

הצעה לביטוח מחלות קשות בשביל החוסן עד 350,000 ש"ח

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 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 לך 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 למומרים שלך ב"איילון", ישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמית 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 או באמצעות פנייה טלפונית למוקד שירות לקוחות של איילון בטלפון 1-800-35-2001.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	קופת חולים	סוג שב"ן
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<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			
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 ומהנפחים הנוספים - לכל המועמדים לביטוח (בהיעדר סימון לא תירכש תוכנית).
 • לתשומת ליבך, ניתן לבטל את תוכנית/יות הביטוח שנרכשו בכל עת. ביטול תוכנית הבסיס, עשויה לגרום לביטול של אחד או יותר מהנפחים המשלימים המפורטים מטה.
 • רכישת נוספים נוספים, מותנית ברכישת תוכנית בסיס, ובהתאמה לסוג התוכנית שלהלן:

מועמד	הכיסוי	נפחים וכתבי שירות נוספים (ריידרים) - לבחירה					
		רשום סכום מבוקש בש"ח	כתב שירות רפואה משלימה	כתב שירות ייעוץ רפואי און ליין	אמבולטורי	איילון עד הבית	איילון ספורטיבי
ראשי		<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"/>
ילד 1		<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"/>
ילד 3		<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"/>

בשביל החוסן:
 גיל כניסה מינימלי: 0 שנים. עבור תינוקות עד גיל חצי שנה יש לצרף לטופס ההצעה את תעודת השחרור מבית החולים. גיל כניסה מקסימלי: 65.
 סכום ביטוח מינימלי: 50,000 ש"ח. סכום ביטוח מרבי: עד 350,000 ש"ח. ילד: עד 350,000 ש"ח.

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

ד. 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).

מבוטח ראשי	בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

פרטים כלליים (גובה ומשקל לילד מגיל 12)

שמות המועמדים										
גובה (בס"מ)										
משקל (בק"ג)										

אורח חיים ורקע רפואי (לכל המבוטחים)

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 ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? (נא פרט בטבלה מטה)										
3. תרופות: האם אתה נוטל/ת תרופות באופן קבוע או מצוי כעת במעקב רפואי או בהשגחה רפואית? (נא פרט בטבלה מטה)										
4. האם אובחנת או אתה/ת תחת בירור רפואי בגין מחלות הקשורות למעי הגס (קולון), קרוהן, אולצריטיב קוליטיס, מחלת כליות פוליציסטיות, צהבת B או C ו/או שחמת הכבד? (נא פרט)										
5. האם טרם סיימת תהליך ברור של תופעה או מחלה אליו הופנת בשנתיים האחרונות. טרם נקבעה אבחנה סופית? (סוג הבדיקות: ממוגרפיה, מיפוי עצמות, MRI, CT, אולטראסאונד - שלא כחלק ממעקב הריון, ביופסיה, דם סמוי, קולנוסקופיה, גסטרוסקופיה) אם כן, האם פרטת על כך באחת מהשאלות הקודמות? כן / לא										
6. האם עברת ביופסיה במהלך 5 שנים אחרונות? (אם כן, נא פרט בטבלה מטה)										

האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חיהם מומים / מחלות / הפרעות / באחת או יותר מהמערכות הבאות?

1. מחלות לב, הפרעות בלב, לחץ דם גבוה ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות. נא לפרט (שאלון 11)										
2. סוכרת. נא לפרט (שאלון 15)										
3. מחלות ממאירות, גידולים: האם אובחנת במהלך חיך בבעיות רפואיות כגון: גידולים (לרבות גידול שפיר, סרטני, וטרומ סרטני) פוליפים, סרטן.										
4. היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך (מדרגה ראשונה בלבד אם / אב / אח / אחות) אחת מהמחלות הבאות: מחלת לב, שבץ מוחי, מעי ושחלות, (סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון)? או אחת או יותר מהמחלות הבאות: סרטן שד, סרטן מעי הגס, סרטן שחלות? נא פרט/י סוג וגיל בעת גילוי המחלה.										

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

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

ה. 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 תוכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתוכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתוכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תוכנית ומבלי שביטולה של התוכנית יגרם לביטולה של הנחה בתוכנית אחרת. זאת למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תוכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד.
- על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תוכנית נוספת הותר רק ביחד עם תוכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תוכנית הבסיס יביא לביטולה של התוכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תוכנית הבסיס, יבוטלו גם התוכניות הנוספות שנלו לתוכניות הבסיס.
- לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף**, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך ראשי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.
- ידוע לי כי רכישת תוכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תוכנית נוספת/אחרת בסיס.
- 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 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.
- 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**, הכיסיים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסיים, באפשרותך לפנות לאתר איילון בכל עת בכתובת: www.ayalon-ins.co.il.
- אם הנך מעשן ותקבע לך תוספת רפואית עקב כך או תעריף מתאים / מעשן - שתפסיק לעשן** לתקופה רציפה של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את הסוכן או את החברה על מנת שתבחן אפשרות לשינוי תעריף בכיסיים הרלוונטיים.
- דמי הביטוח בפוליסה ייקבעו לפי גיל המבטח** במועד הצטרפות 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 וחיסכון** מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסיי 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.

ו. הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים 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 בין/ים 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 לגביית דמי ביטוח.

ועיפים חובה למענה

- 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 הכיסי, ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח שקיימת ברשותך, לפי העניין אשר כלל לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסי 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 לכיסי 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				
עד לחתימה (סוכן הביטוח):	שם מלא		מספר זהות	מספר רישיון
	תאריך	חותמת		חתימה
				

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

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 ההמתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בתוכניות הביטוח.

שאלון ביטוחים קיימים					
האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח יש פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף, במסגרת הצעה זו?	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"/>
להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי*	<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"/>
לבטל את הפוליסה הקיימת**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 זהה 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 לברור הנושא.

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

ח. 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.
- 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
-------	---------------	-------	--------------	-------

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 ישמש את איילון ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי איילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאיילון להביא לידיעתני 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
-------	---------------	-------	--------------	-------

- 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 או באמצעות פנייה בכתב לכתובת: רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת גן או באמצעות פנייה טלפונית למספר 1-800-35-2001.
- מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת איילון קיים באתר האינטרנט של איילון בכתובת: www.ayalon-ins.co.il.

מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

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

רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון 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, נא סמן X במקום המתאים:
 מועמד ראשי מועמד שני ילד ראשון ילד שני ילד שלישי ילד רביעי
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 קטינים 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 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 במרוכז 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 _____

יא. 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 אישר/ו 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 _____

שם ספרו	בתוקף עד	סוג כרטיס
	<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכרט <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 ישלחו 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 בעלי 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)	תאריך _____ חתימה וחותמת הסניף _____	

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 בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	בנק	סניף	חתימה וחותמת הסניף