

למשלוח הטופס לאגף בריאות - בדוא"ל bht@ayalon-ins.co.il או בפקס: 03-7569566

הצעה לביטוח • בריאות • מחלות קשות • סיעוד • תאונות אישיות

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

טלפוני בהקלטה

שם סוכן	מס' סוכן	שם מפקח	מספר פוליסה (לשימוש פנימי)	תאריך התחלת הביטוח המבוקש * שנה / חודש / יום
---------	----------	---------	----------------------------	-------------------------------------------------

* תאריך התחלת הביטוח המבוקש - יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד. לתשומת ליבך, תאריך זה אינו מחייב את חברת איילון. הפוליסה תיכנס לתוקף החל מהיום הקבוע המפורט בדף פרטי הביטוח.

א. פרטי המועמדים לביטוח							
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	עיסוק/מקצוע		
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		מבטוח ראשי	
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		בן/בת זוג	
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		ילדים עד גיל 18	
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>			ילד 1
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>			ילד 2
				זכר <input type="radio"/> נקבה <input type="radio"/>		ילד 3	
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון		כתובת מגורים	
Email: _____@_____						כתובת דוא"ל מבטוח ראשי	
Email: _____@_____						כתובת דוא"ל בן/בת זוג	

- אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שאני ו/או מי מהמועמדים האחרים צריך/ים לקבל מאיילון חברה לביטוח בע"מ ישלחו לכתובת הדואר האלקטרוני שמסרתי לעיל במקום באמצעות הדואר.
- אני מסכים כי איילון תשלח אליי ו/או אל מי מהמועמדים האחרים, בין היתר כתחליף למשלוח בדואר, לכתובת הדואר האלקטרוני ו/או למספר הטלפון הנייד שמסרתי לעיל ו/או באמצעות אתר האינטרנט של איילון, הודעות, מכתבים ופניות בנוגע לניהול השוטף של המוצרים שלי בקבוצת איילון, וכן מסמכים הנדרשים על פי דין.

פרטים נוספים				
מבטוח	מס' טלפון נייד	שם קופת חולים	סוג שבן (ביטוח משלים)	האם יש ברשותך ביטוח סיעודי, פרטי / קבוצתי/ בקופ"ח ?
מבטוח ראשי				כן, פרט איזה: _____ לא <input type="radio"/> כן, פרט איזה: _____
בן/בת זוג				כן, פרט איזה: _____ לא <input type="radio"/> כן, פרט איזה: _____
ילד 1				כן, פרט איזה: _____ לא <input type="radio"/> כן, פרט איזה: _____
ילד 2				כן, פרט איזה: _____ לא <input type="radio"/> כן, פרט איזה: _____
ילד 3				כן, פרט איזה: _____ לא <input type="radio"/> כן, פרט איזה: _____

מוטבים – היורשים על פי דין, אלא אם מולאו שמות מוטבים בחלק זה או נמסרו בהודעה נפרדת לחברה. (לתכנית סיעוד ותאונות אישיות)				
מועמד ראשון	שם פרטי ומשפחה	מספר תעודת זהות	קרבה למבטוח	אחוז מסכום הביטוח
	1.			
	2.			
בן/בת זוג	1.			
	2.			
ילדים	1.			
	2.			

האם המועמד לביטוח הוא אזרח ישראל ?	האם בתקופה שקדמה ל-12 החודשים מתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים ?		
מבטוח ראשי	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	
בן/בת זוג	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מבוטח ראשי

ב. תוכניות ביטוח

נא לסמן X לרכישת תוכנית אחת או יותר מתוכניות הבסיס ומהנספחים הנוספים - לכל המועמדים לביטוח. (בהעדר סימון לא תירכש תוכנית)
 • ניתן לרכוש כל תוכנית בסיס בפני עצמה, ללא תלות ברכישה של שאר התוכניות.
 • רכישת נספחים נוספים, מותנית ברכישת תכנית בסיס, ובהתאמה לסוג התוכנית כדלהלן:

מבוטח	תכנית בסיס 1	תכנית בסיס 2	תכנית בסיס 3	תכנית בסיס 4	תכנית בסיס 5
	השתלות וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל	תרופות שלא בסל הבריאות	ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (אחידה)	ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן (אחידה)	בשביל החוסן (פיצוי מחלות קשות עד 600,000 ₪ פיצוי למבוגר / ילד ביטוח בשביל החוסן – ניתן לרכוש לילד מגיל שנתיים.
מבוטח ראשי	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> סכום מבוקש _____
בן/בת זוג	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> סכום מבוקש _____
ילד 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> סכום מבוקש _____
ילד 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> סכום מבוקש _____
ילד 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> סכום מבוקש _____
נספחים נוספים (ריידרים) - לבחירה	כתב שרות אבחון מהיר	ניתוחים בחו"ל	אמבולטורי	רפואה משלימה	לתשומת ליבך, ניתן לבטל את תכנית/יות הביטוח שנרכשו בכל עת. ביטול תכנית בסיס אחת אינה מבטלת באופן אוטומטי את יתר תכניות הבסיס, אלא אם צוין אחרת. ייתכן וביטול תכנית הבסיס יגרום לביטול אחד או יותר מהנספחים המשלימים המפורטים מטה
מבוטח ראשי	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
בן/בת זוג	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ילד 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ילד 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ילד 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

ג. סיעוד - תמיכה סיעודית פרימיום

נא לסמן X לרכישת המסלול המבוקש וסכום הפיצוי הנדרש - לכל המועמדים לביטוח. (בהעדר סימון לא תירכש תוכנית)

מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	סמן בהתאמה תקופת פיצוי (60 ימי המתנה)	סכום פיצוי מבוקש ניתן לרכוש עד מקסימום 20,000 ₪ פיצוי חודשי סיעודי.	תמיכה סיעודית פרימיום – משלים שב"ן
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 60 חודשים	פיצוי חודשי מבוקש: _____ ₪	<input type="radio"/> 60 חודשי המתנה – פיצוי לכל החיים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 100 חודשים	פיצוי חודשי מבוקש: _____ ₪	<input type="radio"/> 60 חודשי המתנה – פיצוי לכל החיים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 100 חודשים	פיצוי חודשי מבוקש: _____ ₪	<input type="radio"/> 60 חודשי המתנה – פיצוי לכל החיים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 60 חודשים	פיצוי חודשי מבוקש: _____ ₪	<input type="radio"/> 60 חודשי המתנה – פיצוי לכל החיים
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 60 חודשים	פיצוי חודשי מבוקש: _____ ₪	<input type="radio"/> 60 חודשי המתנה – פיצוי לכל החיים

תכנית הביטוח מבוקשת - הגנה מתאונה (סמן את המסלול המבוקש ואת מספר המנות)

מס' חבילה	1	2	3	4	כיסוי / סכום הביטוח (ש"ח)
	100,000	200,000	300,000	400,000	מוות מתאונה
	100,000	200,000	300,000	400,000	נכות מלאה או חלקית עקב תאונה
	15,000	30,000	45,000	60,000	שברים עקב תאונה
	50,000	100,000	150,000	200,000	כוויות כתוצאה מתאונה
	35,000	70,000	105,000	140,000	סיעוד מתאונה (תשלום חד-פעמי)
	200	400	600	800	אשפוז כתוצאה מתאונה פיצוי יומי

11. ביטול חריג רכב דו גלגלי ממונע / טרקטורון לפוליסת הבסיס בלבד - בחירת המבוטח

סמן בהתאמה	ציין מס' חבילה מבוקשת	ביטול חריג רכב דו גלגלי ממונע (מעל גיל 21)
<input type="radio"/> מבוטח ראשי		<input type="radio"/>
<input type="radio"/> בן/בת זוג		<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ילד 1 (3-21)		
<input type="radio"/> ילד 2 (3-21)		
<input type="radio"/> ילד 3 (3-21)		
<input type="radio"/> ילד 4 (3-21)		

ה. נספח פיצוי שבועי כתוצאה מתאונה מגיל 64 - 21

סמן בהתאמה	מספר ימי ההמתנה המבוקש			סכום הפיצוי החודשי - עד 4,000 ₪ פיצוי חודשי		
מבוטח ראשי	<input type="radio"/> 14	<input type="radio"/> 21	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 1,000	<input type="radio"/> 2,000	<input type="radio"/> 3,000
בן/בת זוג	<input type="radio"/> 14	<input type="radio"/> 21	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 1,000	<input type="radio"/> 2,000	<input type="radio"/> 3,000

* במקרה והגן עקרת בית - בחינת הזכאות בקרות מקרה הביטוח הינה אי יכולת לבצע עבודה כלשהי.

