



הצעה לביטוח דרוור למשכנתא - ביטוח חיים וביטוח מכנה אגב הלוואת משכנתא

המכירה בוצעה: בשיחה טלפונית עם/ללא חתימה דיגיטלית - חובה לצרף קובץ הקלטה
 במכירה פונטלית (חובה למלא)

חותמת החברה נתקבל

פרטי המשווק	
שם הסוכן	מס' סוכן
שם המפקח	מחוז/סניף
	מס' זהות/ח.פ.

פרטי המועמד/ים לביטוח	
מועמד ראשון לביטוח - המבוטח ובעל הפוליסה*	
שם משפחה	שם פרטי
מס' זהות	מס' זהות
תאריך לידה	מין
טלפון נייד	טלפון נוסף
כתובת מגורים	רחוב
	מספר
	ת.ד.
	ישוב
	מיקוד

ערוץ תקשורת מועדף לקבלת מידע ודוחות תקופתיים

הנני מסכים כי מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוחות התקופתיים ישלחו אלי באמצעים דיגיטליים בהתאם להחלטת החברה (מסרון לנייד / דוא"ל), כפי שמסמכי לחברה. ידוע לי, כי בכל עת אוכל לשנות את החלטתי ולהודיע לחברה על בקשתי לקבלתם בדואר ישראל.

אבקש לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוחות התקופתיים באמצעות דואר ישראל, על פי הכתובת המפורטת בטופס זה וכפי שאעדכן את החברה מעת לעת.

ככל שלא תסומן בחירה, יישלחו מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווחים השנתיים באמצעים דיגיטליים כאמור.

תאריך:

חתימת מועמד ראשון לביטוח

חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך באיילון ביטוח, יישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו או לעדכון פרטים, ניתן להיכנס לאתר איילון: www.ayalon-ins.co.il או באמצעות מרכז שירות הלקוחות בטלפון 6677*.

מועמד שני לביטוח*	
שם משפחה	שם פרטי
מס' זהות	מס' זהות
תאריך לידה	מין
טלפון נייד	טלפון נוסף
כתובת מגורים	רחוב
	מספר
	ת.ד.
	ישוב
	מיקוד

ערוץ תקשורת מועדף לקבלת מידע ודוחות תקופתיים

הנני מסכים כי מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוחות התקופתיים ישלחו אלי באמצעים דיגיטליים בהתאם להחלטת החברה (מסרון לנייד / דוא"ל), כפי שמסמכי לחברה. ידוע לי, כי בכל עת אוכל לשנות את החלטתי ולהודיע לחברה על בקשתי לקבלתם בדואר ישראל.

אבקש לקבל את מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוחות התקופתיים באמצעות דואר ישראל, על פי הכתובת המפורטת בטופס זה וכפי שאעדכן את החברה מעת לעת.

ככל שלא תסומן בחירה, יישלחו מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווחים השנתיים באמצעים דיגיטליים כאמור.

תאריך:

חתימת מועמד שני לביטוח

* המבוטח הראשון יקבע כמבוטח הצעיר מבין המועמדים לביטוח

חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך באיילון ביטוח, יישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו או לעדכון פרטים, ניתן להיכנס לאתר איילון: www.ayalon-ins.co.il או באמצעות מרכז שירות הלקוחות בטלפון 6677*.

נתונים אישיים	מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח
מקצוע		
עיסוק ותפקיד (הגדרה מדויקת)		
האם קיים סיכון במקצוע/תחביב/אורח חיים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים
האם יש לך תחביבים מסוכנים? (גלישה, צלילה, דאיה, צניחה, מירוצים, טייס)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים

כתובת הנכס המשועבד	
רחוב	מספר
	ת.ד.
	ישוב
	מיקוד

תאריך תחילת הביטוח	שנה	חודש	יום
תאריך תחילת הביטוח הינו כמפורט לעיל, או לאחר השלמת הליך החיתום בהתאם להוראות הפוליסה, לפי המאוחר מביניהם			

תשלום תדירות

חודשי

אמצעי תשלום

הוראת קבע (רצ"ב, טופס מאושר ע"י הבנק)
 כרטיס אשראי (רצ"ב הוראת חיוב)
 באמצעות משלם זר (רצ"ב טופס משלם זר)



