



המכירה בוצעה: Zoom+חתימה דיגיטלית שיחה טלפונית+חתימה דיגיטלית מכירה פרונטלית
הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

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

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

* מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד.
לתשומת לבך, התאריך המבוקש להתחלת הביטוח אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.

א. פרטי המועמדים לביטוח							
עיסוק / מקצוע	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות		
	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ					מועמד ראשי	
	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ					בן/בת זוג	
	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ					ילדים	
	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ						ילד 1
	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ						ילד 2
	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ						ילד 3
	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ					ילד 4	
מספר טלפון נייד		מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב	כתובת מגורים	
Email: @				כתובת דוא"ל מועמד ראשי			
Email: @				כתובת דוא"ל בן/בת זוג			
<input type="checkbox"/> איני מעוניין שתעדכנו את פרטי הכתובת, הנייד והדוא"ל שלי במאגר הכתובות שלכם על פי הרשום במסמך זה. (לידיעתך, אם לא תסמן בחירה זו, פרטייך בפוליסות חיים ובריאות יעודכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה.)							

קבלת מסמכי הביטוח באמצעים דיגיטליים			
מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדוחות התקופתיים יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות "איילון". אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל, נא מלא את כתובת הדוא"ל שלך בטבלת ה"פרטי המועמדים לביטוח" לעיל. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, נא סמן X במשבצת להלן:			
מועמד ראשי <input type="checkbox"/> אבקש לקבל מסמכים אלו באמצעות דואר ישראל, על פי הכתובת הרשומה לעיל. מועמד שני <input type="checkbox"/> אבקש לקבל מסמכים אלו באמצעות דואר ישראל, על פי הכתובת הרשומה לעיל.			
(חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך ב"איילון", יישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שיימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו ולעדכון פרטים ניתן להכנס לאזור האישי באתר החברה בכתובת www.ayalon-ins.co.il)			
תאריך	חתימת מועמד ראשי	תאריך	חתימת בן/בת זוג

האם בתקופה שקדמה ל-12 החודשים מתאריך הצעה זו, המועמד לביטוח התגורר בישראל לפחות 180 ימים?	האם המועמד לביטוח הוא אזרחי ישראל?	פרטים נוספים		
		מס' טלפון נייד	שם קופת חולים	סוג שכן (ביטוח משלים)
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			מועמד ראשי
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			בן/בת זוג
X	X			ילד 1
				ילד 2
				ילד 3
				ילד 4

מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח (לתוכנית תאונות אישיות)
 באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון / שינוי מוטבים במקרה מוות. בהיעדר מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.



מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשי

ב. תוכניות הביטוח

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.
- 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.
- רכישת נספחים נוספים, מותנית ברכישת תכנית בסיס, ובהתאמה לסוג התוכנית כדלהלן:

תוכנית בסיס 6	תוכנית בסיס 5	תוכנית בסיס 4	תוכנית בסיס 3	תוכנית בסיס 2	תוכנית בסיס 1	מועמד לביטוח
בשביל החוסן - סרטן עד 600,000 ₪ פיצוי למבוגר / ילד	בשביל החוסן (פיצוי מחלות קשות) עד 600,000 ₪ פיצוי למבוגר / ילד	ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - משלים שב"ן (אחידה)	ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (אחידה)	תרופות שלא בסל הבריאות ובדיקה גנומית	השתלות וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל	
סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ראשי
סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בן/בת זוג
סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 1
סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 2
סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 3
סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ילד 4

בתוכניות "בשביל החוסן" ו"בשביל החוסן - סרטן":
גיל כניסה מינימלי: 0 שנים. עבור תינוקות עד גיל שנה יש לצרף לטופס ההצעה את תעודת השחרור מבית החולים. גיל כניסה מקסימלי: 64.5. סכום ביטוח מינימלי: 50,000 ₪, סכום ביטוח מרבי: עד 600,000 ₪, ילד: עד 600,000 ₪.

נספחים נוספים (ריידרים) - לבחירה	כתב שירות אבחון מהיר	נספח ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	נספח אמבולטורי	כתב שירות רפואה משלימה	כתב שירות ייעוץ רפואי און ליין
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ביטול חריג רכב דו גלגלי ממונע / טרקטורון לפוליסת הבסיס בלבד	סמן את החבילה המבוקשת	מועמד ראשי	הגנה מתאונה (סמן את החבילה המבוקשת במקום המיועד)				כיסוי
			חבילה 4 400,000	חבילה 3 300,000	חבילה 2 200,000	חבילה 1 100,000	
<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	מועמד ראשי	400,000	300,000	200,000	100,000	מוות מתאונה
<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	בן/בת זוג	400,000	300,000	200,000	100,000	נכות מלאה או חלקית עקב תאונה
 	4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	ילד 1	60,000	45,000	30,000	15,000	שברים עקב תאונה
 	4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	ילדים בגילים 3-21	200,000	150,000	100,000	50,000	כוויות כתוצאה מתאונה
 	4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	ילד 3	140,000	105,000	70,000	35,000	סיעוד מתאונה (תשלום חד-פעמי)
 	4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	ילד 4	800	600	400	200	אשפוז כתוצאה מתאונה פיצוי יומי

