

הצעה לביטוח איילון B בוטי

חבילת ביטוח מודולארית ופוליסה לביטוח אחריות משולבת לענפי הספרות מכוני יופי והקוסמטיקה
מהדורת 2018

שם הסוכן/סוכנות		מס' הסוכן/סוכנות	
שם המציע	ת.ז./ח.פ.	טלפון	
כתובת בית העסק			
מיקום בית העסק: קומה _____ מתוך _____ קומות בבניין			
תקופת הביטוח המבוקשת:			
מ- _____ עד _____ (בחצות)		תאור פעילות העסק: <input type="radio"/> מספרות <input type="radio"/> קוסמטיקאיות <input type="radio"/> מכוני יופי	
תשלום דמי הביטוח נא סמן/י אופן התשלום			
<input type="radio"/> הוראת קבע <input type="radio"/> מזומן <input type="radio"/> כרטיס אשראי מסוג _____		תוקף הכרטיס	כרטיס מס' _____
בעל הכרטיס		ת.ז.	מס' תשלומים

- תאור המבנה ותכולת בית העסק המוצע לביטוח**
בית העסק נמצא בקומה _____ של מבנה בן _____ קומות. בנוי _____
גג בית העסק בנוי _____ גיל המבנה _____ שנים.
המבנה נמצא: בבעלות המציע בשכירות בדמי מפתח.
האם בבית העסק או במבנה מחזיקים ו/או משתמשים בחומרי נפץ, דלקים, כימיקלים, או סחורות מסוכנות אחרות, המתלקחים או מתפוצצים? לא כן
פרט סוגי חומרים: _____
מספר עמדות _____
- האם יש שעבוד לרכוש המוצע לביטוח וברצונך לכלול סעיף בפוליסה בהתאם** לא כן
ציין לטובת מי השעבוד ופרוט הרכוש המשועבד: _____ כתובת המשעבד _____
- תאור העסקים בשכנות לעסק המוצע לביטוח**
האם במבנה בו נמצא העסק נמצאים גם עסקים אחרים לא כן, אם כן פרט: _____
פרטי המבנים הנמצאים בשכנות (עד 15 מטר) סוג המבנים והשימוש בהם: _____
- אמצעי בטיחות / מיגון בעסק המוצע לביטוח / רשיון עסק**
האם לבית העסק רשיון עסק בתוקף? לא כן,
א. מפני סיכוני אש
מטפים: אין יש מספר מטפים: _____ סוג המטפים: _____
ברזי שריפה: אין יש מספר הברזים: _____ קוטר צינורות ברזי השריפה: _____
גלאי עשן: אין יש. האם הם מחוברים למוקד? לא כן
מתזים: אין יש סוג: _____
האם נערכה במקום ביקורת שרותי כבאות? לא כן
אישור מכבי אש בתוקף? לא כן
האם נתגלו ממצאים שליליים כלשהם? לא כן פרט: _____
- מפני סיכון פריצה**
סוגי כל הדלתות ואמצעי נעילתן - פרט: _____
סוגי הסגירה וההגנה בכל החלונות והאשנבים פרט: _____
האם כל המזגנים החיצוניים מסורגים? לא כן, פרט: _____
חלון הראווה מוגן ב: תריס מתקפל דלת הזזה זכוכית משוריינת אחר פרט: _____
האם מותקנת מערכת אזעקה במבנה העסק? לא כן, ציין סוג המערכת _____ וענה לשאלות:
מערכת קווית, האם היא מחוברת לכל פתחי בית העסק? לא כן, פרט: _____
מערכת נפחית, האם היא מגינה על כל חלל בית העסק? לא כן, פרט: _____
חיבור למוקד אלחוטי או קווי חייגן ל- _____ מנויים.
שמירה קבועה: לא כן. פרט: _____
הגנות אחרות: _____
- מפני נזקי שיטפון**
האם קיים בסביבה מקור מים העלול לגרום לשיטפון? (ואדי, תעלה, נהר וכד') לא כן, אם כן נא פרט: _____

5. **בהתייחס לאחד או יותר מהכיסויים המבוקשים בהצעה זאת, ענה לשאלות הבאות:**

ניסיון ביטוחי קודם

האם היית או הינך מבטוח בהווה באיילון חברה לביטוח בע"מ, או בחברה אחרת בשלוש השנים האחרונות? לא כן, אם כן נא פרט: שם החברה _____ סוג הביטוח _____ תקופת ביטוח מ- _____ עד- _____

האם נדחתה אי פעם הצעתך ו/או בוטלה פוליסה שלך ביזמת חברת ביטוח ו/או סירבו לחדשה, בגין אחד או יותר מהכיסויים המבוקשים: לא כן, אם כן נא פרט הסיבות: _____

6. **ביטוח נוסף**

האם רכש ו/או חבויית העסק המוצעים לביטוח להלן, מבטוחים גם בחברות ביטוח אחרות? לא כן, אם כן נא פרט: החברה: _____ תקופת ביטוח מ- _____ עד- _____

סוג הביטוח / הכיסוי וסכומי הביטוח: _____

7. **תביעות / נזקים קודמים**

האם בשלוש השנים האחרונות נגרמו נזקים ו/או הוגשו תביעות כתוצאה מסיכון המוצע לביטוח בהצעה זו: לא כן, אם כן נא פרט:

סוג נזק	תאריך האירוע	סכום ששולם/נתבע

אלו אמצעי הגנה ננקטו לאחר הנזק

נא לצרף דוחות סוקרים/ שמאים מתקופה זו.

8. **נזקי טבע**

פוליסה זו מכסה רעידת אדמה ונזקי טבע. לא ניתן לוותר על כיסוי זה במסגרת התוכנית.

