריך
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

הנני מאשר כי, מהות השינויים הוסברו לי על ידי סוכן הביטוח. ככל שהשינויים המבוקשים הינם בגין פוליסה/ות בהן קיימים שני מבוטחים, הסכמה זו הינה של שניהם יחד וכל אחד לחוד.

תאריך	חתימת הסוכן	חתימת מבוטח ראשון	חתימת מבוטח שני
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ניתן להעביר לפקס מספר 03-7569566 או סרוק בדואר אלקטרוני ל [bht@ayalon-ins.co.il](mailto:bht@ayalon-ins.co.il)

3/1342/3502 01.2022

## תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

אני מר/גב' ת.ז. _____	כתובת _____	בעל כרטיס אשראי _____
שם מספר	בתוקף עד	סוג כרטיס
<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר		
<b>מועד גביה בכרטיס אשראי:</b> <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 חיובים 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
<b>6 3 9</b>			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)		
<b>שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ</b>			
<b>אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</b>			

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**

1. אני הח"מ ..... ("הלקוחות") ..... שם בעלי החשבון כסופיע בספרי הבנק מס' זהות / ת.פ. ....

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:

- א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- ב. 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.
- ג. 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.
- ד. 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.
- ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- ח. 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
<b>6 3 9</b>			
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 חיובים 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 לביצועו, 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 בהתחייבותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

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