דרור למשכנתא רכישת סכום ביטוח למקרה מוות - בגובה יתרת ההלוואות המפורטות להלן:

פרטי ההלוואות	1	2	3	4
מספר הלוואה				
יתרת הלוואה נוכחית				
ריבית שנתית קבועה				
יתרת תקופת ההלוואה בשנים				
סוג הלוואה: לוח שפיצר/בלון	<input type="checkbox"/> לוח שפיצר <input type="checkbox"/> בלון	<input type="checkbox"/> לוח שפיצר <input type="checkbox"/> בלון	<input type="checkbox"/> לוח שפיצר <input type="checkbox"/> בלון	<input type="checkbox"/> לוח שפיצר <input type="checkbox"/> בלון
מטרת ההלוואות לדיוור:	<input type="checkbox"/> לרכישת דירה יחידה כהגדרתה בסעיף 9 (ג'ג') (4) לחוק מיסוי מקרקעין (שבח ורכישה) התשכ"ג-1963, והוראות סעיף 9 (ג'ג') (2) לחוק. <input type="checkbox"/> לרכישת קרקע לבנייה עצמית או בנייה עצמית, ואין לי נכס אחר נוסף על הקרקע לבנייה העצמית או על מבנה שיבנה בבנייה עצמית. <input type="checkbox"/> למטרה אחרת			

פרטי הבנק המלווה - "המוטב הבלתי חוזר"		
בנק	מס' סניף	כתובת הסניף

הצהרות מבוטח לגבי הריבית הסופית של ההלוואה		
1. ידוע לי כי קביעת סכום הביטוח, הפרמיה וההשתנות, בכל שנת ביטוח היא על פי: גיל המבוטח, מגדר, סטטוס עישון, תקופת ההלוואה וריבית ההלוואה הקבועה בפוליסה. 2. ידוע לי כי השתנות הפרמיה וסכומי הביטוח בכל סוגי ההלוואות בפוליסה הן על פי השתנות הקרן והריבית בתשלומים שנתיים (שנת ביטוח), שווים וצמודים למדד המחירים לצרכן. 3. ידוע לי, כי יכול שיווצר פער בין סכום הביטוח לבין יתרת הלוואות המשכנתא אצל המוסד הפיננסי המלווה וכי באפשרותי להקטין את סכום הביטוח במהלך תקופת הביטוח באמצעות פנייה חתומה בכתב על ידי המבוטח ועל ידי המוסד הפיננסי המלווה לחברת הביטוח לצורך הקטנת הסכום המבוטח.		
תאריך	חתימת מועמד ראשון לביטוח	חתימת מועמד שני לביטוח

מינוי מוטבים

מועמד ראשון לביטוח - מינוי מוטבים למקרה פטירה						
סכום הביטוח בגובה ההלוואה ישועבד למוטב בלתי חוזר, יתרת סכום הביטוח (במידה וקיים), ישולם למוטבים כדלקמן:						
סמן אחת מהאפשרויות הבאות בלבד: <input type="checkbox"/> ליורשים חוקיים <input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> למוטבים המפורטים מטה						
	מוטב 1		מוטב 2		מוטב 3	
שם פרטי						
שם משפחה						
מספר זהות						
לתושב זר:						
מס' דרכון + מדינת הנפקה						
תאריך לידה						
מין						
כתובת מגורים	רחוב	מספר	רחוב	מספר	רחוב	מספר
	ישוב	מיקוד	ישוב	מיקוד	ישוב	מיקוד
קרבה						
חלק באחוזים						

מועמד שני לביטוח - מינוי מוטבים למקרה פטירה						
סכום הביטוח בגובה ההלוואה ישועבד למוטב בלתי חוזר, יתרת סכום הביטוח (במידה וקיים), ישולם למוטבים כדלקמן:						
סמן אחת מהאפשרויות הבאות בלבד: <input type="checkbox"/> ליורשים חוקיים <input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> למוטבים המפורטים מטה						
	מוטב 1		מוטב 2		מוטב 3	
שם פרטי						
שם משפחה						
מספר זהות						
לתושב זר:						
מס' דרכון + מדינת הנפקה						
תאריך לידה						
מין						
כתובת מגורים	רחוב	מספר	רחוב	מספר	רחוב	מספר
	ישוב	מיקוד	ישוב	מיקוד	ישוב	מיקוד
קרבה						
חלק באחוזים						