9. **סיכונים מיוחדים**

א. מה ניסיוןך בתחום עיסוקך? במידה והינך עוסק/ת בכמה תחומי התמחות נא פרט/י ניסיוןך בכל אחד מהם: _____

ב. אנא פרט/י הכשרתך לכל תחום מתחומי עיסוקך, לרבות תעודות הסמכה ומאיזה גורם ניתנו: _____

ג. במידה ובעסק מספר עובדים, נא לפרט לגבי כל אחד מהם: _____

שם מלא	מספר ת.ז.	תחום/תחומי התמחות	ותק מקצועי	האם קיימת תעודת הסמכה ומאיזה גורם היא ניתנה

עובדים נוספים - ללא צורך בפירוט שמי

מס' עובדי מנהלה ומזכירות - _____

מס' עובדים נוספים שאינם מטפלים - _____

ג. **תחומי עיסוק נוספים**

א. **האם במסגרת העסק נעשה איפור קבוע?**

האם הינך מעוניינת בכיסוי לטיפולים אלה? לא כן

ב. **האם במסגרת העסק נעשים טיפולי אפיליזיה בשיטת IPL או בלייזר?**

האם הינך מעוניינת בכיסוי לטיפולים אלה? לא כן, אם כן, מהו גבול האחריות המבוקש להרחבה זאת?

למקרה _____ לתקופת הביטוח _____

ג. **האם במסגרת העסק נעשים טיפולי מיזותרפיה?**

האם הינך מעוניינת בכיסוי לטיפולים אלה? לא כן

לתשומת לב המבוטח: הכיסוי הביטוחי על פי תחומי עיסוק נוספים ב' וג' לעיל כפוף לתנאים המפורטים בעמ' _____ להלן ולמפורט בפרק ו' בפוליסה ("הרחבות המתחייכות לפרקי ביטוח החבויות בלבד").

ביטוח אחריות כלפי צד ג'

גבול אחריות מבוקש: למקרה ביטוח _____ לתקופת הביטוח _____

האם הוגשה נגדך תביעה ב- 5 השנים האחרונות או ידוע לך על אירוע העלול לגרום לתביעה בקשר עם העסק ופעילותו לגביהם מבוקש הביטוח? לא כן, אם כן, פרט: _____

ביטוח אחריות מעבידים

גבול אחריות מבוקש: למקרה ביטוח _____ לתקופת הביטוח _____

מספר עובדים _____

שכ"ע המשוער לתקופת הביטוח (לפי טופס 106 או חליפון) _____

האם הוגשה נגדך תביעה ב- 5 השנים האחרונות או ידוע לך על אירוע העלול לגרום לתביעה בגין נזקי גוף למי מהעובדים ו/או עובדים אשר היו משולבים בפעילות העסק? לא כן, אם כן, פרט: _____

במידה והינך מעוניין/נת בכיסוי אופציה ב', לרבות בגין אחריות המוצר ואחריות מקצועית יש להשיב על שאלות אלה:

אחריות המוצר:

פירוט המוצרים עבורם מבוקש כיסוי (צרך פרוספקט)

- תאור מוצרי העסק
- מוצרים ספציפיים, נא פרט
- שנות ניסיון בעיסוק במוצרים אלה: _____
- האם יש צורך באישור מוכן התקנים? לא כן (הכיסוי יינתן רק אם יש ברשותך אישור כזה במידה ונדרשת לכך)
- באם הינך יצרן: תאר את בקרת האיכות של המוצר: _____
- האם הנך מצרף הוראות שימוש/תעודת אחריות לא כן, (אם כן צרף דוגמאות)
- האם המוצרים מתוכננים על ידי העסק המוצע לביטוח? לא כן, פרט _____
- האם המוצרים משווקים ע"י העסק המוצע לביטוח? לא כן, פרט: _____

באם אתם משווקים ענו על שאלות אלו:

1. האם אתם שומרים על זכות השיבוב מול היצרן? לא כן, פרט _____
 2. האם חברתכם או המוצר זקוק לאזהרת הציבור מפני סיכונים במוצר? לא כן, פרט _____
- האם הוגשה נגדך תביעה ב- 5 השנים האחרונות או ידוע לך על אירוע העלול לגרום לתביעה בקשר למוצרים עבורם מבוקש הביטוח?
 לא כן, אם כן, פרט: _____

גבול אחריות מבוקש:

למקרה ביטוח _____ לתקופת הביטוח _____

תאריך רטרואקטיבי:

תאריך רטרואקטיבי לכיסוי יהיה יום תחילת הביטוח. אם אחרת נא ציין: _____ (בכפוף לקיום פוליסות ביטוח לתאריכים הקודמים לתקופת הביטוח בפוליסה זו)
במידה והתאריך הרטרואקטיבי המבוקש שונה מיום תחילת הביטוח, פרט את שם חברות הביטוח בהן היית מבוטח בביטוח חבות המוצר בתקופות החופפות לתאריך הרטרואקטיבי המבוקש: _____

מחזור שנתי משוער:

מחזור שנתי משוער: _____ ישראל בלבד _____
סכום הביטוח בגין אחריות המוצר: _____

אחריות מקצועית:

האם לכל העובדים תעודות הסמכה לטיפולים הנערכים על ידם ו/או בהשתתפותם? לא כן.
לתשומת לב המציע/ה: הכיסוי כפוף לכך שלמבוטח/ת ולכל העובדים תעודות הכשרה מקצועיות בגין הפעולות והטיפולים המבוצעים על ידם.
האם פיסרת או חשבת לפטר בזמן האחרון מי מהעובדים בגלל טעות או רשלנות מקצועית? לא כן, אם כן, נא לציין פרטים. _____

מספר העובדים: מנהלים ושותפים: _____ אחרים: _____

גבול אחריות מבוקש:

למקרה ביטוח _____ לתקופת הביטוח _____

תאריך רטרואקטיבי:

