



הצעה לביטוח תאונות אישיות
"הגנה מתאונה למשפחה ופיצוי בגין אי כושר עבודה מתאונה"

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
---------	----------	---------	----------------------------	-------------------------------------------------

לתשומת לבך: התאריך המבוקש להתחלת הביטוח אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח. עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, אפשר שתהיה 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 וחתומתו יחשב כהסכמת הקטין.

א. פרטי המועמדים לביטוח						
שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	עיסוק / מקצוע	מספר זהות
מועמד ראשי						
בן/בת זוג						
ילדים						
ילד 1				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
ילד 2				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
ילד 3				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
ילד 4				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		
רחוב		מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד	
כתובת מגורים						
Email: @						כתובת דוא"ל מועמד ראשי
Email: @						כתובת דוא"ל בן/בת זוג
<input type="checkbox"/> אינני מעוניין שתעדכנו את פרטי הכתובת, הנייד והדוא"ל שלי במאגר הכתובות שלכם על פי הרשום במסמך זה. (לידיעתך, אם לא תסמן בחירה זו, פרטייך בפוליסות חיים ובריאות יעודכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה).						

קבלת מסמכי הביטוח באמצעים דיגיטליים			
מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוחות התקופתיים יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות "איילון". אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל, נא מלא את כתובת הדוא"ל שלך בטבלת הדוא"ל שלך בטבלת ה"פרטי המועמדים לביטוח" לעיל. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, נא סמן X במשבצת להלן:			
<input type="checkbox"/> מועמד ראשי אבקש לקבל מסמכים אלו באמצעות דואר ישראל, על פי הכתובת הרשומה לעיל. <input type="checkbox"/> מועמד שני אבקש לקבל מסמכים אלו באמצעות דואר ישראל, על פי הכתובת הרשומה לעיל.			
(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 שיימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו ולעדכון פרטים ניתן להכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.ayalon-ins.co.il)			
תאריך	חתימת מועמד ראשי	תאריך	חתימת מועמד שני

מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח (לתוכנית סיעוד ותאונות אישיות)
באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון / שינוי מוטבים במקרה מוות. בהיעדר מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

כתב שירות	ביטול חריג רכב דו גלגלי ממונע / טרקטורון לפוליסת הבסיס בלבד			ב. הגנה מתאונה (סמן את החבילה המבוקשת במקום המיועד)				
	ביטול חריג רכב דו גלגלי ממונע (מעל גיל 21)	סמן את החבילה המבוקשת	מועמד ראשי	חבילה 4 400,000	חבילה 3 300,000	חבילה 2 200,000	חבילה 1 100,000	סכום הביטוח (ש"ח)
ייעוץ רפואי און ליין	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מועמד ראשי	400,000	300,000	200,000	100,000	כיסוי
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> בן/בת זוג	400,000	300,000	200,000	100,000	מוות מתאונה
		<input type="checkbox"/> 1 ילד	<input type="checkbox"/> ילדים בגילים 3-20	60,000	45,000	30,000	15,000	נכות מלאה או חלקית עקב תאונה
		<input type="checkbox"/> 2 ילד		200,000	150,000	100,000	50,000	שברים עקב תאונה
		<input type="checkbox"/> 3 ילד		140,000	105,000	70,000	35,000	כוויות כתוצאה מתאונה
		<input type="checkbox"/> 4 ילד		800	600	400	200	סיעוד מתאונה (תשלום חד-פעמי)
								אשפוז כתוצאה מתאונה פיצוי יומי

מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

ג. נספח פיצויי שבועי כתוצאה מתאונה מגיל 64 - 21							
סמן בהתאמה				מספר ימי ההמתנה המבוקש		סכום הפיצוי החודשי – עד 4,000 ₪ פיצוי חודשי	
מועמד ראשי	14	21	30	1,000	2,000	3,000	4,000
בן/בת זוג	14	21	30	1,000	2,000	3,000	4,000

