



## חבילה מודולרית לביטוח

מהדורת 2021

שם הסוכן/סוכנות:	מספר סוכן/סוכנות:
------------------	-------------------

### חלק א'

שם פרטי המציע וההתקשרות עמו	שם משפחה	שם פרטי	ת.ז. / ח.פ. / ע.מ.	תאריך לידה
מס' טלפון נייד	מס' טלפון	מס' פקס	דואר אלקטרוני	
כתובת המרפאה *	יישוב	רחוב	מספר	מיקוד

\* במידה והמרפאה ממוקם במספר כתובות יש לציין את כל הכתובות הנדרשות לביטוח:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

תקופת הביטוח המבוקשת	מיום: _____ / _____ / _____ עד ליום: _____ / _____ / _____ בחצות
----------------------	--

אופן הגביה	<input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> מזומן	מסוג	כרטיס אשראי <input type="checkbox"/>	כרטיס מס' _____	תוקף הכרטיס
------------	---	------	--------------------------------------	-----------------	-------------

תיאור פעילות המרפאה	תאר בקצרה את מהות המרפאה וסוג הפעילות המתבצעת בה ו/או השירותים הניתנים על יד
---------------------	--

תיאור ומידע אודות מבנה המרפאה המבוטחת	המרפאה נמצאת בקומה: _____ מתוך _____ קומות	גיל המבנה: _____ שנים	שטח המרפאה: _____ מ"ר
	זיקת המציע: <input type="checkbox"/> המבנה בבעלות המציע <input type="checkbox"/> בשכירות <input type="checkbox"/> בדמי מפתח	הגג בנוי: _____	
	המבנה בנוי: _____	בטון <input type="checkbox"/> רעפים <input type="checkbox"/> אסקורית/פח <input type="checkbox"/> אסבסט <input type="checkbox"/>	
	אבן <input type="checkbox"/> לבנים ובטון <input type="checkbox"/> איסקורית/פח <input type="checkbox"/> עץ <input type="checkbox"/>	אחר, פרט: _____	
	תאר בקצרה את סביבת המרפאה והיכן היא ממוקמת:		
	האם למרפאה רישיון עסק בתוקף?	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	
מפני סיכויי אש	מטפים	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	מס' מטפים _____ סוג מטפים _____ ק"ג
	ברזי שריפה	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	מס' ברזים _____
	גלאי עשן	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	האם מחוברים למוקד? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
	מתזים	יש <input type="checkbox"/> אין <input type="checkbox"/>	סוג: _____ אוטומטי <input type="checkbox"/> חצי אוטומטי <input type="checkbox"/> ידני <input type="checkbox"/>
מפני סיכויי פריצה	סוגי כל הדלתות ואמצעי נעילתן - פרט: _____		
	סוגי הסגירה וההגנה בכל החלונות והאשנבים פרט _____		
	האם כל המזגנים החיצוניים מסורגים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, פרט: _____		
	חלון הראוה מוגן ב: תריס מתקפל <input type="checkbox"/> דלת הזזה <input type="checkbox"/> זכוכית משוריינת <input type="checkbox"/> אחר פרט _____		
	האם מותקנת מערכת אזעקה במבנה המרפאה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>		
	במידה וכן, נא ציין את סוג המערכת: _____		
	האם קיים חיבור למוקד <input type="checkbox"/> אלחוטי או <input type="checkbox"/> קווי חייגן ל- _____ מנייים		
	הגנות אחרות: _____		