תאריך רטרואקטיבי לכיסוי יהיה יום תחילת הביטוח. אם אחרת נא ציין: _____ (בכפוף לקיום פוליסות ביטוח לתאריכים הקודמים לתקופת הביטוח בפוליסה זו)
במידה והתאריך הרטרואקטיבי המבוקש שונה מיום תחילת הביטוח, פרט את שם חברות הביטוח בהן היית מבוטח בביטוח אחריות מקצועית בתקופות החופפות לתאריך הרטרואקטיבי המבוקש: _____

מחזור שנתי משוער:

מחזור שנתי משוער: _____ ישראל בלבד _____

האם רצונך לכלול בפוליסה (בתוספת פרמיה):

- אי יושר של העובדים? לא כן
- איבוד מסמכים? לא כן
- הוצאת דיבה? לא כן
- הרחבת שותפים יוצאים? לא כן
- הרחבת שותפים נכנסים? לא כן

סכום הביטוח בגין אחריות מקצועית: _____

לגבי ביטוח אחריות המוצר ואחריות מקצועית:

למען הסר ספק מובהר בזאת כי הכיסוי הוא לנוקש שיתרחש במדינת ישראל והשטחים המוחזקים על ידה בלבד. שטחי יישובים ישראליים ושטח בסיסים ו/או עמדות צה"ל בתחומים שבאחריות הרשות הפלסטינית ייחשבו כשטחים מוחזקים לצורך פוליסה זו. שטחים שנמסרו לשליטת הרשות הפלשתינאית באופן חלקי או מלא לא ייחשבו ככלולים בתחום הטריטוריאלי.

לתשומת לב המציע/ה: לא תכוסה חבות, ולא מקרה ביטוח עקב תאונות אישיות, הנובעים או קשורים, בין במישרין ובין בעקיפין בטיפולים הבאים:

- א. פילינג עמוק (קילוף עור)
 - ב. טיפול באמצעות מיטות שיוזף מלאכותי.
 - ג. טיפולים רפואיים למיניהם, לרבות דיקור רפואי, ניתוחים קוסמטיים, ניתוח פלסטי ו/או טיפולים פולשניים מכל סוג ותיאור.
 - ד. טיפולי ספא
 - ה. טיפוליה - טיפולים ו/או שימוש כלשהו במחטים ו/או בלייזר, לרבות הסרת שיער בשיטת IPL ו/או בכל שיטה אחרת.
 - ו. טיפולי אפילציה ו/או איפור קבוע למיניהם, אלא אם צוין במפורש אחרת ברשימה.
- למרות האמור ניתן לרכוש הרחבה למקרה ביטוח שנגרם בשל טיפול ב IPL או לייזר, בכפוף להסכמת איילון מראש ובכתב ולתשלום תוספת פרמיה ובתנאי שקיומו כל התנאים המצטברים המפורטים להלן:
1. כל העובדים המבצעים את הטיפול או משתתפים בו עברו הכשרה לטיפול ב- IPL ולייזר על ידי גורם מוסמך ומוכר בתחום בלבד ועמדה/ בכל דרישות ההסמכה המתבקשות לעניין.
 2. לכל העובדים המבצעים את הטיפול או משתתפים בו ניסיון של לפחות שלוש שנים בפועל וברציפות בשימוש במכשור ובשיטת הטיפול הנדרשת בטיפולים אלה, להם הוכשרה.

3. **תיגבה השתתפות עצמית כפולה מהנקוב בפוליסה בגין כל מקרה ביטוח.** מובהר כי במקרה של תביעה משולבת על פי מספר פרקי כיסוי ביטוחי, ההשתתפות העצמית תהיה כפל ההשתתפות העצמית הגבוהה מבין ההשתתפויות העצמיות על פי פרק הכיסוי הרלבנטיים כאמור לעיל.
לגבי ביטוחי אחריות המוצר ואחריות מקצועית:
כיסויים אלה הינם על בסיס הגשת תביעה דהיינו הכיסוי הביטוחי הינו אך ורק בגין תביעה המוגשת כנגד המבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח המצוינת ברשימה ושאיננה לאחור התאריך הרטרואקטיבי המצוין ברשימה.

כל הסכומים הנקובים להלן הינם בשקלים בלבד אלא אם צוין אחרת.