ד. נספח פיצויי שבועי כתוצאה מתאונה מגיל 64 - 21							
סכום הפיצוי החודשי - עד 4,000 ₪ פיצוי חודשי				מספר ימי ההמתנה המבוקש			סמן בהתאמה
4,000 <input type="checkbox"/>	3,000 <input type="checkbox"/>	2,000 <input type="checkbox"/>	1,000 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	מועמד ראשי
4,000 <input type="checkbox"/>	3,000 <input type="checkbox"/>	2,000 <input type="checkbox"/>	1,000 <input type="checkbox"/>	30 <input type="checkbox"/>	21 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	בן/בת זוג

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

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשי
-----------	---------	----------	------------

ה. 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 דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.											
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)											
ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

פרטים כלליים

שמות המועמדים	
גובה (בס"מ)	(ילדים מגיל 10 בלבד)
משקל (בק"ג)	
האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> עלייה <input type="checkbox"/> ירידה של _____ ק"ג.	
הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> ניתוח להפחתת משקל <input type="checkbox"/> סיבה אחרת נא לפרט _____	

אורח חיים

1. האם הנך מעשן כיום? אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריות אלקטרוניות (מכשיר אידיו אלקטרוני) (לילד החל מגיל 16)	
האם עישנת בשנתיים האחרונות? כן פרט: כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ (24)	
2. האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום? (לילדים החל מגיל 16) (7)	
3. האם אתה צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (לילדים החל מגיל 16) (7)	

רקע רפואי

1. האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע או נמצא כעת במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית?	
2. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? נא פרט.	
3. האם ב-5 השנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקת הדמיה ו/או בדיקה פולשנית ונמצא בה ממצא שהצריך ברור/מעקב רפואי או הנך נמצא/ת כיום במהלך של בדיקות רפואיות אלו שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית בגינך? אם כן, אנא פרט וצרף את תוצאות הבדיקות.	
4. האם נקבעה לך נכות ו/או הנך נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות או הומלץ לך שימוש באביזר רפואי? (16) אנא פרט וצרף מסמכים.	
5. היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך (מדרגה ראשונה בלבד אם / אב / אח / אחות) אחת מהמחלות הבאות: מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן שד, מעי ושחלות, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון?	

פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים / מחלות / הפרעות / באחת או יותר המערכות הבאות?

1. מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: לרבות אפילפסיה (3), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה, אוטיזם, קשב וריכוז, הפרעות הרטבה (מעל גיל 5), סחרחורת והתעלפויות. ASPERGER, (האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?)	
2. נפש: מחלת נפש שאובחנה ע"פ פסיכולוג, פסיכיאטר (17) או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה.	
3. מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני.	
4. מערכת ריאות ודרכי נשימה (2): לרבות אסטמה, ו/או ברונכיטיס, COPD, (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקת ריאות חוזרות, שחפת.	
5. מערכת הראייה (8): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 7, הפרדות רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.	
6. מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (20), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפים, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.	
7. מערכת הלב / לחץ דם (11), כלי דם: לרבות יתר לחץ דם, כאבים בחזה, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד, הפרעות קצב, איוושה, פגיעה במסתמים, טרומבוזה, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים, ו/או עברת צנתור?	
8. בקע ומערכת העיכול (19): לרבות בקע/שביר/הרניה מכל סוג שהוא, ריפלוקס (החזר וושטי), קרוהן, קוליטיס, רקטוצולה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל או שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי המרה ו/או כיס מרה, דלקת בלבב.	
9. מערכת כליות ודרכי שתן (13): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פולציסטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית (23).	

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשי

1. הצהרת בריאות - המשך

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 דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.											
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)											
ראשי	בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

פרטים כלליים

שמות המועמדים

פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים / מחלות / הפרעות / באחת או יותר המערכות הבאות?

