

תאריך משלוח \_\_\_\_\_

לכבוד

סוכן/סוכנות: \_\_\_\_\_

משלוח בדוא"ל

## תצהיר סוכן למוניעת כפל ביטוח אובדן כושר עבודה באיילון

שם המבוטח	ת.ז.
-----------	------

שלום רב,

הננו לאשר קבלת טופס הצטרפות לביטוח ע"ש המבוטח, הכולל הוספת תכנית חושן לביטוח אובדן כושר עבודה. מבדיקתנו עולה, שלמבוטח זה קיים כיסוי נוסף לפיצוי חודשי במקרה של אובדן כושר עבודה, בפוליסת פרט ו/או תגמולים לעצמאי ו/או באובדן כושר עבודה S.A. לעצמאי,

בפוליסה קיימת באיילון מספר: \_\_\_\_\_, גובה הפיצוי הקיים: \_\_\_\_\_.

בפוליסה קיימת באיילון מספר: \_\_\_\_\_, גובה הפיצוי הקיים: \_\_\_\_\_.

מאחר ולא ניתן לבטח פיצוי העולה על 75% ממלא הכנסתו מעבודה של המבוטח, נודה לבדיקתך והתייחסותך בתצהיר מטה, האם קיים כפל ביטוחי לאובדן כושר עבודה, ומניעתו.

נבקש להחזיר את התצהיר מלא וחתום למשרדנו, כתנאי להמשך הפקת הפוליסה.

בכבוד רב,

אגף חסכון לטווח ארוך  
 איילון חברה לביטוח

### הצהרת סוכן

הנני מאשר בזאת כי אין כפל ביטוחי לפיצוי החודשי במקרה של אובדן כושר עבודה, והכיסוי הקיים נבדק והוא מבטח הכנסה נוספת הקיימת למבוטח, בנוסף להכנסה המבוטחת בטופס ההצטרפות.

לאחר בדיקתי, נמצא כי קיים כפל ביטוחי לפיצוי החודשי במקרה של אובדן כושר עבודה.

רצ"ב הנחיות להקטנת הפיצוי הקיים בפוליסה: \_\_\_\_\_.

להקטנת פיצוי חודשי בפוליסה קיימת – יש להעביר טופס שינויים חתום ע"י המבוטח.

להקטנת פיצוי חודשי בטופס ההצעה – יש להעביר טופס הצעה, מסמך הנמקה וגילוי נאות לחושן - מעודכנים.

תאריך	שם סוכן	שם סוכנות	חתימת הסוכן
-------	---------	-----------	-------------