הערות	סה"כ פרמיה ברוטו	סה"כ יחידות נדרשות	פרמיה ליחידת כיסוי ביטוחי	ערך התכולה/סכום הביטוח ליחידה	הכיסוי
כולל (ללא תשלום נוסף): 1. תאונות אישיות לבעלים אחד בלבד (מוגבל עד לגיל 70) למקרה מוות ונכות עד לסך 50,000 ש"ח. 2. חפצי אמנות עד לסך 5% מסכום הביטוח לתכולה. 3. רעידת אדמה ונזקי טבע.	= _____	x _____	160 ש"ח לכיסוי הבסיסי 80 ש"ח בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי	הכיסוי הבסיסי: 50,000 ₪ סכום ביטוח לתכולה. ניתן לרכוש יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסכום ביטוח של 25,000 ₪ לכל יחידה נוספת.	פרק 1 תכולת בית העסק בסיס כל-הסיכונים. תכולה למעט מחשבים וציודם ההיקפי.
הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון	= _____	x _____	כהטבה ללא תוספת פרמיה	10,000 ש"ח	שחזור מסמכים
הכיסוי כולל רעידת אדמה ונזקי-טבע	= _____	x _____	160 ₪ לכיסוי הבסיסי 80 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי	הכיסוי הבסיסי: 50,000 ₪ סכום ביטוח למבנה. ניתן לרכוש עד ל 25 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 25,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי פריצה על סך 650,000 ₪.	פרק 2 מבנה בית העסק כולל שיפורי מבנה וצמודות מבנה בסיס כל-הסיכונים
	= _____	x _____	275 ₪ לכיסוי הבסיסי 125 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי	הכיסוי הבסיסי: 50,000 ₪ סכום ביטוח לפריצה. ניתן לרכוש עד ל 25 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 25,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי פריצה על סך 650,000 ₪.	פרק 3 פריצה: לתכולה, למעט מחשבים וציודם ההיקפי.
הרחבת הוצאות הכנת תביעה: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן בהתאם ליחידות הכיסוי ותקופות השיפוי המבוקשות תוספת פרמיה בגין הרחבה זו: כל 10,000 ₪ - 35 השתתפות עצמית: 3 ימי עבודה הכיסוי כולל רעידת אדמה ונזקי טבע	= _____	x _____	פרמיה בש"ח בהתאם לתקופת השיפוי: 3 ח' 100 6 ח' 120 9 ח' 145 12 ח' 160	50,000 ש"ח	פרק 4 אובדן רווחים
פיצוי יומי: 500 ₪ עד לתקופה בת 100 ימים. השתתפות עצמית: 3 ימי עבודה הכיסוי כולל רעידת אדמה ונזקי טבע	= _____	x _____	150 ₪ לכיסוי הבסיסי 75 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי	הכיסוי הבסיסי: 50,000 ₪ סכום ביטוח לאובדן הכנסות על בסיס יומי. ניתן לרכוש עד ל 2 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 25,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי אובדן הכנסות על סך 100,000 ₪.	פרק 5 אובדן הכנסות
הכיסוי כולל רעידת אדמה ונזקי טבע	= _____	x _____	ללא תוספת פרמיה	עד 20% מסכום ביטוח התכולה	פרק 6 אובדן דמי שכירות
מעל לכיסוי הבסיסי.	= _____	x _____	110 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי, שניתן ללא תוספת פרמיה.	כיסוי בסיסי: 5,000 ₪ ללא תוספת פרמיה. ניתן לרכוש עד 5 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 5,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי שבר שמשות ומשטחי זכוכית על סך 30,000 ₪.	פרק 7 שבר שמשות ומשטחי זכוכית

הכיסוי	ערך התכולה/סכום הביטוח ליחידה	פרמיה ליחידת כיסוי ביטוחי	סה"כ יחידות נדרשות	סה"כ פרמיה ברוטו	הערות
פרק 8 נזקי טרור	100,000 ש"ח	120 ש"ח	x _____	= _____	הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון, מכסימום יחידה אחת.
פרק 9 כספים	כיסוי בסיסי: 5,000 ₪ ללא תוספת פרמיה. ניתן לרכוש עד 5 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 5,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי כספים על סך 30,000 ₪.	110 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי, שניתן ללא תוספת פרמיה.	x _____	= _____	
פרק 10 גיבוי פלוס (בטוח מאגרי מידע ומערכות ממוחשבות) פרק זה אינו כולל סיכונים המכוסים או שהיו יכולים להיות מכוסים ע"פ פרקים 1 (תכולה) ו-3 (פריצה) פרק משנה 1 - הרכוש - ציוד נייד	20,000 ש"ח	170 ש"ח	x _____	= _____	נא לצרף רשימת ציוד מפורטת הכוללת את תיאור הציוד וערכו הכספי
פרק משנה 2 - כיסוי מאגרי מידע ותוכנה	5,000 ש"ח	30 ש"ח	x _____	= _____	
פרק משנה 2א' - כיסוי מאגרי מידע ותוכנה מקיף * אם רוכשים פרק משנה 2א' אין צורך לרכוש פרק משנה 2.	35,000 ש"ח	ליחידה הראשונה: 600 ש"ח ליחידה השנייה: 280 ש"ח	x _____ x _____	= _____ = _____	עד למכסימום 2 יחידות. השתתפות עצמית 10% מהנזק, מינימום 2,000 ש"ח.
פרק משנה 3 - הוצאות תפעול נוספות	3,000 ש"ח	50 ש"ח	x _____	= _____	פיצוי של עד 10 ימים. השתתפות עצמית: 3 ימי עבודה
* כיסוי למחשב נייד הרחבה לפרק 10	יצרן/דגם	שווי המחשב כחדש	תעריף	סה"כ פרמיה ברוטו	הערות
א. ללא פריצה מורכב ב. כולל פריצה מורכב ג. הרחבה לכיסוי מחשב נייד בחו"ל: ○ כן ○ לא	_____	ש"ח _____	4% 6% מיון: 1.2%	ש"ח _____ ש"ח _____ ש"ח _____	בכפוף לתנאי מיוגן
פרק 11 חבות כלפי צד שלישי בלבד - אופציה א'	הכיסוי הבסיסי: 500,000 ₪ למקרה ביטוח ולתקופת הביטוח. ניתן לרכוש עד ל 5 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 250,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי אחריות כלפי צד שלישי על סך 1,750,000 ₪ למקרה ביטוח ולתקופת הביטוח.	500 ₪ לכיסוי הבסיסי 230 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי	x _____ x _____	= _____ = _____	
פרק 12 חבות מעבידים	גבולות האחריות: 20,000,000 ₪ למקרה ביטוח ולתקופת הביטוח	110 ש"ח לעובד	x _____	= _____	
אופציה ב': כיסוי משולב לחבות כלפי צד שלישי בתוספת אחריות המוצר לפי פרק 13 ואחריות מקצועית לפי פרק 14	צד שלישי: הכיסוי הבסיסי: 500,000 ₪ למקרה ביטוח ולתקופת הביטוח. ניתן לרכוש עד ל 5 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 250,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי אחריות כלפי צד שלישי על סך 1,750,000 ₪ למקרה ביטוח ולתקופת הביטוח. אחריות מקצועית: הכיסוי הבסיסי: 250,000 ₪ למקרה ביטוח ולתקופת הביטוח. ניתן לרכוש עד ל 2 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 250,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי אחריות מקצועית על סך 750,000 ₪ למקרה ביטוח ולתקופת הביטוח. אחריות מוצר: הכיסוי הבסיסי: 250,000 ₪ למקרה ביטוח ולתקופת הביטוח. ניתן לרכוש עד ל 2 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 250,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי אחריות מוצר על סך 750,000 ₪ למקרה ביטוח ולתקופת הביטוח.	1,500 ₪ לכיסוי הבסיסי חבות כלפי צד שלישי: 230 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי אחריות מקצועית: 950 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי אחריות מוצר: 950 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי	x _____ x _____ x _____	= _____ = _____ = _____	מעל 2 עמדות תוספת לכל עמדה מוגבלת. מוגבלת למקסימום 5 עמדות.

