



המכירה בוצעה:  שיחה טלפונית  מכירה פרונטלית

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

למשלוח הטופס לאגף בריאות - בדוא"ל [bht@ayalon-ins.co.il](mailto:bht@ayalon-ins.co.il) או בפקס: 03-7569566

שם סוכן	מס' סוכן	שם מפקח	מספר פוליסה (לשימוש פנימי)	תאריך התחלת הביטוח המבוקש* שנה / חודש / יום
_____	_____	_____	_____	_____ / _____ / _____

\* מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד. לתשומת ליבך, 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 וחתירתו תישב 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 למוצרים 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 זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	קופת חולים	סוג שב"ן
מועמד ראשי				<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 תוכנית אחת או יותר מתוכניות הבסיס ומהנספחים הנוספים - לכל המועמדים לביטוח (בהעדר סימון לא תירכש תוכנית).  
• לתשומת ליבך, ניתן לבטל את תוכנית/יות הביטוח שנרכשו בכל עת. ביטול תוכנית בסיס אחת אינה מבטלת באופן אוטומטי את יתר תוכניות הבסיס, אלא אם צוין אחרת. ייתכן וביטול תוכנית הבסיס יגרום לביטול אחד או יותר מהמוצרים האחרים.  
רכישת נספחים נוספים, מותנית ברכישת תוכנית בסיס, ובהתאמה לסוג התוכנית שלהלן:

מועמד לביטוח	תוכנית בסיס 1 השתלות וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל	תוכנית בסיס 2 תרופות שלא בסל הבריאות ובדיקה גנומית	תוכנית בסיס 3 ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (אחידה)	תוכנית בסיס 4 ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן (אחידה)	תוכנית בסיס 5 בשביל החוסן (פיצוי מחלות קשות) עד 600,000 ₪ פיצוי למבוגר / ילד	תוכנית בסיס 6 בשביל החוסן - סרטן עד 600,000 ₪ פיצוי למבוגר / ילד
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____
ילד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____
ילד 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____
ילד 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____
ילד 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____

בתוכנית "בשביל החוסן" ו"בשביל החוסן - סרטן":

גיל כניסה מינימלי: 0 שנים. עבור תינוקות עד גיל שנה יש לצרף לטופס ההצעה את תעודת השחרור מבית החולים. גיל כניסה מקסימלי: 64.5. סכום ביטוח מינימלי: 50,000 ש"ח. סכום ביטוח מרבי: עד 600,000 ש"ח. ילד: עד 600,000 ש"ח.



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

ג. תוכניות הביטוח - המשך										
נספחים נוספים (ריידרים) - לבחירה	כתב שירות									נספח
	אבחון מהיר	ייעוץ רפואי און ליין	אילון עד הבית	אילון ספורטיבי	רפואה משלימה	ניהול משברים רפואיים בר גפן	ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	אמבולטורי	טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואבזרים רפואיים	
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ד. מידע למועמד לביטוח**
- לידיעתך, תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
  - ככל שהנך 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.
  - אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי יחול במצבי הרפואי** מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלת לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
  - הליך הצטרפות** - ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירוף 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 אלא אם המועמד/ים לביטוח אישרו אחרת.
  - בעת מעבר מפוליסה קבוצתית לפוליסת פרט** - לידיעתך, הכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, באפשרותך לפנות לאתר איילון בכל עת בכתובת: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).
  - 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.
  - שירות צבאי** - יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
  - רשות שוק ההון, ביטוח וחסכון** 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 וחסכון בכתובת: [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il).

- ה. הצהרת המועמדים לביטוח**
- אני/אנו החתומים מטה מבקשים בזה מאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ איילון") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.**
    - במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור צרכי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי.
    - אני/אנו מצהירים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
    - התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח ביננו/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
    - לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
    - 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 לגביית דמי ביטוח.
  - בעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - אחידה (כיסוי ניתוחים בארץ מחליף שב"ן)**
    - לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תוכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"ן": "כללית מושלם/פלטניום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא"), וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.
    - הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
    - לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל נמוכים מדמי הביטוח בכיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, מהשקל הראשון, (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).
    - בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן הנך/ם זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.
  - במידה ונמכרו לי כיסויים של ניתוחים בחו"ל, השתלות ותרופות:** במסגרת הליך התאמת הצרכים שבוצע לי צויין בפני כי הכיסויים אינם כוללים כיסוי ביטוח יבגין ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, בין היתר מכיוון שכיסוי לניתוחים בישראל ניתן במסגרת הביטוח המשלים של קופת החולים.
  - במידה ונמכר לי כיסוי של ניתוחים בישראל:** הוצג בפני הכיסוי הביטוחי בגין ביצוע ניתוחים בישראל אשר קיים לי, ככל שקיים, גם במסגרת הביטוח המשלים של קופת החולים והוסבר לי מה כוללת ההרחבה לכיסוי זה. הוצגה לי האפשרות של רכישת כיסוי ביטוח מסוג משלים שב"ן עם השתתפות עצמית ורק אח"כ אפשרות של ביטול השתתפות עצמית או שקל ראשון.