תאריך	חתימת מועמד ראשון לביטוח	חתימת מועמד שני לביטוח
-------	--------------------------	------------------------



הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר אישור ההצעה בכתב ע"י איילון חברה לביטוח בע"מ. לתשומת לב ממלא הטופס, אגף הקפד על מילוי פרטים מדויק. תשומת ליבך, כי עליך להשיב תשובות מלאות וכנות בעניינים מהותיים וככל שלא תעשה כן, עלול אי דיוק בפרטים להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 (להלן: "החוק") ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק, ובמגבלותיו. כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים ב"פוליסה לביטוח דירה ותכולתה" - מהדורת פברואר 2020, אלא אם צוין במפורש אחרת.

תיאור הרכוש המוצע לביטוח

תשומת לב המועמד לביטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק, כל השאלות בפרק זה יחשבו כעניין מהותי העשוי להשפיע על הערכת הסיכונים ע"י החברה.

ערך הדירה (מבנה): _____ סכום ביטוח הדירה (המבנה): _____ גודל הנכס מ"ר: _____ סוג הנכס: _____

סטנדרטי: נמוך בינוני גבוה

האם הדירה נמצאת בתהליך תמ"א/ פיגומים / בשיפוצים? לא כן, אם כן אנא פרט באיזה תהליך ולאילו תקופה _____

בית משותף - קומה _____ מתוך _____ בית פרטי

תקופת הביטוח: מיום: _____ תאריך תום תקופת ביטוח זהה לתאריך מועד סיום / פירעון ההלוואה.

האם הדירה מחולקת ליחידות דיוור? לא כן, _____
 אם כן - נא לציין לכמה יחידות דיוור _____
מדיניות החברה היא שלא לבטח דירה מחולקת מכל סוג שהוא, יש לפנות לחברה מראש לצורך בחינת מתן הצעה לביטוח דירה מחולקת.

הביטוח יכלול כיסוי ל: רעידת אדמה לרבות צונאמי כתוצאה מרעידת אדמה. הרחבה לעניין סיכונים מים ונזילים אחרים (נזקי צנרת)

בחירת אפשרות התיקון במקרה נזק צנרת:

1. תיקון הנזק ייעשה באמצעות שרברב מרשימת שרברבי ההסדר של החברה המבטחת.

2. תיקון הנזק ייעשה באמצעות שרברב לבחירת המבטח.

בחירה באפשרות 1 לעיל, מקנה לך הזכאות להרחבת הכיסוי למתן שירותי חירום ואיטום לדירה המבטחת, וכן אפשרות להגדלת גובה ההשתתפות העצמית תמורת הנחה.

גובה השתתפות עצמית	אחוז הנחה
<input type="checkbox"/> ₪ 600	0%
<input type="checkbox"/> ₪ 750	5%
<input type="checkbox"/> ₪ 1,000	15%

השתתפות עצמית מוגדלת לשרברב שבהסדר אנא סמן את בחירתך:

הצהרת המועמד לביטוח

א. ידוע לי כי אם בחרתי באפשרות 1 לעיל, זכותי לבחירת שרברב הוגבלה לשרברב בהסדר.

ב. הריני מצהיר כי למיטב ידיעתי הצנרת בדירתי במצב תקין.

תאריך _____ חתימת מועמד ראשון לביטוח _____ חתימת מועמד שני לביטוח _____

הרחבות נוספות בתוספת פרמיה:

הרחבת חבות מעבידים לעובדי משק ביתו של המבוטח - גבול אחריות למקרה ולתקופה: ₪ 20,000,000

ביטוח אחריות כלפי צד שלישי - גבול אחריות למקרה ולתקופה: ₪ 500,000

ביטוח סכום נוסף בבית משותף כתוצאה מרעידת אדמה (בכפוף לחלק א' פרק 1א, א1)

ביטוח סכום נוסף הינו בסך: _____ ₪

סכום הביטוח הנוסף יהיה בשיעור של 100% מסכום ביטוח הדירה הנקוב במפרט (דף רשימה) ולא יותר מפי 4 מסכום ביטוח המבנה ובכפוף לתנאים המצוינים בפרק 1 א'.