הכיסוי	ערך התכולה/סכום הביטוח ליחידה	פרמיה ליחידת כיסוי ביטוחי	סה"כ יחידות נדרשות	סה"כ פרמיה ברוטו	הערות
<p>ביטוח תאונות אישיות (יש למלא פרטי המבוטחים כמפורט להלן)**</p> <p>אופציה א' מוות / נכות</p> <p>או</p> <p>אופציה ב' מוות, נכות ופיצוי שבועי</p>	<p>אופציה א': הכיסוי הבסיסי: 50,000 ₪ בגין מוות ונכות בלבד לאחד המבוטחים, ללא תוספת פרמיה. ניתן לרכוש עד ל 5 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 50,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי תאונות אישיות באופציה א' למבטח על סך 300,000 ₪.</p> <p>במידה וקיים יותר ממבוטח אחד, למבוטח השני הכיסוי הבסיסי באופציה א' הינו בגין מוות ונכות בלבד תמורת תשלום פרמיה. ניתן לרכוש עד ל 5 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 50,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי תאונות אישיות באופציה א' למבטח הנוסף על סך 300,000 ₪.</p> <p>אופציה ב': הכיסוי הבסיסי: 50,000 ₪ בגין מוות ונכות ו - 300 ₪ פיצוי שבועי בגין אי כושר. ניתן לרכוש עד ל 5 יחידות נוספות מעבר לכיסוי הבסיסי בסך 50,000 ₪ סכום ביטוח ליחידה ובסך הכול לא יעלה גבול אחריות המבטח לכיסוי תאונות אישיות באופציה ב' למבטח על סך 300,000 ₪ בגין מוות או נכות ועל 1800 ₪ פיצוי שבועי.</p>	<p>אופציה א': כיסוי בסיסי למוות ונכות בלבד לאחד המבוטחים: ללא תוספת פרמיה למבוטח הנוסף עלות הכיסוי הבסיסי: 150 ₪.</p> <p>150 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי</p> <p>אופציה ב': עלות הכיסוי הבסיסי: 300 ₪.</p> <p>300 ₪ בגין כל יחידת כיסוי נוספת מעבר לכיסוי הבסיסי</p>	<p>___ x ___ = _____</p> <p>___ x ___ = _____</p> <p>___ x ___ = _____</p> <p>___ x ___ = _____</p>	<p>_____ = _____</p> <p>_____ = _____</p> <p>_____ = _____</p> <p>_____ = _____</p>	<p>בנוסף לכיסוי הבסיסי שניתן חינום לאחד המבוטחים. גיל כניסה מרבי: 70 שנה.</p> <p>פיצוי שבועי - החל מהיום ה - 8.</p>
<p>הרחבת כיסוי תאונות אישיות גם לכל המחלות. פיצוי שבועי</p>	300 ש"ח	500 ש"ח	___ x ___ = _____	_____ = _____	<p>גיל כניסה מרבי: 55 שנה. פיצוי שבועי - החל מהיום ה - 15 בהרחבה זו. השתתפות עצמית מזערית לאובדן כושר עבודה: 8 ימים: יום קרות מקרה הביטוח ו - 7 ימים רצופים נוספים אחריו בהרחבת מחלות: השתתפות עצמית מזערית 14 ימים תקופת אכשרה בביטוח מחלות: 30 יום.</p>
ביטוח סייבר צד ראשון	50,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח	_____ ש"ח	_____ x _____ = _____	_____ = _____	עד למקסימום 4 יחידות.
הרחבת הוצאות בדבר הודעה ללקוח	עד 20% מגבול האחריות לפרק זה		_____ x _____ = _____	_____ = _____	אופציונלי
ביטוח אחריות סייבר כלפי צד שלישי	50,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח	_____ ש"ח	_____ x _____ = _____	_____ = _____	עד למקסימום 4 יחידות.
הרחבת הוצאות יחסי ציבור	עד 20% מגבול האחריות לפרק זה		_____ x _____ = _____	_____ = _____	אופציונלי
הוצאות בדבר הודעה ללקוח	עד 20% מגבול האחריות לפרק זה		_____ x _____ = _____	_____ = _____	אופציונלי

הרחבות
הרחבה לביטוח תכולה: גניבה פשוטה עד 10,000 ₪.
סכום ביטוח מקסימאלי למחשבים עד 10,000 ₪, ללא תוספת פרמיה. אין באמור לעיל כדי לפגוע ברוכשי פרק 10 לפוליסה – גיבוי פלוס, ולכיסויים להם הם זכאים, מכוחו. שבר משטחי שיש 10,000 ₪.

