



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

**ד. תוכניות הביטוח**

נא לסמן X לרכישת תוכנית אחת או יותר מתוכניות הבסיס ומהנספחים הנוספים - לכל המועמדים לביטוח. (בהעדר סימון לא תירכש תוכנית)

- ניתן לרכוש כל תוכנית בסיס בפני עצמה, ללא תלות ברכישה של שאר התוכניות.
- 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 מהנספחים המשלימים המפורטים מטה.
- רכישת נספחים נוספים, מותנית ברכישת תוכנית בסיס, ובהתאמה לסוג התוכנית כדלהלן:

| מועמד לביטוח | תוכנית בסיס 1                           | תוכנית בסיס 2                        | תוכנית בסיס 3                        | תוכנית בסיס 4                                     | תוכנית בסיס 5  | תוכנית בסיס 6                                      |
|--------------|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|
|              | השתלות וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל | תרופות שלא בסל הבריאות ובדיקה גנומית | ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (אחידה) | ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן (אחידה) | בשביל החוסן (פיצוי מחלות קשות) עד 600,000 ₪ פיצוי למבוגר / ילד | 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 _____                                   |

בתוכניות "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.

| נספחים נוספים (ריידרים) - לבחירה | כתב שירות אבחון מהיר     | נספח ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל | נספח אמבולטורי           | כתב שירות רפואה משלימה   | כתב שירות ייעוץ רפואי און ליין |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| ראשי                             | <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"/>       |
| ילד 1                            | <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"/>       |
| ילד 3                            | <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"/>       |

**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 | לא | כן | לא | כן | לא | כן |

**פרטים כלליים**

|   |  |
|---|--|
| שמות המועמדים   |  |
| גובה (בס"מ) _____ (ילידים מגיל 10 בלבד) _____   |  |
| משקל (בק"ג) _____   |  |
| האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> עלייה <input type="checkbox"/> ירידה של _____ ק"ג.              |  |
| הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> ניתוח להפחתת משקל <input type="checkbox"/> סיבה אחרת נא לפרט _____ |  |

**אורח חיים**

|  |  |
|--|--|
| 1. האם הנך מעשן כיום? אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריות אלקטרוניות (מכשיר אידוי אלקטרוני) (לילד החל מגיל 16) _____) |  |
| האם עישנת בשנתיים האחרונות? כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ (24)  |  |
| 2. האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום? (לילדים החל מגיל 16) (7)   |  |
| 3. האם אתה צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (לילדים החל מגיל 16) (7)   |  |



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

### ה. הצהרת בריאות - המשך

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 |    |
| לא  | כן | לא        | כן | לא    | כן | לא    | כן | לא    | כן | לא    | כן |

#### רקע רפואי

|    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. | האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית?   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? נא פרט.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי או הנך נמצא/ת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך? אם כן, אנא פרט וצרף את תוצאות הבדיקות. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | האם נקבעה לך נכות ו/או הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות או הומלץ לך שימוש באביזר רפואי? (16) אנא פרט וצרף מסמכים.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. | היסטוריה משפחתית: 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: לרבות אפילפסיה (3), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, אוטיזם, קשב וריכוז, הפרעות הרטבה (מעל גיל 5), סחרחורות והתעלפויות. ASPERGER, האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.  | נפש: מחלת נפש שאובחנה ע"פ פסיכולוג, פסיכיאטר (17) או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.  | מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.  | מערכת ריאות ודרכי נשימה (2): לרבות אסטמה, ו/או ברונכיטיס, COPD, (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5.  | מערכת הראייה (8): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6.  | מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (20), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7.  | מערכת הלב / לחץ דם (11), כלי דם: לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבозה, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8.  | בקע ומערכת העיכול (19): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, רקטוצלה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל או שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבלב.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9.  | מערכת כליות ודרכי שתן (13): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (23).  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. | מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (15), שומנים בדם, שיגדון (גאוס), גושה, בלוטת התריס/המגן, יותרת המגן/ התריס, יותרת המוח, FMF, (פרולקטינומה/ פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. | מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשאות, לופוס, פיברומיאליגיה, תסמונת התשישות הכרונית, סקלרודרמה, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. | מערכת השלד, השרירים, מפרקים (5) מחלות מפרקים (21) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרסט, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים שגרונית.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. | מערכת עור ומין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (18).  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. | מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח - לילדים החל מגיל 12: נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פריון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדדים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון (14).  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. | לילדים (עד גיל 18): הפרעה / עיכוב התפתחותי בגינו הומלץ לך על מעקב / טיפול רפואי, הפרעת גדילה, מומים מולדים, נולדה/ פג (לילד עד גיל 3, יש לצרף מכתב עדכני מרופא ילדים ומכתב שחרור מבית החולים). הפרעה או בעיה רגשית. חן/שפה שסועה - האם נותחת? לא, כן, מתי? האם הבעיה עדיין קיימת? לא, כן, אשך טמיר - האם נותחת? לא, כן, מתי? האם הבעיה עדיין קיימת? לא, כן. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



