

נסיון ביטוחי

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

האם היית או הינך מבוטח בהווה באיילון חברה לביטוח בע"מ או בחברה אחרת בשלוש השנים האחרונות? כן לא
 אם כן, נא פרט: שם החברה _____ סוג 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:
 לא כן, אם כן נא פרט הסיבות: _____

האם נדרשו ע"י חברת ביטוח כלשהי תנאים לשם קבלת הסיכון ו/או להמשך הכיסוי?
 לא 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: לא כן, אם כן נא פרט: _____

סוג ותיאור הנזק	תאריך האירוע	סכום שנתבע/שולם

נא פרט אלו אמצעי הגנה ננקטו לאחר הנזקים/ים: _____

ביטוח נוסף

האם רכוש ו/או חבויות העסק (המרפאה) המוצעים לביטוח להלן, מבוטחים גם בחברות ביטוח אחרות? לא כן,
 אם כן, נא פרט: שם החברה: _____ תקופת ביטוח מ- _____ עד _____
 סוג הביטוח / הכיסוי וסכומי הביטוח: _____

שעבוד

האם יש שעבוד לרכוש המוצע לביטוח וברצונך לכלול סעיף בפוליסה בהתאם? לא כן
 אם כן, נא פרט לטובת מי השעבוד: _____
 פרוט הרכוש המשועבד: _____
 כתובת המשעבד: _____

חלק ב' - פרקי הפוליסה והכיסויים המבוקשים

הערות	סכום ביטוח	ביטוח תכולת המשרד <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	פרק 1 ביטוח כל הסיכונים לתכולת המרפאה
* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה.	ש	סכום ביטוח לתכולה (למעט ציוד אלקטרוני)	
** פרק זה כולל כיסוי בגין נזקי פריצה ושוד וגניבה אגב פריצה, אלא אם ויותר המבוטח במפורש על כיסוי זה.	ש	סכום ביטוח לציוד אלקטרוני נייח***	
אני מבקש לוותר על כיסוי פריצה לתכולה <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא *** תשומת ליבכם לאפשרות להרחבת הכיסוי לציוד אלקטרוני באמצעות פרק 10 - גיבוי פלוס בפוליסה, בעיקר בכל הקשור לנזקים אלקטרוניים ושיחזור מידע.	ש	סכום ביטוח לציוד אלקטרוני נייד* * יש לצרף רשימת ציוד אלקטרוני לביטוח תוך פירוט סוג הציוד, דגם ושנת ייצור	

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

הערות	סכום ביטוח	פרק 3 פריצה לתכולה
כולל בפרקים 1 ו- 2 לעיל	ש	

הערות	סכום ביטוח	ביטוח אובדן רווחים <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	פרק 4 אובדן רווחים
* פרק זה כולל כיסוי רעידת אדמה ונזקי טבע, לא ניתן להסיר כיסוי זה מהפוליסה.	ש	רווח גולמי שנתי	
	ש	הוצאות הכנת תביעה	
	ש	תקופת שיפוי <input type="checkbox"/> 3 חודשים <input type="checkbox"/> 6 חודשים <input type="checkbox"/> 12 חודשים	

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

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 ₪
		₪	
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
		₪	
פרק 10 גיבוי פלוס (בטוח מאגרי מידע ומערכות מחושבות) כיסוי שיויר	הכיסוי השיויר עפ"י פרק זה, הינו כיסוי משלים לכיסוי עפ"י פרק 1 - ביטוח כל הסיכונים לתכולת המשרד, ומתייחס לציוד האלקטרוני המפורט ברשימה. לתשומת לבך: פרק זה אינו מכסה כל אובדן או נזק המכוסה במסגרת פרק 1 - ביטוח כל הסיכונים התכולה.		
	פרק משנה 1 - ביטוח הרכוש (ציוד נייד) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	סכום ביטוח	* יש לצרף רשימת ציוד מפורטת הכוללת את תיאור הציוד 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 לפרקי משנה 2 ו-1א'	
	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 מחשב 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 ציוד מפורטת הכוללת את תיאור הציוד וסכום הביטוח המתייחס אליו. ** בכפוף לתנאי מיגון
ביטוח אחריות כלפי צד ג' <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	גבולות אחריות למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 500,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 1,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 2,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 3,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 4,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 5,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח <input type="checkbox"/> 10,000,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח		
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 במשרד בהתאם לעיסוקם המפורט בטבלה ושכרם השנתי:		
	סוג העיסוק	מס' העובדים בכל סוג עיסוק	שכר עבודה שנתי
	עובדי מנהלה ומשרד		
	עובדים 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.		