ביטוח נזקי סייבר וחבות סייבר

- כללי
- א. כמה מחשבים (יחידות קצה) בבית העסק?
 ב. כמה שרתים בבית העסק? _____ האם שמירת המידע נעשית באופן חופף או שקיימת חלוקה בין אופן השמירה וגיבוי המידע בשרתים השונים?
- מחזור ההכנסות הצפוי של העסק לתקופת הביטוח _____ ₪
- האם המציע עוסק במכירת מוצרים ו/או מתן שירותים באמצעות האינטרנט? לא כן
- האם הוגשו תביעות נגד המציע או מי מטעמו או שהתעוררו נסיבות שהיו עלולות להוביל לתביעות נגדו ו/או נגד מי מטעמו בקשר עם פעילות אינטרנט של המבוטח, מערכת/ת המחשב שלו, אתר האינטרנט שלו, מיילים שלו ו/או של מי מהפועלים מטעמו ו/או כל פעילות רשת או אינטרנט אחרת? לא כן במידה וכן, נא פרט: _____

5. האם נתגלתה בעבר פריצה ו/או חדירה ו/או אירוע חשד לאירוע חדירה לרשת המחשבים של המבוטח על אירועים כאמור אשר נטען על ידי צד שלישי שאירוע עקב מעשה ו/או מחדל ו/או באחריותו של המבוטח לא כן במידה וכן, נא תאר את האירוע והאמצעים שנקטו על ידי המציע כדי למנוע הישנות: _____
6. האם ברשות המבוטח ובכל מחשבי המבוטח מיושמים אמצעי הבטיחות הבאים?
 א. תוכנת להגנה מפני חדירה של צדדים שלישיים ו/או וירוסים (Firewall). לא כן
 ב. גיבוי מידע, קבצים ותוכנות לפחות אחת לחודש לא כן
 ג. החלפת סיסמאות לפחות אחת ל- 6 חודשים לא כן
 ד. החלפה מידית של שמות משתמש סיסמאות ואמצעי ביטחון אחרים במידה שהמציע גילה או שקיים חשד סביר לכך שאמצעי בטיחות אלה נחשפו לצדדים שלישיים. לא כן

תאריך רטרואקטיבי:

תאריך רטרואקטיבי (התאריך הקובע) לכיסוי יהיה יום תחילת הביטוח או מועד עריכת הכיסוי לראשונה על פיו. אם אחרת נא ציין: _____ (בכפוף לקיום פוליסות ביטוח לתאריכים הקודמים לתקופת הביטוח בפוליסה זו)
 במידה והתאריך הרטרואקטיבי המבוקש שונה מיום תחילת הביטוח או מועד עריכת כיסוי זה לראשונה, פרט את שם חברות הביטוח בהן היית מבוטח בביטוח בגין חבות סייבר כלפי צדדים שלישיים בתקופות החופפות לתאריך הרטרואקטיבי המבוקש: _____

לתשומת לב המבוטח:

הכיסוי על פי פרק זה הינו על בסיס מועד הגשת תביעה. דהיינו הכיסוי הביטוחי הינו אך ורק בגין תביעה המוגשת כנגד המבוטח לראשונה במהלך תקופת הביטוח המצוינת ברשימה ושארעה לאחר התאריך הרטרואקטיבי המצוין ברשימה.
 בהעדר תאריך רטרואקטיבי קודם, יהיה התאריך הרטרואקטיבי בפרק זה מועד תחילת תקופת הביטוח על פי פרק זה ו/או מועד עריכת הכיסוי לראשונה על פיו, המאוחר מבניהם.
 מותנה במפורש כי הכיסוי על פי פרק זה אינו מכסה חבות כלשהי בגין תביעה/ות או מקרה/ים או נסיבה/ות העלולים/ות להוות עילה לתביעה - אשר הובאו לידיעת המבוטח ו/או יחידיו ו/או נציגיו לפני תחילת תוקפו של כיסוי זה, חאת בין אם אוזכרו ובין אם לא אוזכרו בהצעת הביטוח ו/או במידע החיתומי שהועבר למבטח לקראת הוצאת פוליסה זאת או עריכת הכיסוי או חידושו.

הרחבה לתאונות אישיות:

* ברכישת כיסוי בפוליסה – בפרק תאונות אישיות יינתן פיצוי להוצאות נוספות בעת מקרה ביטוח, המכוסה עפ"י פרק פיצוי שבועי (אופציה ב') – עבור תוספת כוח אדם. למשך תקופת אי הכושר- כנגד המצאת קבלות על הוצאות אלה בפועל.
סכום פיצוי מרבי לפוליסה בהרחבה זו 5,000 ₪.
 פיצוי: החל מהיום ה- 8 לאובדן כושר עבודה באופציה ב'.
 החל מהיום ה- 15 לאובדן כושר עבודה בהרחבת מחלות.

****ביטוח תאונות אישיות/פרטי המבוטחים**

				המוצעים לביטוח
				שם פרטי ומשפחה
				תאריך לידה
				מקצוע/עיסוק
				פרט מחלה ו/או פגיעה גופנית שגרמה לשינוי שגרת חיך, מום, נכות
<input type="radio"/> יש	<input type="radio"/> אין	<input type="radio"/> יש	<input type="radio"/> אין	(בעבר/בהווה): אם התשובה חיובית, יש לענות בהתאם לשאלון (2) דלקמן
				ביטוח תאונה (פרט סכומי הביטוח המבוקשים)
				למקרה מוות
				למקרה נכות
				פיצוי שבועי למקרה אי כושר
				ביטוח מחלה (פרט סכומי הביטוח המבוקשים)
				שמות המוטבים (במקרה מות המוצע לביטוח)

הרחבות (בתוספת פרמיה)

- סכונ מלחמה פסיבי (סכומי פיצוי זהים למוות ונכות) כן לא
 פיצוי כפול באשפוז כן לא
 כפל פיצוי באי כושר כן לא
 הרחבת מלחמה אקטיבית (נכות ומוות בלבד) כן לא
 תוספת לסכום הביטוח (במוות או נכות) כן לא
 ביטוח לחיילים בחופשה ו/או לחיילים בשירות חובה (נכות ומוות בלבד) כן לא

תוספות והנחות

- תוספת נסיעה ברכב מנועי דו גלגלי כן לא
 הנחת השתתפות עצמית מוגדלת _____ ימים
 לשימוש משרדי: מיון/פרמיה

שאלון 1 - שאלון איתור סיכונים כללי: השאלון מיועד למבטח המעוניין בהרחבת מחלות במידה ויש יותר ממועמד לביטוח אחד, על כל מועמד לביטוח לענות על שאלון זה.