ד. הצהרת בריאות													
* אם התשובה לאחת מהשאלות היא "כן" יש לפרט ולצרף מסמך רפואי													
ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4			
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
שמות המועמדים													
1. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות ו/או נעזר באמצעי עזר או אדם לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?													
2. האם אתה סובל מבריחת סידן / אוסטיאופורוזיס / ירידה בצפיפות העצם?													
3. האם אתה סובל מ: <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים													
4. האם אתה סובל מירידה בזיכרון בשלוש השנים האחרונות?													
5. יש לענות על שאלה זו במקרה ומבקשים לרכוש ריידר לפיצויי שבועי: האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש במהלך 12 החודשים האחרונים? במקרה של עקרת/ת בית: האם רותקת לביתך כתוצאה ממחלה או תאונה כאמור? אם כן, פרטי / צרפ' / מסמך רפואי													
במקרה של תשובה חיובית לשאלה בנושא של ירידה בצפיפות העצם, תיגבה תוספת רפואית. האם אתה מסכים כי ככל שיתברר במסגרת הליך החיתום עבורך ו/או עבור ילדיך עד גיל 18, כי לצורך הפקת פוליסת ביטוח הכוללת את הכיסויים המבוקשים יש צורך בתנאים החיתומיים המפורטים להלן, אלו יקבעו במסגרת הפוליסה, אשר תופק לך ו/או לילדיך עד גיל 18, לפי העניין: תוספת רפואית לדמי הביטוח בשיעור של 50% עקב ירידה בצפיפות העצם <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא													

פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא לציין את מס' הסעיף אליו הינך מתייחס)				
שם המבוטח	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבך כיום

ה. ויתור על סודיות רפואית				
1. רשות לקבלת פרטים - אני הח"מ, נותן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, מכוניה 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.				
2. שמירה על סודיות - אני 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.				
3. ייפוי כוח - אני מייפה את איילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניי 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.				
4. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.				
5. שימוש במידע - ידוע לי, כי השימוש במידע יעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.				
תאריך	שם מועמד ראשי	חתימה על הצהרת בריאות וויתור סודיות	שם בן/בת זוג	חתימה על הצהרת בריאות וויתור סודיות

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשי

1. הצהרת המועמדים לביטוח ומידע טרם חתימה

1. אני/אנו החתומים מטה מבקשים בזה מאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ איילון") לבטח אות/אוננו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

- (א) במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור צרכי הוצע 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/נרם לבין החברה ויהו 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.

2. מידע למועמד לביטוח

- (א) לידיעתך, תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- (ב) 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, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.
- (ג) 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.
- (ד) ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/אחרת בסיס.

- (ה) ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיסית, 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 סוק הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
- (ו) 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.




3. 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.

□ במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המיידית לביטוח, תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסימן אם הנך מעוניין).

סעיפים חובה למענה

- 4. בעת צירוף ילדים לביטוח עד גיל 18: הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? □ כן □ לא
- 5. קבלת מידע מהותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי, ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי ו/או הגילוי הנאות; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן? □ כן □ לא
- במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים כמפורט בסעיף 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.

מבטח ראשי	תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
				
בן/בת זוג				
עד לחתימה (סוכן הביטוח)				

2. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

א. אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי איילון חברה לביטוח בע"מ ישמש את איילון ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי איילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאיילון להביא 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 מבוטח 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 חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.ayalon-ins.co.il 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.