הרחבה לסכום ביטוח נוסף בבית משותף למקרה כתוצאה מאש, ברק, רעם וכן עשן שהוא תופעה יוצאת דופן ולא קבועה

(בכפוף לחלק א' פרק 1א, א2) - הרחבה זו ניתנת לרכישה רק במקרה בו ונרכש כיסוי לביטוח סכום נוסף בבית משותף כתוצאה מרעידת אדמה ובאותו סכום ביטוח.

הרחבה מיוחדת לביטוח "כל הסיכונים" לדירה

הרחבה לשבר זכוכיות, כלים סניטריים ומראות - 1% לפרט עד 5% כולל - סכום ביטוח: _____ ₪

ניסיון ביטוחי קודם

תשומת לב המועמד לביטוח מופנית לכך, כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק, כל השאלות בפרק זה יחשבו כעניין מהותי העשוי להשפיע על הערכת הסיכונים ע"י החברה.

1. האם הרכוש המוצע לביטוח היה מבטח בחברת ביטוח כלשהי בשלוש השנים האחרונות?

לא כן, אם כן אנא לפרט את שם החברה ומה הסיבה/ות לכך: _____

2. האם חברת ביטוח כלשהי ביקשה בשלוש השנים האחרונות תנאים מיוחדים לקיום הביטוח?

לא כן, אם כן אנא לפרט את שם החברה ומה הסיבה/ות לכך: _____

3. האם חברת ביטוח כלשהי דחתה או ביטלה או סירבה לחדש את פוליסת הביטוח שלך בשלוש השנים האחרונות?

לא כן, אם כן אנא לפרט את שם החברה ומה הסיבה/ות לכך: _____

4. האם קיבלת בשלוש השנים האחרונות פיצוי כלשהו מחברת ביטוח כלשהי או היית לך עילה לקבלת פיצוי כתוצאה מנזק?

לא כן, אם כן נא לפרט _____

5. האם נפגע אדם או רכוש עקב הסיכונים המוצעים לביטוח במהלך שבע השנים האחרונות לא כן, אם כן נא לפרט _____

סוג נזק	תאריך אירוע	סכום ששולם/ נתבע

או אמצעים להקלת הסיכון ננקטו לאחר הנזק: _____

הערות המציע:

מספר החוזה עם הבנק: _____

מועד סיום ההלוואה: _____

פרטים מדויקים של הבנק המשעבד	בנק	מס' בנק	מס' סניף	כתובת הסניף
------------------------------	-----	---------	----------	-------------



