

חותמת החברה נתקבל

פרטי המשוק

שם הסוכן: _____

מספר סוכן: _____

שם המפקח: _____

מחוז/סניף: _____

התוכנית לא מאושרת כקופת גמל

איילון יתרון פיננסי **סופס הצעה**

1. פרטי המועמד לבעלות על הפוליסה/המועמד לביטוח

| שם משפחה | שם פרטי | מס' ת.ז. | מין | תאריך לידה | מצב משפחתי | מס' ילדים | מקצוע/תעסוקה |
|------------|------------|--------------|---------------------|------------|------------|-----------|--------------|
| | | | | / / | נ / ג / א | | |
| רחוב | מספר | ת.ד. | ישוב | מיקוד | | | |
| טלפון בבית | טלפון נייד | טלפון בעבודה | כתובת דואר אלקטרוני | | | | |

2. פרטי התוכנית המבוקשת

תאריך תחילת הביטוח: 01 / /

איילון יתרון פיננסי דמי ניהול מהפקדה שוטפת 0% דמי ניהול מחיסכון מצטבר-2%.

כיסוי ביטוחי לשחרור מתשלום ההפקדות במקרה של אובדן כשר עבודה (יש למלא הצהרת בריאות)

3. מסלול ההשקעה

| שם המסלול | השקעה לפרמיה שוטפת % | השקעה לפרמיה חד פעמית % |
|---------------------------|----------------------|-------------------------|
| איילון יתרון פיננסי כללי | | |
| איילון יתרון פיננסי מביות | | |
| איילון יתרון פיננסי אג"ח | | |

4. אופן התשלום

הפקדה חודשית שוטפת בסך _____ ש"ח בהוראת קבע כ.אשראי הפקדה חד פעמית בסך _____ בהמחאה מס' _____

5. מנוי מוטבים

במקרה מוות

| שם פרטי ומשפחה | מס' ת.ז. | מין | תאריך לידה | יחסי קירבה | חלקו באחוזים |
|----------------|----------|-----|------------|------------|--------------|
| 1. | | | / / | | |
| 2. | | | / / | | |
| 3. | | | / / | | |

בחיים

| שם פרטי ומשפחה | מס' ת.ז. | מין | תאריך לידה | יחסי קירבה | חלקו באחוזים |
|----------------|----------|-----|------------|------------|--------------|
| 1. | | | / / | | |
| 2. | | | / / | | |
| 3. | | | / / | | |

6. הצהרה על פי צו איסור הלכנת הון

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי אני פועל בעבור עצמי ואני מתחייב להודיע לחברה אם אפעל עבור אחר. מצ"ב צילום ת.ז.

חתימת בעל הפוליסה/מועמד לביטוח

7. מינוי הסוכן כשלוח המבוטח

"על פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוח החברה. על פי דרישתך הינך יכול למנות את הסוכן לשלוחך. אם הינך מעוניין למנותו כשלוחך אנא חתום על הנוסח להלן": אני/נו חתום/ים מטה ממנהיגים בזאת ע"פי דרישתנו את הסוכן ששמו רשום לעיל להיות שלוחי/נו ובא כוחי/נו לענין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח ולענין כריתתו של החוזה עם "איילון חברה לביטוח בע"מ", להלן החברה, שיערך מכווחה של הצעה זו. סוכנינו הנ"ל מתמנה ליצגינו וגם לצורך מסירה בשמי/נו ובמקומינו של כל בקשה לשינוי. חידוש, ביטול או תוספת לפוליסה שתוצא בקשר עם הצעת ביטוח זו. החלפה של הסוכן באחר טעונה אישור החברה. אין במסירה לסוכנינו הנ"ל של הצעה זו, או של כל בקשה לשינוי, חידוש, ביטול או תוספת לפוליסה שתוצא בקשר כדי לחייב את החברה. מסמכים אלו יחייבו את החברה רק משאושרו בכתב על ידה.