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

**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' | מצבך כיום |
|-----------|-------------|------------|---------------------------------|-----------|
|           |             |            |                                 |           |
|           |             |            |                                 |           |
|           |             |            |                                 |           |
|           |             |            |                                 |           |
|           |             |            |                                 |           |

**ו. ויתור על סודיות רפואית**

- רשות לקבלת פרטים - אני הח"מ, נתן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, מכונה ובמעבדותיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, משרד הביטחון, החברות לביטוח, המכונים הרפואיים והמעבדות הרפואיות בבתי החולים למסור מידע ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" ו/או מי מטעמה ו/או בא כוחה, להלן "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
- שמירה על סודיות - הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.
- יפוי כוח - אני מייפה את איילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיני חשוב בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטבתי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.
- שימוש במידע - ידוע לי, כי השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

|       |               |                                     |              |                                     |
|-------|---------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| תאריך | שם מבטוח ראשי | חתימה על הצהרת בריאות וויתור סודיות | שם בן/בת זוג | חתימה על הצהרת בריאות וויתור סודיות |
|       |               |                                     |              |                                     |

**ז. אישור תנאי קבלה מראש**

- אני מסכים ומאשר מראש:**
- רכישת התכנית/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 לתכנית/ות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום.
  - יודגש 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.

|       |               |       |              |       |
|-------|---------------|-------|--------------|-------|
| תאריך | שם מועמד ראשי | חתימה | שם בן/בת זוג | חתימה |
|       |               |       |              |       |

**ח. 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 צרכיי. 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 תירווא 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 בתוכנית הביטוח.

| שאלון ביטוחים קיימים  | מועמד ראשי   | ילד 4  | ילד 3  | ילד 2  | ילד 1  | מועמד שני  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח יש פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף, במסגרת הצעה זו? | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן | <input type="checkbox"/> לא<br><input type="checkbox"/> כן |
| 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"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                   | <input type="checkbox"/>                                   |

**אם מעוניין לבטל - אופן הגשת הביטול**

באמצעות סוכן הביטוח  באמצעות חברת הביטוח איילון  באופן עצמאי

\* ברכישת פוליסה מסוג פיצוי (מחלות קשות) - בתוכנית הביטוח המבוקשת הנוספת יתכן שהיא מכסה 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 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 |
|                  |                 |                      |

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

### ט. 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 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 תכנית הבסיס, יבטלו גם התכניות הנוספות שגלו לתכניות הבסיס.
- לידיעתך, 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.
- ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/אחרת בסיס.
- 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.
- אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי 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.
- 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.
- 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 לאיילון בכל עת בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).
- אם הנך מעשן ותקבע לך תוספת רפואית עקב כך או תעריך מתאים / מעשן** - שתפסיק לעשן לתקופה רציפה של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את הסוכן או את החברה על מנת שתבחן אפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.
- 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** - ובהר 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).

### י. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתום/ים 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 בינך/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 תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"ן"; "כללית מושלם/פולטינום", "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 זכאים לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

### טעמים חובה למענה

- לבעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים וטיפול 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 בחרת/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 וחת'מתך/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 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 אפשרות 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.



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

| 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 |
| עד לחתימה (סוכן הביטוח): |       | תאריך     | חותמת     |             |
|                          |       |           | חתימה     |             |

**יא. 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 |

**יב. 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.

|       |               |       |              |       |
|-------|---------------|-------|--------------|-------|
| תאריך | שם מועמד ראשי | חתימה | שם בן/בת זוג | חתימה |
|-------|---------------|-------|--------------|-------|

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 חיגוי 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).

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

1. הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר שבמסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט בררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכיו/הם ומסירתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.

2. אני החתום מטה סוכן הביטוח מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידם.

3. במקרה בו המועמדים לביטוח מבקשים לבטל את הפוליסה הקיימת ולעבור לפוליסה 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 |
| 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 |
|-------|----------|-------------|



הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים  
The form is intended for women and men alike.

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.  
Please be sure to complete this form precisely and in full.

**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 מספרו | בתוקף עד | סוג כרטיס   |
|----------|----------|---|
| _____    | _____    | <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינירס <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   |
|--|-----------|--|-------|
| _____  | _____     | _____  | _____ |
| מס' חשבון  |           | 6 3 9  |       |
| קוד מוסד (המוטב)                                 |           | אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים) |       |
| שם המוסד (המוטב): <b>איילון חברה לביטוח בע"מ</b> |           |  |       |

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

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
או-  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - \_\_\_\_\_ ש"ח.  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום \_\_\_\_\_.

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

**לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות**

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות / ח"פ \_\_\_\_\_ ("הלקוחות")

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הני"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 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 להוציא 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   |
|------------------|-----------|--|-------|
| _____            | _____     | _____  | _____ |
| מס' חשבון        |           | 6 3 9  |       |
| קוד מוסד (המוטב) |           | אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים) |       |

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נבם 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 בהתייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

|             |           |            |                          |
|-------------|-----------|------------|--------------------------|
| תאריך _____ | בנק _____ | סניף _____ | חתימה וחותמת הסניף _____ |
|-------------|-----------|------------|--------------------------|