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

**ה. הצהרת המועמדים לביטוח - המשך מעמוד קודם**

סעיפים חובה למענה

- לבעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון: האם הוצע לך/לכם לרכוש תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, דהיינו תוכנית שמתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים, אך בחרתם/ם לרכוש כיסוי מהשקל הראשון?  כן  לא
- בעת צירוף ילדים לביטוח: הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתיתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?  כן  לא
- 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 שקיימת ברשותך, 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 5 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				
עד לחתימה (סוכן הביטוח):	שם מלא		מספר זהות	מספר רישיון
	תאריך	חותמת		

**ו. אישור תנאי קבלה מראש**

אני מסכים ומאשר מראש:

- רכישת התוכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 50% בגין \_\_\_\_\_.
- ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתוכנית/ות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום.
- ידגש כי אין חובה לחתום על אישור תנאי קבלה מראש. ניתן לבחירתך, להגיש לחברה את טופס ההצעה ללא חתימה מטה על סעיף זה. במקרה זה, בתום הליך החיתום יישלח טופס אישור תנאים לחתימתך, כתנאי להפקת הפוליסה.

שם מועמד ראשי	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה	חתימה ילד מעל גיל 18
---------------	-------	--------------	-------	----------------------

**ז. הליך התאמת צרכים 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 תיאור הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפשריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת המתנה, 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"/>					
להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי*					
<input type="checkbox"/>					
להקטין בפוליסה את סכום הביטוח בפוליסת פיצוי**					
<input type="checkbox"/>					
לבטל את הפוליסה הקיימת**					
<input type="checkbox"/>					
אם מעוניין לבטל - אופן הגשת הביטול					
<input type="checkbox"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> באמצעות חברת הביטוח איילון <input type="checkbox"/> באופן עצמאי					
* ברכישת פוליסה מסוג פיצוי (מחלות קשות) - תוכנית הביטוח המבוקשת הנוספת ייתכן ומכסה מקרה ביטוח דומה לתוכנית הביטוח הקיימת ברשותך. במקרה של ביטוח זה יתקבלו תגמולי ביטוח מכל אחת מהתוכניות בפוליסת הפיצוי לפי סכומי הביטוח. אנו מאשרים כי דמי הביטוח ייגבו מכל אחת מהפוליסות - הנוספת והקיימת.					
** יש לצרף טופס בקשת ביטול מלאה וחותמה (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 לברור הנושא.					
חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני	חתימת ילד מעל גיל 18			

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

### ה. הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים. יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני. על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.											
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)											
ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

#### פרטים כלליים

שמות המועמדים	
גובה (בס"מ)	
משקל (בק"ג)	(לילדים מגיל 10 בלבד)

#### אורח חיים / עישון

1. האם אתה שותה באופן קבוע יותר משלוש כוסות אלכוהול ביום (7)?	
2. האם אתה צורך או צרכת סמים בעבר (7)?	
3. האם אתה מעשן כיום? נא ציין כמה שנים את/ה מעשן _____ וכמות סיגריות ביום ____ . במידה והפסקת לעשן - נא ציין מתי (חודש ושנה) _____ . (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריות אלקטרוניות, מכשיר אידיו אלקטרוני).	

#### רקע רפואי

1. האם אתה נמצא כעת או הומלץ לך להיות, בבירור ו/או במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית?	
2. האם אתה נוטל או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע?	
3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? אם כן, נא פרט.	
4. האם בחמש שנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקות הדמיה ו/או פולשנית, שאינן בדיקות שגרתיות ו/או שנמצא בהן ממצא שהצריך בירור/מעקב?	
5. האם נקבעה לך נכות ו/או אתה נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות (16)?	
6. היסטוריה משפחתית (32): האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך מדרגה ראשונה בלבד (אם, אב, אח, אחות), אחת מהמחלות הבאות: מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן שד, מעי ושחלות, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון.	

#### פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים / מחלות / הפרעות / באחת או יותר המערכות הבאות?

1. מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: אירוע מוחי, מיגרנה, אפילפסיה (3), טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, שיתוקים, בעיות בהתפתחות, קשב וריכוז, האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	
2. נפש: מחלה שאובחנה ע"פ פסיכולוג, פסיכיאטר (17) או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה. נא פרט.	
3. מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני. נא פרט.	
4. מערכת ריאות ודרכי נשימה (2): לרבות אסטמה, פוליפיס, ציסטות, מחלה חסימתית, COPD, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיטיק פיברוזיס, דלקות חוזרות, אלרגיות, תסחיף.	
5. מערכת הראייה (8): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 8, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.	
6. מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (20), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפיס, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.	
7. מערכת הלב (11), כלי דם: לרבות יתר לחץ דם (12), כאבים בחזה, התקף לב, מחלות ורידים ועורקים, מחלת לב כרונית, מפרצת, בעיות בקרישת דם, הפרעות קצב, מסתמים.	
8. מערכת העיכול (6): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, קרוהן, קוליטיס, מחלות כבד/מרה/לבלב (19).	
9. מערכת כליות ודרכי שתן (13): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, אבנים בכליות, צניחת שלפוחית, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית (23).	
10. מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות טרום סוכרת, סוכרת היריון, סוכרת (15), בלוטת התריס, הזעת יתר.	
11. מערכת השלד, שריר, פרקים (21) ורקמת חיבור, לרבות בעיות ברכיים גב, עמוד שדרה (5), בריחת סידן, לופוס, פיברומיאלגיה, גאוט, (1) FMF.	
12. מחלות עור ומין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, פפילומה/קונדילומה (18).	
13. איידס, נשא HIV, מחלות זיהומיות.	
14. לנשים: בעיות גיניקולוגיות ו/או בעיות פיריון, ניתוח קיסרי, הגדלת/הקטנת שד (14).	

#### פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא לציין את מס' הסעיף אליו הינך מתייחס)

שם המועמד	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצב כיום

מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

**ט. 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 אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי איילון חברה לביטוח בע"מ יישמש את איילון ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי איילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאיילון להביא לידיעת 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.

שם מועמד ראשי	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה	חתימת ילד מעל גיל 18

ב. הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך), 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 איילון בכתובת: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il) או באמצעות פנייה טלפונית למספר 1-800-35-2001.  
 הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 1-800-35-2001.  
 ג. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת איילון קיים באתר האינטרנט של איילון בכתובת: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).

**י. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח - מידע על פוליסות מאתר משרד האוצר**

רשות שוק ההון ביטוח וחסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים, אנא פנה למוקד שירות הלקוחות של איילון.  
**לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז 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 קטנים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שחברת הביטוח תעביר אליהם.  
 אם הנך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כגיר 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 במרוכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין. בהם הוגדר כגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני	חתימת ילד מעל גיל 18

**יא. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)**

**במקרה בו המועמד/ים מבקשים לבטל את הפוליסה הקיימת (באיילון או אצל מבטח אחר) ולעבור לפוליסה חדשה באיילון:** להלן השוואה שערכתי בין הפוליסה הקיימת לפוליסה המוצעת: (יש להתייחס לכל אחד מהנושאים המפורטים).

פרמיה בפוליסה המוצעת	<input type="checkbox"/> נמוכה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר
היקף/תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת	<input type="checkbox"/> רחב יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר
לרבות החרגות ככל שקיימות	<input type="checkbox"/> טובה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר
סכומי הביטוח / תקרות בפוליסה המוצעת	<input type="checkbox"/> גבוהים יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר
רמת השירות בחברה החדשה	<input type="checkbox"/> טובה יותר	<input type="checkbox"/> ללא הבדל מהותי	<input type="checkbox"/> אחר

פירוט נוסף: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

שם ספרו	בתוקף עד	סוג כרטיס
_____	_____	<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכאר <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)	שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ	

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)	שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ	

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.

תאריך	בנק	סניף	חתימה וחותמת הסניף
_____	_____	_____	_____