



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 * 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 וחתימתו תיחשב כהסכמת הקטין.

א. פרטי המועמדים לביטוח

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווחים השנתיים, יישלחו 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", יישלחו 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 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		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

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, יישלח 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 (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 מהנספחים המשלימים המפורטים מטה.
 • רכישת נוספים נוספים, מותנית ברכישת תוכנית בסיס, ובהתאמה לסוג התוכנית שלהלן:

הכיסוי	בשביל החוסן פיצוי למבוגר / ילד	נספחים וכתבי שירות נוספים (ריידרים) - לבחירה								
מועמד	רשום סכום מבוקש בש"ח	כתב שירות אבחון מהיר	כתב שירות רפואה משלימה	כתב שירות ייעוץ רפואי און ליין	אמבולטורי	איילון עד הבית	איילון ספורטיבי	ניהול משברים רפואיים בר גפן	טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים	נספח אבחונים וטיפולים בהתפתחות הילד
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

בשביל החוסן:

גיל כניסה מינימלי: 0 שנים. עבור תינוקות עד גיל שנה יש לצרף לטופס ההצעה את תעודת השחרור מבית החולים. גיל כניסה מקסימלי: 65. כסום ביטוח מינימלי: 50,000 ש"ח. כסום ביטוח מרבי: עד 300,000 ש"ח. ילד: עד 300,000 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).

ראשי	בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן
שמות המועמדים										
האם מעשן/ת										
גובה (בס"מ)										
משקל (בק"ג)										

שאלון כללי ושאלון עישון (לכל המבוטחים)

1.	האם את/ה תחת בירור רפואי או מצוי בטיפול רפואי או ממתין לאיזו פרוצדורה רפואית / ביופסיה כולל תוצאה שלא התקבלה / בדיקות הדמייה שאינן בדיקות שיגרה בשל גיל?
2.	האם את/ה מעשן מעל 20 סיגריות ביום? אם כן, נא ציין כמות _____
3.	האם אובחנת במהלך חיך באחת או יותר מהמחלות הבאות: גידולים (כולל גידולים טרום סרטניים) פוליפים (במעי / בצוואר הרחם / ברחם / בשחלות) סרטן ומחלות ממאירות ו/או האם למיטב ידיעתך אחד או יותר מקרוביך מדרגה ראשונה (אב, אם, אחים / אחיות) אובחנו באחת המחלות הבאות: סרטן שד, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות?

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

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 שהביטוח יותנה בביטול אחת או יותר מהתוכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תוכנית ומבלי שביטולה של התוכנית יגרום 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 תכניות הבסיס, יבוטלו גם התוכניות הנוספות שנלוו לתוכניות 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 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 להמשך 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 לאתר איילון בכל עת בכתובת: 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 הפוליסה ייקבעו לפי גיל המבוטח** במועד הצטרפותו לביטוח, וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבוטח. גיל המבוטח לצורך חישוב דמי הביטוח, ייקבע באופן הבא: יראו את תאריך הולדתו של המבוטח 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.

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

1. הצהרת המועמדים לביטוח

1. 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.
 (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 לגביית דמי ביטוח.

עופים חובה למענה

2. בעת צירוף ילדים לביטוח: הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתיתמך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוסטרופוס. 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 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 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	

2. 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 בתוכנית הביטוח.

שאלון ביטוחים קיימים	מועמד ראשי	מועמד שני	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח יש פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף, במסגרת הצעה זו?	<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
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	<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 לביור הנושא.						
חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני	חתימת ילד מעל גיל 18				

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

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

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 מטעמו, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי איילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאיילון להביא לידיעתי 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 חיג 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.

ג. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת איילון קיים באתר האינטרנט של איילון בכתובת: 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 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 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 במרכז 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 - 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)

- 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 ביררתי את צורכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמים לצרכיו/הם ומסירתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.
- 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.
- 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 נמוכה יותר ללא הבדל מהותי אחר _____

היקף/תנאי הכיסוי בפוליסה המוצעת רחב יותר ללא הבדל מהותי אחר _____

סכומי הביטוח / תקרות בפוליסה המוצעת גבוהים יותר ללא הבדל מהותי אחר _____

רמת השירות בחברה החדשה טובה יותר ללא הבדל מהותי אחר _____

פירוט נוסף: _____

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן
-------	----------	-------------

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם. הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.
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
<input type="checkbox"/> סוג כרטיס <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר _____	
<p>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.</p>	
תאריך	חתימת בעל הכרטיס

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון - ביטוח בריאות

<table border="1"> <tr> <td>מס' חשבון</td> <td>סוג חשבון</td> <td>סניף</td> <td>בנק</td> </tr> <tr> <td>6 3 9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>קוד מוסד (המוטב)</td> <td colspan="3">אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ</td> </tr> </table> <p>אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</p>	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק	6 3 9				קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)			שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ				<p>לכבוד _____ בנק _____ סניף _____ ("הבנק")</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.</p> <p><input type="checkbox"/> או-ה</p> <p><input type="checkbox"/> הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:</p> <p><input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב - _____ ₪.</p> <p><input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____.</p>
מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק														
6 3 9																	
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)																
שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ																	

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:

א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.

ב. הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.

ג. נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.

ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.

ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.

ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.

ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.

ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

תאריך	חתימת הלקוחות
-------	---------------

אישור הבנק

<p>לכבוד איילון חברה לביטוח בע"מ רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת-גן ת"ד 10957, מיקוד 5250606</p> <p>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.</p>	<p>לכבוד איילון חברה לביטוח בע"מ רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת-גן ת"ד 10957, מיקוד 5250606</p>
תאריך	בנק
סניף	חתימה וחותמת הסניף