בהתייחס לאחד או יותר מהכיסויים המבוקשים בהצעה זאת, ענה לשאלות הבאות: האם היית או הינך מבטוח בהוון באיילון חברה לביטוח בע"מ או בחברה אחרת בשלוש השנים האחרונות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן, נא פרט: שם החברה, סוג הביטוח, תקופת הביטוח, תקופת הביטוח		
האם נדחתה אי פעם הצעתך ו/או בוטלה פוליסה שלך ביזמת חברת ביטוח ו/או סירבו לחדשה, בגין אחד או יותר מהכיסויים המבוקשים: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרט הסיבות:		
האם נדרשו ע"י חברת ביטוח כלשהי תנאים לשם קבלת הסיכון ו/או להמשך הכיסוי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרט הסיבות:		
תביעות / נזקים קודמים האם בשלוש השנים האחרונות נגרמו נזקים ו/או הוגשו תביעות כתוצאה מסיכון המוצע לביטוח בהצעה זו: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן נא פרט:		
סוג ותיאור הנזק	תאריך האירוע	סכום שנתבע/שולם
נא פרט אלו אמצעי הגנה ננקטו לאחר הנזק/ים:		

האם רכוש ו/או חבויית העסק (המרפאה) המוצעים לביטוח להלן, מבטחים גם בחברות ביטוח אחרות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, אם כן, נא פרט: שם החברה: _____ תקופת ביטוח מ- _____ עד _____ סוג הביטוח / הכיסוי וסכומי הביטוח: _____
--

האם יש שעבוד לרכוש המוצע לביטוח וברצונך לכלול סעיף בפוליסה בהתאם? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן, נא פרט לטובת מי השעבוד: _____ פרוט הרכוש המשועבד: _____ כתובת המשעבד: _____
---

### חלק ב' - פרקי הפוליסה והכיסויים המבוקשים

פרק 1 ביטוח כל הסיכונים לתכולת המרפאה	ביטוח תכולת המרפאה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח לתכולה (למעט ציוד אלקטרוני) בערך כינון	הערות
	סכום ביטוח לציוד אלקטרוני ניד**	סכום ביטוח לציוד אלקטרוני ניד**	* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה. ** תשומת ליבכם לאפשרות להרחבת הכי-סוי לציוד אלקטרוני באמצעות פרק 10 - גיבוי פלוס בפוליסה, בעיקר בכל הקשור לנזקים אלקטרוניים ושיחזור מידע.
	סכום ביטוח לציוד אלקטרוני ניד*** יש לצרף רשימת ציוד אלקטרוני לביטוח תוך פירוט סוג הציוד, דגם ושנת ייצור	סכום ביטוח לציוד אלקטרוני ניד*** יש לצרף רשימת ציוד אלקטרוני לביטוח תוך פירוט סוג הציוד, דגם ושנת ייצור	* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה. ** פרק זה כולל הרחבה לפריצה למבנה: עד סך של 10% מסכום ביטוח המבנה ועד לסך מרבי של 50,000 ₪.

פרק 2 ביטוח כל הסיכונים למבנה המרפאה	ביטוח מבנה המרפאה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	הערות
	חלופה א': סכום ביטוח מבנה + שיפורי דיור חלופה ב': סכום ביטוח שיפורי דיור בלבד	סכום ביטוח	* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה. ** פרק זה כולל הרחבה לפריצה למבנה: עד סך של 10% מסכום ביטוח המבנה ועד לסך מרבי של 50,000 ₪.

פרק 3 פריצה לתכולה	ביטוח פריצה לתכולת המרפאה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום הביטוח	הערות
	סכום הביטוח	* סכום הביטוח בפרק זה צריך להיות זהה לסכום ביטוח התכולה.	

פרק 4 אובדן רווחים	ביטוח אובדן רווחים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	הערות
	רווח גולמי שנתי	סכום הפיצוי היומי לא יעלה על סך של 5,000 ₪ ליום	
	הוצאות הכנת תביעה	** סכום הפיצוי היומי לא יעלה על סך של 5,000 ₪ ליום	
	תקופת שיפוי	*** תקופת הכיסוי המקסימלית הינה 100 ימים.	

פרק 5 אובדן הכנסות	ביטוח אובדן הכנסות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום הביטוח	הערות
	סכום הפיצוי היומי המבוקש	* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה. ** סכום הפיצוי היומי לא יעלה על סך של 5,000 ₪ ליום *** תקופת הכיסוי המקסימלית הינה 100 ימים.	