1. האם התגלו אצל קרובי משפחתך (הוריק, אחיק, אחיותיק או ילדית) המחלות הבאות (סמן/ני בטור הנכון את התשובה הנכונה):

המועמד לביטוח	המחלה	כן, פרט	לא	פרט אצל מי מקרוביק הנ"ל
	סרטן			
	אפילפסיה			
	מחלות לב			
	סכרת			
	מחלות נפש			
	מקרי התאבדות			

2. עישון, משקאות וסמים

המועמד לביטוח	האם את/ה מעשן/נת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, _____ סיגריות ליום, במשך _____ שנים	מהי צריכתך השבועית הממוצעת של משקאות חריפים? _____
	האם את/ה צורך/כת או צרכת בעבר סמים כלשהם (למעט במסגרת טיפול רפואי)? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	

3. מצב בריאות כללי (בתשובות חיוביות נא לפרט):

האם סבלת או הינך סובלת/ת עתה מ:

- א. פצע שאינו מתרפא ו/או מחלת עור או בלוטות
- ב. דימום בלתי רגיל (כגון: דימום בקיבה, במעי הגס, בשתן)
- ג. קשיים בבליעה
- ד. שינויים בנקודות חן או ביבלת
- ה. שיעול ממושך ו/ או חוזר

- לא כן
- לא כן
- לא כן
- לא כן
- לא כן

4. האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או מקבלת/טיפול רפואי כלשהו או תרופות כלשהן? לא כן

5. האם היית מסוגלת/ל לעבוד במשך 12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו? לא כן
 אם לא, פרט/י הסיבה, המגבלות ומשך הזמן _____

6. חשיפה לסיכונים

האם היית או הינך חשוף/ה באופן ישיר או עקיף לחומרים הבאים: (אם כן, יש לפרט: מקום, משך הזמן במשך היום, אופן ההגנה בפני חשיפה)

- 1) חומרים כימיים/או גזים לא כן
- 2) אסבסט לא כן
- 3) חומרים רעילים לא כן
- 4) חומרים רדיו אקטיביים לא כן

לנשים בלבד (מלאי מקסימום פרטים כגון: תוצאות בדיקות, מועד ומקום)

- א. האם הינך בהריון? לא כן, בחודש _____
- ב. האם סבלת או את סובלת ממחלות המאופיינות כמחלות נשים? לא כן, _____
- ג. האם נבדקת בבדיקה ממוגרפית (בדיקת שדיים)? לא כן, מתי? _____
- ד. האם נבדקת בבדיקת פפסמיר (בדיקת צואר הרחם)? לא כן, מתי? _____

7. האם הינך עוסק בענף ספורט הנחשב לענף מסוכן במיוחד כגון: סקי מים, גלישת מצוקים, טיפוס הרים, ספורט חורף, צניחה, גלישה או דאייה באוויר, היאבקות, אגרוף, צלילה, ציד ורכיבה על סוסים (להלן: "ספורט אתגרי") מכל סוג שהוא? לא כן, אם כן, פרט את ענף הספורט האתגרי בו הינך עוסק _____

8. האם הינך ספורטאי רשום בקבוצת ספורט כלשהי? לא כן, אם כן, פרט _____

ביטוח תאונות אישיות אחר (יש למלא על ידי כל אחד מהמועמדים לביטוח):

האם ברשותך פוליסת ביטוח דומה לפוליסה המתחדשת הנערכת באמצעות איילון חברה לביטוח? לא כן

במידה וכן, האם ברצונך לבטל פוליסה זאת? לא כן

תשומת ליבך כי במידה והינך מבקש לבטל פוליסה זאת יש לשלוח הודעת ביטול באמצעות טופס ביטול פוליסה כמקובל

במידה ואינך רוצה לבטל את הפוליסה הדומה האם הוסבר לך, טרם חתימתך על טופס זה, כי פוליסה זאת הינה פוליסה נוספת המבטחת מקרה ביטוח דומה לפוליסה הקיימת שבידך וכי ייגבו ממך דמי ביטוח נפרדים עבור כל אחת מהפוליסות? לא כן

במידה ולמועמד לביטוח נגרמו פגיעה/פגיעות גופניות ו/או מחלות ו/או תאונות מכל סוג שהוא בעבר או בהווה או שהוא סובל מנכות ו/או מום ו/או ליקוי גופני כלשהו יש לענות על שאלון 2 דלקמן.

לתשומת לבכם: במידה ויש יותר ממועמד אחד לביטוח, ששאלון זה חל עליו, על כל מועמד לביטוח לענות על שאלון זה.