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשי

ח. השוואה / ביטול פוליסה קיימת - בביטוח בריאות

מועמד ראשי	בן/בת זוג	האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח יש פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף, במסגרת הצעה זו (להלן: "פוליסה קיימת")? הכיסויים בפוליסה הקיימת הם: אם התשובה חיובית בעבור חלק מהמועמדים, נא ציין את שמם:
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
אם התשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים שלהלן מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.		
<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין <input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר	<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין <input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר	אני מעוניין להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי. ברכישת כיסוי פיצוי (מחלות קשות, סיעוד, תאונות אישיות): לידיעתך, הכיסוי אליו אתה מבקש להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני מאשר את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.
<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין <input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר	<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין <input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר	אני מעוניין להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין את היקף הפיצוי* ברכישת כיסוי פיצוי (מחלות קשות, סיעוד, תאונות אישיות): לידיעתך, הכיסוי אליו אתה מבקש להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני מאשר את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.
<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין	<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין	אני מעוניין לבטל את הפוליסה הקיימת האם אתה רוצה שבקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך לבטל על ידי: <input type="checkbox"/> על ידך <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת איילון (יש לצרף טופס בקשה לביטול). שם חברת הביטוח המבטחת: _____
אם ברשות המועמדים לביטוח פוליסה קיימת וייקבעו להם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת. ברכישת כיסוי פיצוי בלבד (מחלות קשות, סיעוד, תאונות אישיות), נדרש לבצע השוואה רק אם כוונת המועמדים לביטוח לבטל או להקטין את הכיסוי בפוליסה הקיימת. * לצורך הקטנת היקף הכיסוי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.		

ט. אישור מועמד לצירוף לביטוח - בחינת פוליסות קיימות עם פיצוי זהה/דומה

תצהיר מועמד שני לביטוח אני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה. יש לסמן את האפשרות המתאימה: <input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח. <input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה וכי ידוע לי שטופס הצטרפות זה לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת אשר מבטחת מקרה ביטוח המעניק פיצוי זהה/דומה לפוליסה קיימת נוספת על-שמי בחברת _____, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור הפוליסה הקיימת והחדשה, מאחר ובתהליך התאמת הצרכים אשר בוצע על-ידי בעל הרישיון, מצאתי אותן מתאימות לצרכיי. <input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בחברת _____ והכיסוי/פוליסה תבוטל לאחר קבלתי לביטוח על פי הצעה זו.	תצהיר מועמד ראשי לביטוח אני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה. יש לסמן את האפשרות המתאימה: <input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח. <input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה וכי ידוע לי שטופס הצטרפות זה לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת אשר מבטחת מקרה ביטוח המעניק פיצוי זהה/דומה לפוליסה קיימת נוספת על-שמי בחברת _____, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור הפוליסה הקיימת והחדשה, מאחר ובתהליך התאמת הצרכים אשר בוצע על-ידי בעל הרישיון, מצאתי אותן מתאימות לצרכיי. <input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בחברת _____ והכיסוי/פוליסה תבוטל לאחר קבלתי לביטוח על פי הצעה זו.
תאריך	תאריך
חתימת מועמד שני	חתימת מועמד ראשון

הצהרת סוכן/בעל רישיון:
 אני מאשר בזאת, כי תהליך התאמת צרכים למועמדים לביטוח, כלל התייחסות לביטוחים הלוונוטיים הקיימים ברשות המועמד/ים. בירור כאמור כלל לכל הפחות בחינה של רשימת מוצרי הביטוח המונפקת באמצעות הר הביטוח, ובאמצעות פניה לחברות המבטחות בהן קיימות פוליסות, ככל וקיימות.

תאריך	חתימת הסוכן	חתימת הסוכנות

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

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניין שנעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, עליך לחתום מטה על הבקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות המרכז באתר משרד האוצר את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וכי בקשה להסרת המידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות.

אני מבקש להסיר את כל נתוני פוליסות הביטוח הקיימות על-שמי בחברת איילון, מאתר האינטרנט של משרד האוצר. ידוע לי כי אי העברת הנתונים תמנע ממני לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח של משרד האוצר, את מוצרי הביטוח שלי בחברת איילון ובכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני

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 בררתי את צורכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/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.

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

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"/> ישראכארט <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 חיים / 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): 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.
 או-
 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 / מס' 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 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 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
מס' חשבון		6 3 9	
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)		

אישור הבנק

לכבוד _____
איילון חברה לביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת-גן
ת.ד. 10957, מיקוד 5250606

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

תאריך	בנק	סניף	חתימה וחותמת הסניף