פרק 6 אובדן דמי שכירות	ביטוח אובדן דמי שכירות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* מעל לכיסוי הבסיסי בפרק 2 (ביטוח מבנה).
	סכום ביטוח	₪	** פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה.
	תקופת שיפוי	<input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> 12 חודשים	

פרק 7 שבר שמשות ומשטחי זכוכית	ביטוח שבר שמשות ומשטחי זכוכית <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* מעל לכיסוי בסיסי בסך של 25,000 ₪
	סכום ביטוח	₪	

פרק 8 נזקי טרור	ביטוח נזקי טרור <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח
		₪	** גבול אחריות מקסימלי 100,000 ₪

פרק 9 כספים	ביטוח כספים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח
		₪	

הכיסוי השירוי עפ"י פרק זה, הינו כיסוי משלים לכיסוי עפ"י פרק 1 - ביטוח כל הסיכונים לתכולת המרפאה, ומתייחס לצידוד האלקטרוני המפורט ברשימה. פרק זה אינו מכסה כל אובדן או נזק המכוסה במסגרת פרק 1 - ביטוח כל הסיכונים התכולה. לתשומת לבך: פרק זה אינו מכסה כל אובדן או נזק המכוסה במסגרת פרק 1 - ביטוח כל הסיכונים התכולה.

פרק 10 גיבוי פלוס (בטוח מאגרי מידע ומערכות ממוחשבות) כיסוי שירוי	פרק משנה 1 - ביטוח הרכוש (צידוד נייד) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* יש לצרף רשימת צידוד מפורטת הכוללת את תיאור הצידוד וסכום הביטוח המתייחס אליו.	
	פרק משנה 2 - כיסוי מאגרי מידע ותוכנה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	₪		
	פרק משנה 2א' - כיסוי מאגרי מידע ותוכנה מקיף <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	₪	* אם רוכשים פרק משנה 2א' אין צורך לרכוש פרק משנה 2. ** גבול אחריות מקסימלי על פי פרק זה 70,000 ₪	
	אמצעים להקלת הסיכון: האם קיים מכשיר אל-פסק (UPS) דרכו מחוברים המחשבים למערכת החשמל? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם מותקנת תוכנת אנטי-וירוס במחשבים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא פרט את סוג הגיבוי שמבוצע (יומי/שבועי/דו שבועי/אחר) _____ *תשומת ליבך לאופן הגיבוי הנדרש כמפורט בפוליסה.		אמצעים להקלת הסיכון:	
	פרק משנה 3 - הוצאות תפעול נוספות <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	₪		* פיצוי של עד 90 ימים. ** מקסימום 3,000 ₪ ליום. *** השתתפות עצמית: 3 ימי עבודה
	*כיסוי למחשב נייד הרחבה לפרק 10 <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> ללא פריצה מרכב <input type="checkbox"/> כולל פריצה מרכב <input type="checkbox"/> הרחבה לכיסוי מחשב נייד בחו"ל: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	₪		* יש לצרף רשימת צידוד מפורטת הכוללת את תיאור הצידוד וסכום הביטוח המתייחס אליו. ** בכפוף לתנאי מיגון

פרק 11 חבות כלפי צד שלישי	ביטוח אחריות כלפי צד ג' <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	גבול האחריות המינימלי הינו: 500,000 ₪ למקרה ו-1,000,000 ₪ ולתקופת הביטוח	
	גבול האחריות המבוקש למקרה	₪	
	גבול האחריות המבוקש לתקופה	₪	

פרק 12 חבות מעבידים	ביטוח חבות מעבידים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	גבול אחריות: 20,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח	
	נא ציין את מספר העובדים במרפאה בהתאם לעיסוקים המפורט בטבלה ושכרם השנתי:		
	סוג העיסוק	מס' העובדים בכל סוג עיסוק	שכר עבודה שנתי
	עובדי מנהלה ומשרד		
	עובדי מרפאה ועובדים אחרים (לרבות בתחום השירות, ניקיון וכדו')		
	סה"כ		
	הכיסוי המבוקש: <input type="checkbox"/> לפי מס' עובדים או <input type="checkbox"/> לפי שכר עבודה שנתי		
האם מבוקש כיסוי עבור בעלי שליטה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, במידה וכן יש לציין את הפרטים הבאים:		שם מלא	ת.ז.