שאלון 2 מצב בריאות מיוחד:

א. פרט מום, או מחלה או ליקויים תורשתיים מולדים שאובחנו בך לפני מועד הצטרפות לביטוח בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד הצטרפות לביטוח: _____

ב. האם נקבעו לך אחוזי נכות כללית? לא כן, _____

אם כן, בשל אילו ליקויים? _____ על ידי איזה גורם? _____ שיעור אחוזי הנכות _____

ג. האם היו לך פגיעות גופניות כתוצאה מתאונות או מחלות? לא כן, _____

ד. האם סבלת בעבר מאובדן כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה או מחלה? לא כן, _____

אם כן, פרט אחוז אובדן הכושר הזמני _____ משך אובדן הכושר הזמני _____

ה. האם אושפזת אי פעם במוסד רפואי? לא כן, אם כן, פרט מתי, מדוע ולאילו תקופה _____

ויתור על סודיות רפואית (ייחתם ע"י כל אחד מהמוצעים לביטוח הרשומים לעיל בנפרד):

אני החתום מטה מצהיר שהתשובות דלעיל נכונות ואמיתיות ושלא העלמתי דבר בנוגע לביטוח זה. אני נותן בזה רשות לקופת חולים, לבית חולים, ולכל מוסד רפואי אחר ו/או לעובדיהם הרפואיים וכן לכל רופא, למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבקש") כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותיי בעבר, בהווה ובעתיד, ומשחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כנ"ל, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה לי כלפיהם כל טענה או תביעה בקשר לכך. ויתור זה יחייב לאחר מותי את עזבוני ואת באי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

1. חתימה ותאריך	2. חתימה ותאריך	3. חתימה ותאריך	4. חתימה ותאריך
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

סה"כ הפרמיה למזומן: _____

הנחת מבנים שמורים 24 שעות ביממה. (10% מכל פרקי הפוליסה למעט גיבוי פלוס וחבויות): _____

סה"כ הפרמיה לתשלום במזומן, (כפוף למינימום של 1,450 ש"ח): _____

הערות כלליות/תנאים:

- יש לציין בכל פרק את ההרחבות שהינן מעוניין בהם, כדי שהמבטח יוכל לשקול את קבלתן בהתאם לבחירתך. הינך רשאי לבחור בהרחבה או לוותר עליה, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הביטוח עצמו.
- כל בית עסק הנמצא במפלס הרחוב/קומה ראשונה - מחייב אישור מוקדם של המבטח.**
- במידה ולא סומנו היחידות המבוקשות לכיסוי מסוים (וממילא לא חושבה הפרמיה בגינו בסך כל הפרמיה לתשלום) יחשב הדבר כהצהרת המבוטח על אי-רצונו לרכוש כיסוי זה.**

הצהרת המציע

אני/ו החתומים/ים מטה, המועמדים לבעלות הפוליסה ו/או לביטוח מבקשים בזאת מהמבטח לקבלנו לביטוח. אנו מסכימים, מצהירים בזה ומתחייבים כי:

- כל התשובות, כמפורט בהצעה זו, הינן מלאות וכנות.
- לא הסתרתי/נו עובדות או פרטים כלשהם בידיעה שהם עניין מהותי, שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או בתנאים שבו, וידוע לנו כי אם נעשה כן בכונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981.
- מוסכם בזאת כי הצעה זו תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין איילון חברה לביטוח בע"מ ("המבטח").
- הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים.
- ידוע לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק אם תאושר הצעה זו על ידי המבטח.**
- הנני מתחייב לשלם את הפרמיה במלואה.
- אני/נו מצהיר/ים בזאת, כי המידע המבוקש נמסר מרצוני/נו ובהסכמתנו, וידוע לי/נו כי הוא נחוץ למבטח לצורך הוצאת פוליסה, גביית תשלומים בגינה, תשלום תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות. אני/ו מסכים/ים כי המידע שנמסר על ידי, יועבר לגורמים מטעמו של המבטח לשם מתן שירותי ביטוח, וכן לבנק לצורך גביית תשלומים. האמור לעיל יחול גם לגבי מידע שאמסור למבטח בעתיד, בקשר עם שירותי ביטוח.
- הרינו מסכימים כי המידע ימסר לצורך עיבודו ואחסונו לכל אדם או גוף שהמבטח ימצא לנכון לצורך הפקת פוליסת ביטוח, וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה, והקשורים בה.

תאריך	חתימה וחותמת המציע
-------	--------------------

הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות (דיוור ישיר) - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבוטח

- הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותי ישמשו את המבטח ו/או תאגידים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") לצורך יצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון ולצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.
- הנני מסכים כי תכנים שיווקיים מהגורמים האמורים יועברו אלי בדרך של דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, לרבות באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS) או כל אמצעי תקשורת אחר.
- ידוע לי כי בכל עת אני רשאי לבקש מהמבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

תאריך	שעה	חתימת המועמד לביטוח
-------	-----	---------------------

הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיקון מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושידורים), התשס"ח - 2008 - סעיף שאינו חובה, לבחירת המבוטח

- הנני מאשר כי מידע והנתונים וכל עדכון שלהם שמסרתי ושאמסור, לרבות באמצעות אתר האינטרנט של המבטח, נמסר בהסכמתי וברצוני המלא וכי הנני מסכים, שמידע ונתונים אלה ישמשו את המבטח, ו/או תאגידים מקבוצת איילון (להלן: "איילון") בכפוף לכל דין, כמאגר מידע לדיוור ישיר וליצירת קשר להצעה לרכישה ו/או שיווק של תוכניות, כיסויים ביטוחיים ו/או מוצרים או שירותים פיננסיים ו/או אחרים מטעם איילון לצורך עיבודים סטטיסטיים, פילוח ומיקוד שיווקי ולמטרות שיפור השירות והטיפול בתביעות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע למטרות אלה לצדדים שלישיים הפועלים בשמה או מטעמה של איילון בעניינים אלה.
- אני מסכים כי מידע, כאמור, ישוגר אלי אף באמצעות דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS), כל אמצעי תקשורת אחר, שיתוף קבצים וכל דרך אחרת.
- אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה, כאמור, ידוע לי כי הנני רשאי בכל עת להודיע למבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: mail@ayalon-ins.co.il כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.

תאריך ושעה	חתימת המועמד לביטוח
------------	---------------------