10.	מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות סוכרת (15), שומנים בדם, שיגדון (גאוס), גושה, בלוטת התריס/המגן, יותרת המגן/ התריס, יותרת המוח, FMF, פרולקטינומה/ פרולקטינימה), הפרעות גדילה, הזעת יתר.										
11.	מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות: לרבות אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון, איידס/ נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים.										
12.	מערכת השלד, השרירים, מפרקים (5) מחלות מפרקים (21) בעיות ברכיים: לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/ רצועות, כאבי גב (5), בעיה בחוליות, בכטרב, בריחת סידן, פרטס, מחלת מפרקים ניוונית, דלקת מפרקים שגרונת, לופוס, פיברומיאלגיה, תסמונת התיישות הכרונית, סקלרודרמה.										
13.	מערכת עור ומוין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, צלקות, נגע ו/או גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/ קונדילומה (18).										
14.	מערכת הרבייה לכל המועמדים לביטוח - לילדים החל מגיל 12: נשים: בעיות גניקולוגיות ו/או פריון, הפלות חוזרות, הגדלה או הקטנה של השדיים, ניתוחים קיסריים בעבר ו/או נמצאת כיום בהריון. גברים: הגדלה של בלוטת הערמונית ו/או בעיות בפריון (14).										
15.	תאונות אישיות (10): האם הנך מקבל ו/או קיבלת גמלת סיעוד מביטוח לאומי או מוסד אחר, ו/או הינך סובל מנפילות חוזרות, או מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לאכול, לשתות, להתרחץ, להתגלח, להתלבש, להתפשט, לקום, לשכב, לשלוט על סוגרים נידות או הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם בביצוע פעולות אלו. (למעט ילד - אם המוגבלות הינה טבעית לאור גילו). אנא פרט וצרף מסמכים.										
16.	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/ת בית: האם רותקת לביתך כתוצאה ממחלה או תאונה כאמור? אם כן, פרטי / צרפי / מסמך רפואי.										

פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא לציין את מס' הסעיף אליו הינך מתייחס)

שם המועמד	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבך כיום

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשי

1. הצהרת המועמדים לביטוח ומידע טרם חתימה

לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

4. בעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - אחידה (כיסוי ניתוחים בארץ מחליף שב"ן)

(א) לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"ן": "כללית מושלם/פליטנום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא"), וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.

(ב) הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

(ג) לידיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל נמוכים מדמי הביטוח בכיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, מהשקל הראשון, (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).

(ד) בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן הנך/ם זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו ייכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

1. אני/אנו החתומים/ים מטה מבקשים/ים בזה מאילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ איילון") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

(א) במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור צרכי והוצע לי ביטוח התואם את צרכי.

(ב) אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.

(ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

(ד) לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.

(ה) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום לגביית דמי ביטוח.

2. מידע למועמד לביטוח

(א) לידיעתך, תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).

(ב) ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של 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 עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכניות הבסיס.

(ג) לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.

(ד) ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/ אחרת בסיס.

(ה) 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.

(ו) אני מתחייב לדווח למבטח 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.

3. הליך הצטרפות

ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח, במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים

סעיפים חובה למענה

5. לבעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים וטיפול מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון:
האם הוצע לך/לכם לרכוש תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, דהיינו תוכנית שמתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים, אך בחרתם לרכוש כיסוי מהשקל הראשון? כן לא

6. בעת צירוף ילדים לביטוח: הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתיתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפטורפוס. הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם? כן לא

7. קבלת מידע מהותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי, ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי ו/או הגילוי הנאות; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן? כן לא

במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים כמפורט בסעיף 7 ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות לאילון ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב.

מועמד	תאריך	שם המועמד	מספר זהות	חתימה
ראשי				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
סוכן הביטוח				



מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשי

ז. ויתור על סודיות רפואית

- רשות לקבלת פרטים - אני הח"מ, נתן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, מכונה 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"אילון" 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, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.
- ייפוי כוח - אני מייפה את אילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיני חשבו בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המ"בקשת" ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטבתי 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	שם מבטח ראשי	חתימה על הצהרת בריאות וויתור סודיות	שם בן/בת זוג	חתימה על הצהרת בריאות וויתור סודיות

ח. אישור תנאי קבלה מראש

אני מסכים ומאשר מראש:

- רכישת התכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 50% בגין _____
- ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתכנית/ות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום.
- יודגש כי אין חובה לחתום על אישור תנאי קבלה מראש. ניתן לבחירתך, להגיש לחברה את טופס ההצעה ללא חתימה מטה על סעיף זה. במקרה זה, בתום הליך החיתום יישלח טופס אישור תנאים לחתימתך, כתנאי להפקת הפוליסה.

תאריך	שם מועמד ראשי	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה

ט. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיי, המצוי או יהיה מצוי בידי אילון חברה לביטוח בע"מ יישמש את אילון ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי אילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאילון להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של אילון.