חתימת בעל הפוליסה/המועמד לביטוח

8. שאלון החלפה/שינויים בפוליסה

| | |
|--|---|
| 1. האם בידך פוליסת ביטוח חיים בתוקף? <input type="radio"/> לא, <input type="radio"/> כן, עבור לשאלה 2 | |
| 2. כחלק מרכישת פוליסות ביטוח חדשה האם פוליסות ביטוח חיים שבתוקף יבוטלו באופן חלקי או מלא, ישונו באופן שיקטין את ערכי הפדיון הקיימים סכומי הביטוח שהיו קבועים בהן, הגמלה או חלקה או בכל הטבה אחרת הקבועה בהן, ישונו או יוגבלו באופן שיגרום להפחתה בסכום הביטוח או לקיצור תקופת הביטוח הקבועה בהן? | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 3. האם כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספח לפוליסה כזו, יחולו שינויים מהותיים בתנאי התוכנית, כגון בכיסויים ביטוחיים להם אתה זכאי, בפרמיה/עלות כיסוי ביטוחי ו/או בסכומי הביטוח. | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 4. תשובה חיובית לאחת או יותר מן השאלות 2 או 3 בסעיפים לעיל מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך טיפול בעריכת פוליסת ביטוח חדשה. | |
| הצהרת הסוכן | |
| הצהרת סוכן: למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח חיים שבתוקף. <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא | |
| חתימת בעל הפוליסה/המועמד לביטוח | |
| חתימת הסוכן | |

9. הצהרת בריאות וכתב ויתור סודיות/ ליכסי לשחרור מתשלום הפקדות שוטפות במקרה של אובדן כושר עבודה. (יש למלא רק אם נתבקש כיסי לשחרור מתשלום פרמיה)

| מה מקצועך? | מהו עיסוקך? | מהו תחביבך? |
|--|--------------------------------------|---|
| 1. גובה _____ ס"מ. משקל _____ ק"ג. | | |
| 2. האם אתה צורך/ת או צרכת בעבר סמים כלשהם? | | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 3. האם אתה מעשן? | במידה ולא, האם עישנת בעבר? מתי | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 4. האם אתה צורך משקאות חריפים? | | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 5. האם במקצועך/עיסוקך/תחביבך או באורח חייך סיכון מיוחד? | | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 6. האם יש לך נכות כלשהי? האם נקבעו לך אחוזי נכות? | | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 7. האם אושפזת בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה ב- 5 שנים האחרונות? | | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 8. האם אתה מקבלת/ווא קיבלת תרופות כלשהן באופן קבוע? | | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 9. האם הינך נמצא במעקב רפואי? | | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 10. האם סבלת בעבר או הינך סובלת/ת היום ממחלת לב, סרטן, סכרת, יתר לחץ דם, מחלות במערכת הכליות והשתן, במערכת העיכול, ריאות, שלד, פרקים, שרירים ואברי גב, איידס והפטיטיס? | | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| 11. אני בריאה ומסוגלת לעבוד בעבודתי במשרה מלאה ולא נעדרתי מעבודתי ב- 5 שנים האחרונות מעל לשבוע ימים, עקב מחלה או תאונה. | | <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא |
| במידה והתשובה על אחת או יותר מהשאלות חיובית: נא פרט תולדות המחלה: אשפוזים, תרופות, ועל כל מידע רלוונטי אחר. | | |
| חתימת המועמד לביטוח | | |

כתב ויתור סודיות

לכבוד: _____ חבר קופת חולים: _____

אני הח"מ נותן בזה רשות לקופת חולים/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לשלטונות צה"ל ולמשרד הביטחון, או לכל גוף אחר למסור ל"אגילון חברה לביטוח בע"מ" (להלן "חברת הביטוח"), כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י חברת הביטוח על מצב בריאותי ו/או את על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד רפואי אחר ו/או מוסד ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפם, משמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי חברת הביטוח ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר לכ"ל. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עוזבתי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי, וכן הנני מייפה את חברת הביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי.

