



המכירה בוצעה:  שיחה טלפונית  מכירה פרונטלית

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

**למשלוח הטופס לאגף בריאות - בדוא"ל bht@ayalon-ins.co.il או בפקס: 03-7569566**

שם סוכן	מס' סוכן	שם מפקח	מספר פוליסה (לשימוש פנימי)	תאריך התחלת הביטוח המבוקש*
---------	----------	---------	----------------------------	----------------------------

\* מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד.  
לתשומת לבך, התאריך המבוקש להתחלת הביטוח אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח. עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, אפשר שתהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק ע"י הורה / אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תיחשב כהסכמת הקטין.

**א. פרטי המועמדים לביטוח**

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווחים השנתיים, ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך או באמצעות כתובת דוא"ל הקיים ברשות חברת איילון. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, נא מלא פרטים אלה בפרטייך האישיים, בטבלה ב. להלן.  
**יש למלא פרטי קשר לגבי כל מועמד בגיר (מעל גיל 18). בהיעדר פרטי קשר כנ"ל, תראה המבטחת את פרטי הקשר של המועמד הראשי/בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה.**  
(חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למועמדים שלך ב"איילון", ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו ולעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר איילון בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il) או באמצעות פנייה טלפונית למוקד שירות לקוחות של איילון בטלפון 1-800-35-2001.

מועד ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	קופת חולים	סוג שב"ן
					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
בן/בת זוג					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
עד גיל 18 ילד 1					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילד 2					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילד 3					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילד 4					<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		

**ב. פרטים ליצירת קשר עם מועמד לביטוח מעל גיל 18 (יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בטבלה זו)**

מועמדים לביטוח (ילד מגיל 18 ואילך יש לרשום מטה)	כתובת (חובה למלא, אם מעוניין לקבל דיוור בדואר ישראל)				מספר טלפון נייד (חובה למלא)	כתובת דוא"ל	מבקש לקבל את הדיווחים והמידע מחברת הביטוח, ככל שלא יסומן, ישלח באמצעי דיגיטלי
	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד			
מועמד ראשי							<input type="checkbox"/> דואר ישראל
מועמד שני							<input type="checkbox"/> דואר ישראל
שם הילד							<input type="checkbox"/> דואר ישראל
שם הילד							<input type="checkbox"/> דואר ישראל
שם הילד							<input type="checkbox"/> דואר ישראל

**ג. תוכניות הביטוח**

נא לסמן X לרכישת אחד או יותר מהנספחים/כתבי השירות - לכל המועמדים לביטוח. ניתן לרכוש כל נספח/כתב שירות ללא תלות ברכישה של נספח או כתב שירות אחר. לתשומת ליבך, ניתן לבטל את הנספחים/כתבי השירות שנרכשו בכל עת. ביטול נספח אחד אינה מבטלת באופן אוטומטי את יתר הנספחים/כתבי השירות, אלא אם צוין אחרת.  
\* שים לב, אם תוכנית הבסיס תבוטל, יבוטלו גם הנספחים/כתבי השירות.

נספחים נוספים (ריידרים) - לבחירה	כתב שירות						
	אבחון מהיר	ייעוץ רפואי או ליון	איילון עד הבית	איילון ספורטיבי	רפואה משלימה	ניהול משברים רפואיים בר גפן	אמבולטורי
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
------------	----------	---------	-----------

### ד. הליך התאמת צרכים (השוואה / ביטול)

**אני מאשר כי: (אנא סמן)**

- בוצע עבורי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פורטו בפני כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים שהוצעו לי ובמקרה בו היו לי ביטוחים קיימים רלוונטיים, אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור תנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות. נוכח זאת מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכי. במקרה בו נקבעו לי החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, אני מאשר כי בוצעה לי גם השוואה בין החרגות שנקבעו לי בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת.
- נמסר לי העתק של מסמך התאמת צרכים.
- נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את עיקרי תירוץ הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת ההמתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בתוכניות הביטוח.

שאלון ביטוחים קיימים						
מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4	
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח יש פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף, במסגרת הצעה זו?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	להקטין בפוליסה את סכום הביטוח בפוליסת פיצוי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לבטל את הפוליסה הקיימת*
<input type="checkbox"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> באמצעות חברת הביטוח איילון <input type="checkbox"/> באופן עצמאי						אם מעוניין לבטל - אופן הגשת הביטול

\* יש לצרף טופס בקשת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל). ללא טופס זה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה/ות. לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת ביטול על ידי הסוכן ו/או חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, יימסר לך העתק מהבקשה. מומלץ לך לוודא מול חברת הביטוח המקורית, שהפוליסה אכן בוטלה וכי לא גובים ממך דמי ביטוח בגינה. ככל שחברת הביטוח שהתבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל איילון לבירור הנושא.

חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני	חתימת ילד מעל גיל 18
------------------	-----------------	----------------------

### ה. מידע למועמד לביטוח

1. לידעתך, תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
2. ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד.
- על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.
3. לידעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.
4. ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/אחרת בסיס.
5. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
6. אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
7. הליך הצטרפות - ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח, במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.
8. בעת מעבר מפוליסה קבוצתית לפוליסת פרט - לידעתך, הכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, באפשרותך לפנות לאיילון בכל עת בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).
9. אם הנך מעשך ותקבע לך תוספת רפואית עקב כך או תעריך מתאים / מעשך - שתפסיק לעשן לתקופה רציפה של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את הסוכן או את החברה על מנת שתבחן אפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.
10. דמי הביטוח בפוליסה ייקבעו לפי גיל המבטח במועד הצטרפותו לביטוח, וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבטח. גיל המבטח לצורך חישוב דמי הביטוח, ייקבע באופן הבא: יראו את תאריך הולדתו של המבטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת.
11. שירות צבאי - יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
12. רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן, מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להכנס למחשבון להשוואת ביטוחי בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון בכתובת [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il).

מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
------------	----------	---------	-----------







**1. הצהרת המועמדים לביטוח**

1. אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ איילון") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.  
 (א) במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור צרכי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי.  
 (ב) אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.  
 (ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.  
 (ד) לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.  
 (ה) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום לגבית דמי ביטוח.

**עופים חובה למענה**

2. בעת צירוף ילדים לביטוח: הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?  כן  לא

3. קבלת מידע מהותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי, ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי ו/או הגילוי הנאות; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן?  כן  לא  
 במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים כמפורט בסעיף 3 ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות לאיילון ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב.

מועמד	תאריך	שם המועמד	מספר זהות	חתימה
ראשי				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
		שם מלא	מספר זהות	מספר רישיון
		חותמת		חתימה
		תאריך		
		עד לחתימה (סוכן הביטוח):		

**2. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת**

א. אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי איילון חברה לביטוח בע"מ ישמש את איילון ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי איילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאיילון להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של איילון.

תאריך	שם מועמד ראשי	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה
				

ב. הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטך), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת איילון, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).  
 אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il) או באמצעות פניה בכתב לכתובת: רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת גן, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 1-800-35-2001.  
 ג. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת איילון קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).

מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

### ח. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח - מידע על פוליסות מאתר משרד האוצר

רשות שוק ההון ביטוח וחסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים, נא סמן X במקום המתאים:  
 מועמד ראשי  מועמד שני  ילד ראשון  ילד שני  ילד שלישי  ילד רביעי  
**לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.**

**עדכון פרטי בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין.**

רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שחברת הביטוח תעביר אליהם.

אם הינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בעמוד הראשון בטופס, טבלה ב. לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין. בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם
חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם

### ט. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

- אני החתום מטה, סוכן הביטוח, מאשר כי ביקשתי מהמועמד/ים לביטוח את כל הפרטים הנדרשים בטופס ההצטרפות ושאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידי המועמד/ים לביטוח.
- הקראתי למועמד/ים לביטוח את ההצהרות המפורטות לעיל לרבות הצהרת הבריאות, בטופס ההצטרפות והוא/הם אישרו לי מפורשות כי הבין/נו את משמעות ההצהרות וכי הוא/הם מסכים/ים לאמור בהן.
- במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח, לרבות באמצעות פניה להר הביטוח לאחר קבלת אישור או קבלת המידע מהמועמד/ים לביטוח לאחר שפנה/ו בעצמו להר הביטוח בהתאם להצהרתו/ם למעלה והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם והצגתי בפניו/הם עותק מתוצאות הליך ההתאמה במידה ונדרש.
- במידה ורכש המועמד לביטוח מוצר המעניק פיצוי (מחלות קשות) - הסברתי למועמד כי במידה וקיים בידו מוצר המעניק פיצוי ("מוצר דומה"), הצירוף הוא עבור מוצר נוסף אשר מבטח מקרה ביטוח דומה ויגבו ממנו דמי ביטוח עבור שני המוצרים.** במסגרת הליך בירור הצרכים בדקתי אם יש למועמד/ים מוצר דומה בחברה ו/או בחברות ביטוח אחרות.
- במידה והמועמד מעוניין לבטל את המוצר הקיים - הסברתי למועמד כי ניתן לבצע את הביטול באופן עצמאי מול חברת הביטוח המקורית או באמצעותי או באמצעות כלל ביטוח.**
- הסברתי למועמד/ים לביטוח את פרטי התכנית, התנאים והסייגים והצגתי לו/להם את הגילוי הנאות.
- מסרתי למועמד/ים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.  
**מועדי הגבייה:** בתשלום בכרטיס אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, תשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.  
**לתשומת ליבך,** במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

## הוראה לתשלום (במידה והמשלם אינו מבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה")

**הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי \***

אני מר/גב' \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ בעל כרטיס אשראי \_\_\_\_\_

<b>שם ספרו</b>	<b>בתוקף עד</b>	<b>סוג כרטיס</b>
		<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 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 שיופק 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 בריאות

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
639			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	<b>שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ</b>	

**אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.**

**לכבוד** \_\_\_\_\_  
**בנק** \_\_\_\_\_  
**סניף** \_\_\_\_\_  
**("הבנק")** \_\_\_\_\_

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 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 \_\_\_\_\_ שם בעל/י 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 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.
  - 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
639			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	<b>חתימה וחותמת הסניף</b>	

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 לביצוען, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

<b>תאריך</b>	<b>בנק</b>	<b>סניף</b>	<b>חתימה וחותמת הסניף</b>