תאריך	שם מועמד ראשי	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה

- הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת אילון, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.ayalon-ins.co.il או באמצעות פניה בכתב לכתובת: רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת גן, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 1-800-35-2001.
- מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת אילון קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.ayalon-ins.co.il.

י. השוואה / ביטול פוליסה קיימת - בביטוח בריאות

מועמד ראשי	בן/בת זוג	האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח יש פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף, במסגרת הצעה זו (להלן: "פוליסה קיימת")? הכיסויים בפוליסה הקיימת הם: _____ אם התשובה חיובית בעבור חלק מהמועמדים, נא ציין את שמם: _____
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	

אם התשובה חיובית - יש לסמן בסעיפים שלהלן מהי האפשרות המתאימה בהתייחס לפוליסה הקיימת שברשותך, ולענות לשאלות בהתאם.

<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין <input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר	<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין <input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר	אני מעוניין להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי. ברכישת כיסוי פיצוי (מחלות קשות, סיעוד, תאונות אישיות): לידיעתך, הכיסוי אליו אתה מבקש להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני מאשר את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.
<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין <input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר	<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין <input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> לא מאשר	אני מעוניין להשאיר את הפוליסה הקיימת ולהקטין את היקף הפיצוי* ברכישת כיסוי פיצוי (מחלות קשות, סיעוד, תאונות אישיות): לידיעתך, הכיסוי אליו אתה מבקש להצטרף הינו כיסוי נוסף, המבטח מקרה ביטוח דומה לכיסוי הקיים שבידך וייגבו דמי ביטוח נוספים עבור כיסוי זה. אני מאשר את רכישת הכיסוי וגביית הפרמיה הנוספת.
<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין	<input type="checkbox"/> מעוניין <input type="checkbox"/> לא מעוניין	אני מעוניין לבטל את הפוליסה הקיימת האם אתה רוצה שבקשת הביטול תשלח לחברת הביטוח המבטחת בפוליסה שברצונך לבטל על ידי: <input type="checkbox"/> על ידך <input type="checkbox"/> ע"י סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> ע"י חברת אילון (יש לצרף טופס בקשה לביטול). שם חברת הביטוח המבטחת: _____

אם ברשות המועמדים לביטוח פוליסה קיימת וייקבעו להם החרגות בפוליסה החדשה: על סוכן הביטוח למלא מסמך השוואה שיכלול לכל הפחות השוואה בין ההחרגות שנקבעו לכל מועמד לביטוח בכיסויים המבוקשים לאלו שבפוליסה הקיימת.
ברכישת כיסוי פיצוי בלבד (מחלות קשות, סיעוד, תאונות אישיות), נדרש לבצע השוואה רק אם ככוננת המועמדים לביטוח לבטל או להקטין את הכיסוי בפוליסה הקיימת.
* לצורך הקטנת היקף הכיסוי יש להעביר בקשה מתאימה לחברה המבטחת.



מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשי

יא. אישור מועמד לצירוף לביטוח – בחינת פוליסות קיימות עם פיצוי זהה/דומה

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

הצהרת סוכן/בעל רישיון:

אני מאשר בזאת, כי תהליך התאמת צרכים למועמדים 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	חתימת הסוכן	חתימת הסוכנות

יב. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח - מידע על פוליסות מאתר משרד האוצר

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניין שנעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, עליך לחתום מטה על הבקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר משרד האוצר את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וכי בקשה להסרת המידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות.

אני מבקש להסיר את כל נתוני פוליסות הביטוח הקיימות על-שמי בחברת איילון, מאתר האינטרנט של משרד האוצר. ידוע לי כי אי העברת הנתונים תמנע ממני לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח של משרד האוצר, את מוצרי הביטוח שלי בחברת איילון ובכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני

יג. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר שבמסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט בררתי את צורכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/הם ומסירתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש. 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

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	מועמד ראשי

הוראה לתשלום (במידה והמשלם אינו מבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה")

✪ הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי *

אני/מר/גב' _____ מספר זהות _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____

שם סוג כרטיס	בתוקף עד	
<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> 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 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 _____

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון - ביטוח חיים / בריאות

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
639			
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 - _____ ש.

מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____.

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות

- אני הח"מ _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות / נ.פ. ("הלקוחות")
- 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 לעיל (ככל שסומנו).
- ידוע לנו כי:
 - עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - 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.
 - 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 יעשה בערך יום ממתן 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.
 - הרשאה 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 להוציא מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

תאריך _____	חתימת הלקוחות _____
-------------	---------------------

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
639			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ	

אישור הבנק

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נכס 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 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 וחומת הסניף _____
-------------	-----------	------------	-------------------------