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מבוטח ראשי

1. הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים. יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני. על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימום מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

מבוטח ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא	כן / לא

1. פרטים כלליים

שמות המועמדים
 גובה (בס"מ)
 משקל (בק"ג)
 האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? עלייה ירידה של _____ ק"ג.
 הסיבה: דיאטה ניתוח להפחתת משקל סיבה אחרת נא לפרט _____

2. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון

1. האם אתה מעשן כיום?
 אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____
 פרט סוג _____ (סיגריות/סיגרטים/פייפ/נרגילה)

האם עישנת בעבר?
 אם כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____
 כמות סיגריות ליום _____

2. האם הינך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום?
 האם צורך / צרכת סמים כעת או בעבר?

3. האם אתה מעשן עשירי?
 האם ככל שידוע לך, קיימת מחלה ו/או הפרעה אצל קרובי משפחה מדרגה ראשונה, הקשורים ללב, סרטן, כליות, סוכרת, מערכת העצבים, מחלה תורשתית, אם כן נא פרט _____

3. האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחד או יותר מהמומים/מחלות/הפרעות?

1. במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורת, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז.

2. בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלומי, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.

3. בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברוניטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.

4. בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.

5. בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אינשה, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוז, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.

6. במערכת העיכול - לרבות החזר ושטי, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה.

7. בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.

8. בכבד, במרה, בבלבב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בבלבב - פנקריאטיטיס.

9. בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפולקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.

10. מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגרון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינומה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.

11. בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.

12. מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.

13. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרום סרטני.

14. במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה, פרטס.

15. במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.

16. אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.

17. במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, רחם שרירני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרוין (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך סמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.

18. מחלות ראומוטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרנית - ראומוטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיבורומיאלגיה.

4. שאלות נוספות

1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי. נא פרט _____

2. האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? נא פרט _____

3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נחתת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים?
 האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות.

4. האם המולץ על אשפוז סיעודי ו/או ניתן לך טיפול סיעודי בבית ו/או במוסד, מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד, משתמש בעזרי נייודת כדי ללכת, שימוש בקטטר לשתן/מעיים/קיבה או אחר, אי שליטה על סוגרים, נפילות חוזרות, מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב.

5. יש לענות על שאלה זו במקרה ומבקשים לרכוש ריידר לפיצוי שבועי: האם נעדרת מעבודתך עקב מחלה או תאונה למעלה מחודש במהלך 12 החודשים האחרונים? במקרה של עקרת בית: האם רותקת לביתך כתוצאה ממחלה או תאונה כאמור? אם כן, פרט/י / צרפי/ מסמך רפואי _____

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מבוטח ראשי

פירוט ממצאים חיוניים בשאלות הצהרת הבריאות (נא לציין את מס' הסעיף אליו הינן מתייחס)				
שם המבוטח	תשובה לסעיף	שנת הארוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבך כיום

ז. ויתור על סודיות רפואית
אני/ו מתחייב/ים בעת הגשת תביעה או לצורך כל ברור של החברה לחתום על טופס ויתור סודיות רפואית.