פרק 13 סחורה בהעברה	ביטוח סחורה בהעברה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	* גבול אחריות מרבי לכיסוי על פי פרק זה לא יעלה על סך של 50,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח, לרבות הרחבת פריצה עד לסך של 5,000 ₪.
	גבול האחריות המבוקש למקרה ולתקופת הביטוח	
	הרחב פריצה לגבי סחורה בהעברה (בתוספת פרמיה) <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	** הכיסוי על פי פרק זה כולל כיסוי בגין הוצאות לשחזור של צילומי רנטגן, תוכניות ועבודות פרוטטיקה.
	גבול האחריות המבוקש למקרה ולתקופת הביטוח	

פרק 14.1 סייבר צד ראשון	ביטוח סייבר צד ראשון <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח
		** גבול האחריות המקסימלי על פי פרק זה הינו 200,000 ₪
פרק 14.2 אחריות סייבר כלפי צד שלישי	הרחבה אופציונלית להוצאות בדבר הודעה ללקוח	* גבול האחריות על פי הרחב זה לא יעלה על 20% מגבול האחריות בפרק
	ביטוח אחריות סייבר כלפי צד ג' <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	* גבול האחריות המקסימלי על פי פרק זה הינו 200,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח.
	הרחבה אופציונלית להוצאות בדבר הודעה ללקוח	* גבול האחריות על פי הרחב זה לא יעלה על 20% מגבול האחריות בפרק
	הרחבה אופציונלית להוצאות יחסי ציבור	* גבול האחריות על פי הרחב זה לא יעלה על 20% מגבול האחריות בפרק

שאלות בקשר עם ביטוח נזקי סייבר וחסות סייבר כלפי צד ג'	1. כללי	
	א. כמה מחשבים (יחידות קצה) בבית העסק? _____	
	ב. כמה שרתים בבית העסק? _____	
	ג. האם שמירת המידע נעשית באופן חופף או שקיימת חלוקה בין אופן השמירה וגיבוי המידע בשרתים השונים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
	2. האם חלק ממחזור הכנסות של המציע נובע או עתיד לנובע מפעילות בארה"ב ו/או מול לקוחות מארה"ב? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
	3. האם המציע עוסק במכירת מוצרים ו/או מתן שירותים באמצעות האינטרנט? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
	4. 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/ות המחשב שלו, אתר האינטרנט שלו, מיילים שלו ו/או של מי מהפועלים מטעמו ו/או כל פעילות רשת או אינטרנט אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן במידה וכן, נא פרט: _____	
	5. האם נתגלתה בעבר פריצה ו/או חדירה ו/או אירוע ו/או 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 <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן במידה וכן, נא תאר את האירוע והאמצעים שננקטו על ידי המציע כדי למנוע הישנותו: _____	
	6. האם ברשות המבוטח ובכל מחשבי המבוטח מיושמים אמצעי הבטיחות הבאים? א. תוכנת להגנה מפני חדירה של צדדים שלישיים ו/או וירוסים (Firewall). <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן ב. גיבוי מידע, קבצים ותוכנות לפחות אחת לחודש <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן ג. החלפת סיסמאות לפחות אחת ל-6 חודשים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן ד. החלפה מיידית של שמות משתמש סיסמאות ואמצעי ביטחון אחרים במידה שהמציע גילה או שקיים חשד סביר לכך שאמצעי בטיחות אלה נחשפו לצדדים שלישיים. <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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 פוליסת 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 בתקופת החופפות לתאריך הרטרואקטיבי המבוקש: _____
	* לתשומת לב המבוטח: הכיסוי על פי פרק זה הינו על בסיס מועד הגשת התביעה. 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 תקופת של כיסוי זה, וזאת בין אם אוזכרו ובין אם לא אוזכרו בהצעת הביטוח ו/או במידע החיתומי שהועבר למבטח לקראת הוצאת פוליסה זאת או עריכת הכיסוי או חידושו.