שאלון ביטול פוליסה מקורית - בביטוח חיים משכנתא ו/או ביטוח מבנה הדירה

מועמד ראשון לביטוח	מועמד שני לביטוח	
<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן - ענה על 2	<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן - ענה על 2	1. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח הרלוונטי לתוכנית הביטוח המבוקשת בהצעה זו? סמן את סוג הכיסוי הקיים: <input type="checkbox"/> ביטוח חיים למשכנתא <input type="checkbox"/> ביטוח מבנה הדירה
<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן להקטין באמצעות הסוכן. עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן לבטל - ענה על שאלה 3	<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן להקטין באמצעות הסוכן. עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן לבטל - ענה על שאלה 3	2. האם בכוננתך לבטל או להקטין את הכיסוי הביטוחי הרלוונטי בפוליסה הקיימת? סמן את סוג הכיסוי שיבוטל או יוקטן: <input type="checkbox"/> ביטוח חיים למשכנתא <input type="checkbox"/> ביטוח מבנה הדירה
3. האם ברצונך לשלוח את בקשת הביטול באמצעות סוכן הביטוח או חברת הביטוח? יש לסמן את הבחירה: מועמד ראשון לביטוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: <input type="checkbox"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> באמצעות איילון חברה לביטוח בע"מ. יש לצרף טופס בקשה לביטול פוליסה לכל כיסוי, ולפרט שם החברה המבטחת: <input type="checkbox"/> ביטול ביטוח חיים למשכנתא בחברת _____ <input type="checkbox"/> ביטול ביטוח מבנה הדירה בחברת _____ <input type="checkbox"/> ביטול ביטוח משכנתא + מבנה הדירה בחברת _____ אישור המועמד לביטוח בביטוח מבנה לדירה (במקרה שבו יש פוליסה אחרת ואינך מעוניין להעביר אותה להשוואה) <input type="checkbox"/> בסימון כאן, הנני מבקש להשלים את תהליך ביטול הפוליסה הקיימת ורכישת הפוליסה המוצעת ללא בדיקת תנאי הפוליסה המקורית שברשותי, על אף שביכולתי לקבל את המידע בפנייה לחברה המקורית ו/או באזור האישי של החברה המקורית בקלות יחסית. אני מודע לכך כי ייתכן וקיים מידע אשר לא נסקר בהשוואה. מועמד שני לביטוח: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: <input type="checkbox"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> באמצעות איילון חברה לביטוח בע"מ. יש לצרף טופס בקשה לביטול פוליסה לכל כיסוי, ולפרט שם החברה המבטחת: <input type="checkbox"/> ביטול ביטוח חיים למשכנתא בחברת _____ <input type="checkbox"/> ביטול ביטוח מבנה הדירה בחברת _____ <input type="checkbox"/> ביטול ביטוח משכנתא + מבנה הדירה בחברת _____ אישור המועמד לביטוח בביטוח מבנה לדירה (במקרה שבו יש פוליסה אחרת ואינך מעוניין להעביר אותה להשוואה) <input type="checkbox"/> בסימון כאן, הנני מבקש להשלים את תהליך ביטול הפוליסה הקיימת ורכישת הפוליסה המוצעת ללא בדיקת תנאי הפוליסה המקורית שברשותי, על אף שביכולתי לקבל את המידע בפנייה לחברה המקורית ו/או באזור האישי של החברה המקורית בקלות יחסית. אני מודע לכך כי ייתכן וקיים מידע אשר לא נסקר בהשוואה.		
תאריך	חתימת מועמד ראשון לביטוח	חתימת מועמד שני לביטוח

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

תצהיר מועמד שני לביטוח	תצהיר מועמד ראשון לביטוח
הנני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה. יש לסמן את האפשרות המתאימה: <input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח. <input type="checkbox"/> הנני 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"/> הנני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בחברת _____ והכיסוי/פוליסה תבוטל לאחר קבלתי לביטוח על פי הצעה זו.	הנני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה. יש לסמן את האפשרות המתאימה: <input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח. <input type="checkbox"/> הנני 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"/> הנני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בחברת _____ והכיסוי/פוליסה תבוטל לאחר קבלתי לביטוח על פי הצעה זו.
תאריך	חתימת מועמד ראשון לביטוח

הצהרת הסוכן

אני מאשר ישום כל הוראות הדיון החלים עליי בעת שיווק מוצרי ביטוח, לרבות בירור צרכי המועמד/ים לביטוח, התאמת הביטוח לצרכיו/הם תוך התייחסות לתוכניות ביטוח קיימות ומסירת המידע למועמד לביטוח.

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסה/ות ביטוח קיימת/ות שבתוקף: לא כן

ככל שעסקה זו כרוכה בהחלפת פוליסה/ות ביטוח קיימת/ות, וככל שלאחר הליך החיתום הרפואי תקבענה החרגות לביטוח בפוליסה/ות המוצעת/ות, אני מודע לחובתי לכלול בהליך ההתאמה לכל הפחות, מסמך השוואה בין ההחרגות שנקבעו למועמד/ים לביטוח בפוליסה/ות המוצעת/ות לאלו שבפוליסה/ות המקורית/ות.

הצהרת סוכן/בעל רישיון:
 הנני מאשר בזאת, כי תהליך התאמת צרכים למועמד/ים לביטוח, כלל התייחסות לביטוחים הרלוונטיים 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	שם הסוכן	חתימת הסוכן
-------	----------	-------------



הצהרת הבריאות שלהלן, תמלא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם נוחות אך מיועד לשני המינים. יש לענות על כל השאלות הבאות ולסמן את התשובה המתאימה בטור המתאים - "כן" או "לא".