ח. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במקום הנדרש) - להקריא למבוטח:
<p>חובה להקריא הצעה זו למועמד בטלפון ולהדגיש כי היא חלה על כל המועמדים לביטוח</p> <p>אנו מבקשים לערוך למועמדים ביטוח בהתאם לתנאי תכנית הביטוח שנבחרה בהצהרה זו ואנו מצהירים ומתחייבים כלהלן:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור צרכי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי. 2. כל התשובות כמפורט בהצעה ניתנו ביחס לשאלות בעניינים מהותיים, הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. ידוע לי שככל שלא נעשה כך, יכול ותהא לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח ועל ביטול הפוליסה בהתאם להוראות החוק. 3. התשובות המפורטות בהצעה וכל מידע אחר שיימסר ו/או נמצא באיילון וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח המבוקש ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. 4. ידוע לי כי אישורה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבוטח בכפוף להוראות הדין. ידוע לי/לנו שחובה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שאיילון תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום שניתן לגבות ממנו דמי ביטוח. 5. אני מתחייב לדווח למבוטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע. 6. הצהרה זו, תחול גם על הילדים ששמותיהם נקובים בבקשה והגני חותם גם בשמם כאפטרופוס טבעי. 7. ידוע לי כי לגבי פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותי לבטל כל אחת מהתוכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתוכניות האחרות שרכשתי יחד עם אותה התכנית המבוטלת ומבלי שביטולה של התכנית יגרם לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן ברכישת מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה וכן במקרה של ביטול כל תכניות הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס. 8. ידוע לי כי הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת הינם לבחירת המועמד לביטוח, הרשאי לבחור בהם או לוותר עליהם מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה. 9. הריני לאשר כי הוצגו בפניי דמי הביטוח בגין תוכניות הביטוח, הגילוי הנאות וכן הוצע לי לקבל פירוט אודות מידע מהותי. <p>שימוש במידע ושמירתו, פניות שיווקיות:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. הריני להודיעך כי הנתונים אודותיך נשמרים במאגרי מידע ממוחשבים של חברות בקבוצת איילון, וכי חברות שונות מקבוצת איילון עשויות לעשות בהן שימוש לצורך מתן שירותים וקיום חבות ע"פ דין. 11. האם אתה מאשר כי חברות מקבוצת איילון יפנו אליך ו/או אל מי מהמועמדים האחרים, להצעת מוצרים ושירותים שונים, בין בדיוור ישיר ובין בדרך אחרת, כולל באמצעות הדואר ו/או הטלפון ו/או הפקסימיליה ו/או מערכת חיוג אוטומאטי ו/או הודעות אלקטרוניות ו/או הודעות מסר קצר? <input type="radio"/> אני מאשר. <input type="radio"/> אני לא מאשר.

<p>12. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.</p> <p>בהצעה לרכישת פוליסת משלים לשב"ן – יש להקריא למועמד את ההצהרה שלהלן (סעיפים 1-4):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבוטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. 2. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבוטח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה. 3. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה בלא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן). 4. בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבוטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי מ"השקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים. 	תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן
			

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מבוטח ראשי

ט. שאלון החלפת פוליסה			
בן / בת זוג	מבוטח ראשי		
<input type="radio"/> לא – עבור לחתימה <input type="radio"/> כן – ענה על שאלה 2	<input type="radio"/> לא – עבור לחתימה <input type="radio"/> כן – ענה על שאלה 2	1. האם כוונתך לבטל או להקטין את הכיסוי הביטוחי הרלוונטי בפוליסה הקיימת ?	
<input type="radio"/> לא – עבור לחתימה <input type="radio"/> כן – ענה על שאלה 3	<input type="radio"/> לא – עבור לחתימה <input type="radio"/> כן – ענה על שאלה 3	2. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח הרלוונטי לתכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו?	
3. האם ברצונך לשלוח את בקשת הביטול באמצעות סוכן הביטוח או חברת הביטוח ?			
מועמד ראשי: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן - פרט: <input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="radio"/> באמצעות איילון חברה לביטוח בע"מ - יש לצרף טופס ביטול פוליסה שם חברת הביטוח המבטחת: _____			
מועמד שני: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן - פרט: <input type="radio"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="radio"/> באמצעות איילון חברה לביטוח בע"מ - יש לצרף טופס ביטול פוליסה שם חברת הביטוח המבטחת: _____			
הצהרת הסוכן			
אני מאשר יישום כל הוראות הדין החלים עליי בעת שיוק מוצר ביטוח, לרבות ברור צרכי המועמד לביטוח, התאמת הביטוח לצרכי תוך התייחסות לתוכניות ביטוח קיימות ומסירת המידע למועמד לביטוח.			
למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסת ביטוח קיימת שבתוקף: <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן			
ככל שעסקה זו כרוכה בהחלפת פוליסת ביטוח קיימת, וככל שלאחר הליך החיתום הרפואי תקבענה החרגות לביטוח בפוליסה המוצעת, אני מודע לחובתי לכלול בהליך ההתאמה לכל הפחות מסמך השוואה בין החרגות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית.			
תאריך	חתימת הסוכן	חתימת הסוכנת	