ביטוח שבר מכני <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא				פרק 15 שבר מכני תיאור הציוד הנדרש לביטוח שבר מכני
האם קיים הסכם שרות/אחזקה לציוד המוצע לביטוח? במידה וכן, יש לפרט את שם נותן שירות	ערך כחדש (כינון)	שנת ייצור	תיאור המכונה: יצרן/דגם/ מפרט טכני או במידה ונערך סקר לציין עפ"י דו"ח סוקר מס'	
	ש			
	ש			
	ש			
	ש			

## חלק ד' - הצהרת המציע

<p>אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לבעלות הפוליסה ו/או לביטוח מבקשים בזאת מהמבטח לקבלנו לביטוח.</p> <p>אנו מסכימים, מצהירים בזה ומתחייבים כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>כל התשובות, כמפורט בהצעה זו, הינן מלאות וכנות.</li> <li>לא הסתרת/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, <b>וידוע לנו כי אם נעשה כן בכוונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1984.</b></li> <li>מוסכם בזאת כי הצעה זו תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין איילון חברה לביטוח בע"מ ("המבטח").</li> <li>הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים.</li> <li><b>ידוע לנו שחובה הביטוח נכנס לתוקפו רק אם תאושר הצעה זו על ידי המבטח.</b></li> <li>הנני מתחייב לשלם את הפרמיה במלואה.</li> <li>אני/נו מצהיר/ים בזאת, כי המידע המבוקש נמסר מרצוני/נו ובהסכמתי/נו, 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.</li> <li>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</li> </ol>	
חתימה וחומת המציע	תאריך

הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות (דיוור ישיר) סעיף שאינו חובה, לבחירת המבטח	הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיקון מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושידורים), התשס"ח - 2008 סעיף שאינו חובה, לבחירת המבטח
<ol style="list-style-type: none"> <li>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, כסויים 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.</li> <li>הנני 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) או כל אמצעי תקשורת אחר.</li> <li>אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה, כאמור, ידוע לי כי הנני רשאי בכל עת להודיע למבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: <a href="mailto:mail@ayalon-ins.co.il">mail@ayalon-ins.co.il</a> כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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, כסויים 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.</li> <li>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.</li> <li>ידוע לי כי בכל עת אני רשאי לבקש מהמבטח בכתב או בהודעה לכתובת האינטרנט: <a href="mailto:mail@ayalon-ins.co.il">mail@ayalon-ins.co.il</a> כי הנני מעוניין לחזור בי מהסכמתי זו ולהסירני מרשימת התפוצה.</li> </ol>
תאריך:	תאריך:
חתימה:	חתימה:

## הצהרת סוכן הביטוח

<p>הנני מצהיר ומאשר בחתימתי מטה, כי כל הפרטים והמידע שנמסר על ידי המציע בהצעה זו, נרשם ונחתם על ידו לרבות חתימתו על הצהרת המציע לעיל, וזאת לאחר שהסברתי לו כי עליו להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות וככל שלא יעשה כן עלולה להיות לכך השפעה על תגמולי הביטוח עד לכדי שלילתם המוחלטת.</p> <p>כמו כן ביררתי את צרכי הביטוח שלו והסברתי לו את מהות הכיסויים, ההרחבות והתנאים המתייחסים לעריכת ביטוח זה ומשמעותם ומסרתי לו את המידע המהותי לגבי עיקרי הכיסוי הביטוחי, וכן מידע לגבי סכומי הביטוח וגבולות האחריות העיקריים, דמי הביטוח, פירוט אמצעי התשלום האפשריים, תנאי התשלום, מספר התשלומים ומועדי הגביה האפשריים, והוא אישרם בפניי לאחר שמצאם מתאימים לצרכיו.</p>	
חתימה וחומת סוכן הביטוח	תאריך