בכל מקרה של תשובה חיובית ("כן") - יש להשלים את הממצאים החיוביים בטבלת פירוט הממצאים בטופס למטה, וכן להשלים את המידע הרפואי הנדרש בשאלון מחלות מפורט אשר מספרו רשום לצד השאלה ולצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות.

על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, לצרף מכתב מרופא מטפל המפרט: מצב רפואי כללי, פירוט ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

פרטי מועמד שני לביטוח				פרטי מועמד ראשון לביטוח			
מס' זהות		שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות		שם פרטי	שם משפחה
קופ"ח	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)	תאריך לידה	קופ"ח	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)	תאריך לידה

שאלות כלליות

1.	האם אתה מעשן כיום? אם כן, פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ פרט סוג (סיגריות/סיגרים/מקטרת/נרגילה)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם אתה מעשן כיום? אם כן, פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ פרט סוג (סיגריות/סיגרים/מקטרת/נרגילה)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
2.	האם עישנת בעבר? אם כן, פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם עישנת בעבר? אם כן, פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3.	סמים: האם צרכת סמים בהווה/בעבר? אם כן, מתי הופסק (שאלון מספר 7)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סמים: האם צרכת סמים בהווה/בעבר? אם כן, מתי הופסק (שאלון מספר 7)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
4.	אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/יין או משקה אלכוהולי אחר? אם כן, מתי הופסק (שאלון מספר 7)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/יין או משקה אלכוהולי אחר? אם כן, מתי הופסק (שאלון מספר 7)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
5.	האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות כגון: <input type="checkbox"/> צינטור, <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי גידול, <input type="checkbox"/> ביופסיה, <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> מיפוי לב, <input type="checkbox"/> אקו-לב, או <input type="checkbox"/> בדיקה מיוחדת אחרת? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה וסיבה לביצוע.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות כגון: <input type="checkbox"/> צינטור, <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי גידול, <input type="checkbox"/> ביופסיה, <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> מיפוי לב, <input type="checkbox"/> אקו-לב, או <input type="checkbox"/> בדיקה מיוחדת אחרת? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה וסיבה לביצוע.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

6.	האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות או ידוע לך על הצורך באישפוז או בדיקה פולשנית במהלך השנה הקרובה? (שאלון מס' 9)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות או ידוע לך על הצורך באישפוז או בדיקה פולשנית במהלך השנה הקרובה? (שאלון מס' 9)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
7.	אחוזי נכות ומום מולד: האם יש או הייתה לך נכות בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית כל שהיא? אם כן, פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות. (שאלון מס' 16)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	אחוזי נכות ומום מולד: האם יש או הייתה לך נכות בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית כל שהיא? אם כן, פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות. (שאלון מס' 16)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
8.	האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות מ: ביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא ב-אי כושר עבודה כעת?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות מ: ביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא ב-אי כושר עבודה כעת?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9.	האם ב-5 שנים אחרונות הצעתך לביטוח נדחתה על ידי חברת הביטוח או קרן פנסיה? התקבלה בתוספת פרמיה או החרגה נא לפרט	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם ב-5 שנים אחרונות הצעתך לביטוח נדחתה על ידי חברת הביטוח או קרן פנסיה? התקבלה בתוספת פרמיה או החרגה נא לפרט	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
10.	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי כעת בבירור רפואי כלשהו?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי כעת בבירור רפואי כלשהו?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
11.	האם נעדרת מהעבודה או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות מתי ומאיזו סיבה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	האם נעדרת מהעבודה או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות מתי ומאיזו סיבה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

האם אובחנת כלוקה במחלות / הפרעות ו/או בעיות הרפואיות הרשומות מטה:

11.	מערכת העצבים והמוח כמו טרטט נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון, אירוע מוחי. (שאלון מס' 3)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מערכת העצבים והמוח כמו טרטט נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון, אירוע מוחי. (שאלון מס' 3)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
12.	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת או אישפוז פסיכיאטרי. (שאלון מס' 17)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת או אישפוז פסיכיאטרי. (שאלון מס' 17)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
13.	מחלות דרכי הנשימה והריאות. (שאלון מס' 2)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות דרכי הנשימה והריאות. (שאלון מס' 2)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
14.	מחלות לב, הפרעות בלב (שאלון מס' 11). הפרעות ביתר לחץ דם ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות. (שאלון מס' 12)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות לב, הפרעות בלב (שאלון מס' 11). הפרעות ביתר לחץ דם ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות. (שאלון מס' 12)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
15.	מחלות/ בעיות בדם, קרישה, אנמיה, המופיליה.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות/ בעיות בדם, קרישה, אנמיה, המופיליה.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
16.	הפרעות בדרכי העיכול, כיס המרה, הטחול והלבלב (שאלון מס' 6), כבד (שאלון מס' 19).	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	הפרעות בדרכי העיכול, כיס המרה, הטחול והלבלב (שאלון מס' 6), כבד (שאלון מס' 19).	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
17.	מחלות כליות ודרכי השתן, דלקות ואבנים בדרכי השתן ו/או בכליות, דם או חלבון בדרכי השתן, מחלות הערמונית (פרוסטטה). (שאלון מס' 13)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות כליות ודרכי השתן, דלקות ואבנים בדרכי השתן ו/או בכליות, דם או חלבון בדרכי השתן, מחלות הערמונית (פרוסטטה). (שאלון מס' 13)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
18.	מחלות חילוף חומרים, מחלות אנדוקריניות, סכרת (שאלון מס' 15), מחלות בלוטת המגן. (שאלון מס' 4)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות חילוף חומרים, מחלות אנדוקריניות, סכרת (שאלון מס' 15), מחלות בלוטת המגן. (שאלון מס' 4)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
19.	מחלות ובעיות עור (שאלון מס' 18), גידול, מלנומה, מחלות מין, אלרגיות.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות ובעיות עור (שאלון מס' 18), גידול, מלנומה, מחלות מין, אלרגיות.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
20.	מחלות פרקים ורקמות חיבור, דלקת פרקים, ארטריטיס, לופוס/ זאבת, פיברומיאלגיה, F.M.F, גאוס (שאלון מס' 1).	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות פרקים ורקמות חיבור, דלקת פרקים, ארטריטיס, לופוס/ זאבת, פיברומיאלגיה, F.M.F, גאוס (שאלון מס' 1).	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
21.	סרטן, גידולים, לרבות שפירים או מחלות ממאירות.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	סרטן, גידולים, לרבות שפירים או מחלות ממאירות.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
22.	מחלות זיהומיות, איידס, נשא HIV.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות זיהומיות, איידס, נשא HIV.	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
23.	מחלות נשים: בעיות גניקולוגיות, בעיות שדיים. (שאלון מס' 14)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מחלות נשים: בעיות גניקולוגיות, בעיות שדיים. (שאלון מס' 14)	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

פירוט ממצאים חיוביים בהצהרת הבריאות

מס' זהות	שם המועמד	תשובה לסעיף	שנת הארוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצב כיום

תאריך	שם מועמד ראשון לביטוח	מס' זהות	חתימת מועמד ראשון לביטוח
תאריך	שם מועמד שני לביטוח	מס' זהות	חתימת מועמד שני לביטוח

- 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.
- שמירה על סודיות** - הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל מוסד, מכן 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.
- ייפוי כוח** - אני מייפה את איילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניה 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.
- כתב ויתור** זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.
- שימוש במידע - ידוע לי, כי השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.**

תאריך	חתימת מועמד ראשון לביטוח	חתימת מועמד שני לביטוח
-------	--------------------------	------------------------

הצהרת סוכן הביטוח כעד לחתימה

אני הח"מ מאשר בזאת כי המועמד לביטוח זוהה על-ידי בתעודה מזהה וחתם בפני על ויתור סודיות זה.