י. הצהרת הסוכן		
1. דיברתי עם המועמד באופן אישי, ידעתי אותו שהשיחה מוקלטת, ולאחר שהסברתי לו את פרטי תכנית הביטוח והסייגים והקראתי לו את טופס גילוי נאות וכי תביעות הנובעות ממצב בריאות לקוי שהיה קיים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף לא מכוסות וכל זאת בכפוף לחריגים בפוליסה ולתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזה ביטוח) (הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004, הביע המועמד את רצונו לרכוש את הפוליסה.		
2. הטופס מולא על-ידי לפי מידע שנמסר לי על ידי המועמד לאחר ששאלתי את כל השאלות המופיעות לעיל, הקראתי לו את ההצהרות הנ"ל והוא אישר לי במפורש כי הוא הבין את משמעותן.		
3. במידה ורכש המועמד לביטוח פוליסה מסוג סיעוד משלים – הקראתי למועמד לביטוח את ההצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה בת 5 שנים והמועמד לביטוח אישר לי מפורשות כי הבין את המשמעות ההצהרה וכי הוא מסכים לאמור בה.		
4. במסגרת תהליך המכירה ביררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח והצעתי לו/להם ביטוח התואם את צרכיו/הם.		
5. מסרתי למועמדים מידע מהותי לגבי הביטוח, לרבות תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי, פרמיה ותקופה.		
6. פרטתי למועמדים את הפרמיה בגין כל מוצר, עדכנתי שהפרמיה משתנה ופרטתי את הפרמיה לקבוצת הגיל המבוגרת ביותר (ככל שרלוונטי).		
7. בפוליסות לביטוח סיעודי - הנני מצהיר כי הוצגו למועמד לביטוח פרמיות וערכי סילוק עבור ביטוח סיעוד.		
8. לבעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון: הנני מצהיר כי הוצע למועמדים לרכוש תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, דהיינו תוכנית שמתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים, אך המועמד/ים בחרו/ו לרכוש כיסוי מהשקל הראשון? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא		
תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

יא. תרשומת מכירה טלפונית			
שוחחתי טלפונית עם		שעת השיחה	
העתק מתנאי הפוליסה נשלח למבוטח ביום			
שם הסוכן	חתימת הסוכן / בעל הרישיון	ת"ז	חתימת הסוכנת
תאריך העברת ההקלטה ל"איילון חברה לביטוח"	מקום ההקלטה		
מספר הקלטה	זיהוי הקלטה		
הערות להקלטה	מס' הטלפון של המועמד לביטוח		
העתק מטופס הגילוי נאות נשלח למועמד/ת לביטוח ביום _____/_____/_____ (יש לצרף עותק להצעה)			
תאריך	שם הסוכן	מספר הסוכן	חתימת הסוכנת

יב. זיקה בין המשלם למבוטח (יש לצרף תצלום ת.ז של המשלם)	
רשום את מהות הקשר בין המשלם למבוטח: _____	
הצהרת המשלם: הנני מצהיר בזאת על נכונות אופן גביית התשלום התקופתי על ידי, ועל כך שהתשלום הנ"ל יבוצע עבור המבוטח וכי כל החזר של פרמיה ו/או כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה או בקשר אליה, יבוצע לפקודת המבוטח בהתאם למקרה בלבד.	

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מבוטח ראשי
-----------	---------	----------	------------

הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי *

אני מר/גב' _____ ת.ז. _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____		
שם מספרו	בתוקף עד	סוג כרטיס ויזה <input type="radio"/> דייןרס <input type="radio"/> ישראלכארט <input type="radio"/> אחר _____
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 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.		
תאריך	חתימת בעל הכרטיס 	

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון - ביטוח חיים

מס' חשבון			סוג חשבון			סניף			בנק		
6 3 9											
קוד מוסד (המוטב)						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.											

לכבוד
בנק
סניף (.....)
("הבנק")
 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

1. אני הח"מ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' זהות / ח.פ. ("הלקוחות")
2. 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).
ידוע לנו כי:
 - א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - ב. הרשאה 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.
 - ג. 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 ממתן הודעת הביטול.
 - ד. 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.
 - ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
 - ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
 - ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
 - ח. 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

מס' חשבון			סוג חשבון			סניף			בנק		
6 3 9											
קוד מוסד (המוטב)						אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)					

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת-גן
ת.ז. 10957, מיקוד 5250606

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

תאריך	בנק	סניף	חתימה וחותמת הסניף
-------	-----	------	--------------------