ביטוח תאונות אישיות כן לא
יש למלא פרטי המבוטחים כמפורט להלן.
כמו כן יש למלא את השאלון בחלק ג' מטה לגבי כל אחד מהמועמדים לביטוח.

שם פרטי ומשפחה	ת.ז.	תאריך לידה	סכומי ביטוח		הרחב נסיעה ברכב מנועי דו גלגלי
			מוות	נכות מלאה קבועה/זמנית	
			ש	ש	ש
			ש	ש	ש

הערות:
* סכום הביטוח המינימלי בגין מוות ו/או נכות מלאה קבועה או צמיתה הינו 50,000 ₪
** הפוליסה כוללת כיסוי בסיסי הניתן חינם לאחד מבעלי המשרד.
*** גיל כניסה מירבי לביטוח הינו 70 שנה.
**** הכיסוי בגין פיצוי שבועי הינו החל מהיום השמיני (8).
***** סכום הביטוח המקסימלי לפיצוי שבועי הינו 2,400 ₪.

ביטוח סייבר צד ראשון	סכום ביטוח	
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	ש

פרק 14.1
סייבר צד ראשון

* הכיסוי הינו על בסיס נזק ראשון למקרה ולתקופת הביטוח
** גבול האחריות המקסימלי על פי פרק זה הינו 200,000 ₪

ביטוח אחריות סייבר כלפי צד ג'	סכום ביטוח	
	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	ש

פרק 14.2
אחריות סייבר כלפי צד שלישי

* הכיסוי הינו על פי הרחב זה לא יעלה על 20% מגבול האחריות בפרק
** גבול האחריות המקסימלי על פי פרק זה הינו 200,000 ₪ למקרה ולתקופת הביטוח.

<p>1. כללי</p> <p>א. כמה מחשבים (יחידות קצה) בבית העסק? _____</p> <p>ב. כמה שרתים בבית העסק? _____</p> <p>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</p> <p>2. האם חלק ממחזור הכנסות של המציע נובע או עתיד לנובץ מפעילות בארה"ב ו/או מול לקוחות סארה"ב? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>3. האם המציע עוסק במכירת מוצרים ו/או סתן שירותים באמצעות האינטרנט <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>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: _____</p> <p>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 סחבל ו/או באחריות של המבוטח <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן במידה וכן, נא תאר את האירוע והאמצעים שנקטו על ידי המציע כדי לסנוע הישנותו: _____</p> <p>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 מידית 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</p>	<p>שאלות בקשר עם ביטוח נזקי סייבר וחבות סייבר כלפי צד ג'</p>
---	--

<p>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)</p> <p>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: _____</p> <p>* 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 מביניהם. 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, 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.</p>	<p>תאריך רטרואקטיבי</p>
---	-------------------------

יש למלא השאלות על פי חלק זה על ידי כל אחד מהמועמדים לביטוח:

שם המועמד	מועמד 1	מועמד 2
האם את/ה חולה כעת במחלה כלשהי או מקבלת טיפול רפואי כלשהו או תרופות כלשהן?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם היית מסוגלת לעבוד במשך 12 החודשים האחרונים לפני מילוי הצהרה זו?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
במידה ולא יש לפרט את הסיבה למגבלה, המגבלות ופרק הזמן בו לא היית מסוגלת לעבוד	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הינך עוסק/ת 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? אם כן, יש לפרט את ענף הספורט האתגרי בו הינך עוסק	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
פרט/י מום, או מחלה או ליקויים שאובחנו בך לפני מועד ההצטרפות לביטוח בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד, שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח:	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם הינך מקבלת/ או האם במהלך השנה האחרונה הגשת בקשה לקבלת תגמולים מהמוסד לביטוח לאומי או ממשרד הביטחון או מגוף ממלכתי אחר בגין נכות?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
האם סבלת בעבר מאובדן כושר עבודה זמני כתוצאה מתאונה או מחלה? אם כן, פרט: 1. אחוז אובדן הכושר הזמני 2. משך אובדן הכושר הזמני	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
הרחבות מבוקשות: 1. הרחבת כל המחלות 2. סיכון מלחמה פסיבי 3. כפל פיצוי לאי כושר במקרה אשפוז עקב מקרה ביטוח 4. כפל פיצוי לאי כושר במקרה אשפוז עקב מקרה ביטוח 5. תוספת לסכום הביטוח (במוות או נכות) 6. ביטוח לחיילים בחופשה ו/או לחיילים בשירות חובה בגין מקרה ביטוח בישראל בלבד	<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 <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 <input type="checkbox"/> לא
ביטוח אחר		
האם ברשותך פוליסת ביטוח דומה לפוליסה המתחדשת הנערכת באמצעות איילון חברה לביטוח?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
במידה וכן, האם ברצונך לבטל פוליסה זאת?	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
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 מסך דמי ביטוח נפרדים עבור כל אחת מהפוליסות? * יש לשים לב כי לענין הפיצוי השבועי, הסכום לו יהיה זכאי המבוטח לא יהיה גבוה מ- 75% משכרו של המבוטח בסמוך למועד קרות מקרה הביטוח, וזאת גם אם סכומי הביטוח המצטברים בפוליסות השונות גבוה יותר.	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
ויתור על סודיות (ייחתם על ידי כל אחד מהמועמדים לביטוח)		
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 ו/או לשלטונות צה"ל, ו/או למוסד לביטוח לאומי, למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבקש") כל מידע על מצב בריאותי ו/או על כל מחלותיי בעבר, ובהווה לצורך בירור זכויותיי וחובותיי על פי הפוליסה, 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.		
חתימת המועמדים לביטוח		
חתימה ותאריך (מועמד 1)	חתימה ותאריך (מועמד 2)	

הערות כלליות/תנאים:

- יש לציין בכל פרק את ההרחבות שהינך מעוניין/מעוניינת בהן, כדי שהמבטח יוכל לשקול את קבלתן בהתאם לבחירתך. הינך רשאי לבחור בהרחבה או לוותר עליה, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הביטוח עצמו.
- במידה ולא סומנו הכיסויים על פי הפרקים השונים ו/או סכומי הביטוח/גבולות האחריות המבוקשים לכיסוי מסוים יחשב הדבר כהצהרת המבוטח על אי-רצונו לרכוש כיסוי זה.

<p>אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לבעלות הפוליסה ו/או לביטוח מבקשים בזאת מהמבטח לקבלנו לביטוח. אנו מסכימים, מצהירים בזה ומתחייבים כי:</p>	
<p>1. כל התשובות, כמפורט בהצעה זו, הינן מלאות וכנות.</p>	
<p>2. 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, ידוע לנו כי אם נעשה כן בכוונת מרמה, דין תשובותינו יהיה כדין תשובה שאינה מלאה וכנה לפי חוק חוזה הביטוח, תשמ"א - 1981.</p>	
<p>3. מוסכם בזאת כי הצעה זו תהווה בסיס לחוזה הביטוח ביני לבין איילון חברה לביטוח בע"מ ("המבטח").</p>	
<p>4. הרשות בידי המבטח להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה או קבלתה בתנאים.</p>	
<p>5. ידוע לנו שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק אם תאושר הצעה זו על ידי המבטח.</p>	
<p>6. הנני מתחייב לשלם את הפרמיה במלואה.</p>	
<p>7. אני/נו מצהיר/ים בזאת, כי המידע המבוקש נמסר מרצוני/נו ובהסכמת/ינו, 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.</p>	
<p>8. 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</p>	
תאריך	חתימה וחותמת המציע

הודעה והסכמה לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות (דיוור ישיר)	הודעה והסכמה למסירת מידע אישי בכפוף לתיקון מספר 40 לחוק התקשורת (בזק ושידורים), התשמ"ח - 2008 סעיף שאינו חובה, לבחירת המבטח
<p>1. הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותיי 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.</p> <p>2. הנני מסכים כי תכנים שיווקיים מהגורמים האמורים יועברו אלי בדרך של דיוור, לרבות דיוור ישיר או שירותי דיוור ישיר או בדרך אחרת, פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, עות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומאטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר (SMS) או כל אמצעי תקשורת אחר.</p> <p>3. 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.</p>	<p>1. הנני מסכים כי הפרטים והנתונים אודותיי 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.</p> <p>2. 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) או כל אמצעי תקשורת אחר.</p> <p>3. 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.</p>
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. 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 לצרכי.</p>
תאריך
חתימה וחותמת סוכן הביטוח