חתימת המועמד לביטוח

10. המועמד לבעלות על הפוליסה/המועמד לביטוח

1. אני החתום מטה, מכקש בזאת להצטרף לתוכנית כמפורט בהצעה זו ומצהיר בזאת כי:
 א. כל התשובות כמפורט בהצעה הינן נכונות ומלאות.
 ב. התשובות המפורטות בטופס הצעה זה וכל מידע אחר שייסר בקשר עם הצעה זו וכן התנאים המקובלים לעניין זה, יישמשו תנאי יסוד לחוזה יהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 ג. הרשות בידיכם להחליט על קבלת הצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את החלטתכם. ידוע לי/לנו שחוזה הביטוח יכנס לתוקפו רק אם אושרה קבלת המועמד לביטוח ע"י החברה ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה, קבלת סכום כלשהו ע"י החברה בקשר להצעה זו, לא תחשב כאישור או הסכמה לכריתת חוזה ביטוח.
 2. אני החתום מטה, מסכים כי החברה תיתן לי מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת"), וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע לכך שקבלת ו/או מידע בקווי תקשורת, עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות.
 3. ידוע לי ואני מסכים כי הפרטים שמסרתי ו/או כל מידע שגיע לידיעת החברה, יאוסכו במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א 1984.
 4. אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין. אני מאשר ונותן בזאת את הסכמתי לבצע אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין של משרד הפנים לנתונים הבאים: תעודות זהות, שם משפחה ושם פרטי, מצב משפחתי, מען מלא, מין ותאריך לידה. אני מאשר לכם בזאת לשנות את פרטי המען בהתאם לאמור במרשם האוכלוסין.

חתימת בעל הפוליסה/המועמד לביטוח

תאריך

הצהרת סוכן
 הנני מאשר כי שאלתי את המועמד/ים לבעלות על הפוליסה ואת המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות בטופס ההצעה והתשובות הן כפי שנמסרו על יד/ים והבהרתי לו/להם את תוכנית הביטוח.

חתימת הסוכן

שם הסוכן

הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

תאריך:

אני מר/גב' ת.ז. כתובת בעל כרטיס אשראי
 שמספרו בתוקף עד
 ישראל יוזה דיירט

מאשר בזאת כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין הפוליסה האמורה. טופס ביצוע תשלום 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 ההתקשרות. ידוע לי, כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק 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.

חתימת בעל הכרטיס

הרשאה לחיוב חשבון

| | | |
|----------------------------------|-----------|---------------|
| קוד מסלוקה | סוג חשבון | מס' חשבון בנק |
| בנק | סניף | |
| | | |
| אסמכתא / מס' מזהה של הלקוח בחברה | | קוד מוסד |
| | | 6 3 9 |

לכבוד
 בנק
 סניף
 כתובת הסניף

1. אני/ו הח"מ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' זהות / ת.פ.
 כתובת רחוב מס' עיר מיקוד
 נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפכם בגין (מהות/סוג התשלום)
 בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או ברשימות ע"י איילון חברה לביטוח בע"מ כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".

2. ידוע לי/לנו כי:
- א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולאילון חברה לביטוח בע"מ שתכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין.
 - ב. אהיה/נהיה רשאים/ם לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שההודעה על כך תימסר על-ידי/ינו לבנק בכתב לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 - ג. אהיה/נהיה רשאים/ם לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכיח/נוכיח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
 4. ידוע לי/נו, כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
 5. ידוע לי/נו, כי סכומי החיוב בכתב ע"י הרשאה זו ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
 6. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
 7. הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
 - נא לאשר לאילון חברה לביטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי ההרשאה
סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י איילון חברה לביטוח בע"מ על פי תנאי הפוליסות, תוספותיהן ותנאי הצמדתן.

תאריך חתימת בעלי החשבון

אשור הבנק

| | | |
|----------------------------------|-----------|---------------|
| קוד מסלוקה | סוג חשבון | מס' חשבון בנק |
| בנק | סניף | |
| | | |
| אסמכתא / מס' מזהה של הלקוח בחברה | | קוד מוסד |
| | | 6 3 9 |

לכבוד
 איילון חברה לביטוח בע"מ
 ת.ד. 10957 רמת-גן
 מיקוד 52008

קבלנו הוראות מ- לכבד חיובים בסכומים ובמועדים באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהן, 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 לביצועו, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל החשבון או כל עוד לא הוצא בעל החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותכם כלפינו לפני כתב השיפוי שנמסר לנו על ידכם.

בכבוד רב

תאריך בנק סניף חתימת וחותמת הסניף