תאריך	שם הסוכן	מס' זהות	חתימת הסוכן
-------	----------	----------	-------------

הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ים מטה, המועמד/ים לבעלות על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקשים בזאת להצטרף לתוכנית כמפורט בהצעה זו.
אני/אנו מצהירים מסכימים ומתחייבים בזה כי:
א. כל המידע שנמסר על ידי/דינו בתשובה לשאלות החברה כמפורט בטופס הצעה זה ובהצהרת הבריאות הנכללת במסגרתו ("המידע"), הינן מלאות, נכונות וכנות.
ב. ידוע לי/לנו כי המידע האמור מהווה מידע בענין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות החברה לכרות את חוזה הביטוח בכלל ו/או בתנאים שבו והוא מהווה בסיס להסכמת החברה לכריתת חוזה הביטוח בתנאים בו נכרת ובפרט לענין דמי הביטוח ותנאי הכיסוי הביטוחי. ידוע לי כי בהתאם לדין החל, מסירת תשובות שאינן מלאות וכנות, עלולה להשפיע על תשלום תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח על פי חוזה הביטוח.
ג. הרשות בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את החלטתכם.
ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק אם תאושר קבלת המועמד לביטוח ע"י החברה.
ידוע לי/לנו הכיסויים הביטוחיים בפוליסה יכנסו לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלה לביטוח.
- החברה מעמידה לרשות מבטוחיה אזור אישי באתר איילון בכתובת: WWW.AYALON-INS.CO.IL, לקבלת מידע וביצוע פעולות. ידוע לי כי השימוש באזור האישי עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות, וזאת על אף אמצעי אבטחת המידע ואיכות מידע סבירים שהחברה נוקטת. המידע הקיים בספרי החברה הוא הגובר.
- ידוע לי/לנו ואני/אנו מסכימים כי הפרטים שמסרנו ו/או כל מידע שישגוע לידיעת החברה יאוכסנו במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981.
- אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין: אני/אנו מאשרים ונותנים בזאת את הסכמתנו לבצע אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים הבאים: תעודת זהות, שם משפחה ושם פרטי, מצב משפחתי, מען מלא, מין ותאריך לידה.
- אני/אנו מאשרים לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם האוכלוסין.
- ידוע לי/לנו כי בקשות לשינוי הכיסויים הביטוחיים, הוספת כיסוי ביטוחי או הגדלתו, בקשות לשינוי מסלולי ההשקעה או למשיכת החיסכון המצטבר, צריכות להימסר לחברה בכתב.

תאריך	חתימת מועמד ראשון לביטוח	חתימת מועמד שני לביטוח
-------	--------------------------	------------------------

הצהרת הסוכן

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



תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

אני מר/גב' _____ מס' זהות _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____
שם מספרו _____
סוג כרטיס <input type="checkbox"/> יזיה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר _____ בתוקף עד _____
מועד גביה בכרטיס אשראי: <input type="checkbox"/> ב- 3 לכל חודש <input type="checkbox"/> ב- 11 לכל חודש <input type="checkbox"/> ב- 28 לכל חודש
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 _____

* יש לצרף צילום אישור הקמת הרשאה לחיוב חשבון בנק, לטובת איילון

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

לכבוד _____	בנק _____
סניף _____ (_____)	סניף _____
לביטוח חיים <input type="checkbox"/>	מס' חשבון _____ סוג חשבון _____ סניף _____ בנק _____ קוד מוסד (המוטב) _____ 6 3 9 אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים) _____
לביטוח מבנה <input type="checkbox"/>	קוד מוסד (המוטב) _____ 5 3 9 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.	

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

מועד גביה בהוראת קבע לבחירה: ב-10 לכל חודש ב-25 בכל חודש (במידה ולא סומן, ברירת המחדל תהיה ב-10 לכל חודש)

1. אני הח"מ _____ מס' זהות / ח.פ. _____ ("הלקוחות")
 שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____

- 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.
 - ההרשאה 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.
 - ההרשאה 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 _____
-------------	---------------------

אישור הבנק

לכבוד _____	איילון חברה לביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת-גן	5250606, מיקוד 10957
קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם 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 לביצוע, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.	
תאריך _____	בנק _____
סניף _____	חתימה וחותמת הסניף _____

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/ם 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 לביצוע, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

