



הצעה לביטוח פוליסל בשבילך - לפרט

לשם הנוחיות, הטופס מנוסח בלשון זכר - הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

חותמת החברה נתקבל

פרטי המשועך	שם הסוכן	מספר סוכן	שם המפקח	מחוז/סניף
-------------	----------	-----------	----------	-----------

פרטי המועמד/ים לביטוח

מועמד ראשון לביטוח (בעל הפוליסה)				
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	ארץ לידה	
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	מס' ילדים	ארץ לידה
טלפון נייד	טלפון נוסף	כתובת דואר אלקטרוני		
כתובת מגורים	רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב
				מיקוד

מועמד שני לביטוח

מועמד שני לביטוח				
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	ארץ לידה	
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	מס' ילדים	ארץ לידה
טלפון נייד	טלפון נוסף	כתובת דואר אלקטרוני		
כתובת מגורים	רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב
				מיקוד

נתונים אישיים

מקצוע	מבטח ראשי	מבטח שני
עיסוק ותפקיד (הגדרה מדוייקת)		
האם קיים סיכון במקצוע/אורח חייך	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>
האם יש לך תחביבים מסוכנים? גלישה, צלילה, דאיה, צניחה, מירוצים, טייס)	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>	לא <input type="checkbox"/> כן, פרט <input type="checkbox"/>

מיסוי מדינות זרות - לבעל הפוליסה

שם פרטי באנגלית: (שדה חובה)	ארץ לידה **: (שדה חובה)
*שם משפחה באנגלית: (שדה חובה)	כתובת במדינה זרה באנגלית: (ככל שקיימת)

הצהרת FATCA - דרישת דיווח לשלטונות המס בארה"ב למילוי על ידי בעל הפוליסה

האם אתה אזרח אמריקאי:	כן - העבר טופס W-9 <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
האם אתה תושב לצרכי מס בארה"ב:	כן - העבר טופס W-9 <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
במידה וענית "כן" לאחד מהסעיפים חובה למלא ולצרף טופס W-9. <input checked="" type="checkbox"/> במידה וארץ הלידה שלך ארה"ב ואתה לא אזרח ולא תושב ארה"ב, חובה למלא ולצרף טופס W-8 BEN. <input checked="" type="checkbox"/> ולהמציא אישור ויתור על אזרחות מטעם שגרירות ארה"ב.	
הטפסים זמינים להורדה באתר החברה בכתובת: www.ayalon-ins.co.il	

הצהרת CRS ליחיד - חובה לדווח את כל המדינות בהן אתה תושב לצרכי מס, לשם דיווח לשלטונות המס במדינות המוצהרות

הנני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון למועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח על כל שינוי.	הנני מאשר בזאת שאני תושב לצרכי מס במדינות הבאות בלבד:	
	<input type="checkbox"/> בישראל בלבד. <input type="checkbox"/> בישראל ובמדינה/ות זרות כמפורט להלן בטבלה. <input type="checkbox"/> במדינה/ות זרות בלבד כמפורט להלן בטבלה. חובה לפרט את כל המדינות הזרות בהן אתה תושב לצרכי מס בצירוף מספר זהה לצרכי מס (TIN):	
	שם המדינה	מספר זהה לצרכי מס (Tin)
	1.	
2.		
3.		

הצהרת הסוכן

הנני מאשר כי שאלתי את בעל הפוליסה את כל השאלות המופיעות בטופס מיסוי מדינות זרות, והתשובות הן כפי שנמסרו על ידו.		
תאריך	שם הסוכן	חותמת הסוכן



ביטוח יסודי - פוליסל בשבילך - פרט

תאריך תחילת הביטוח _____ / _____ / _____

פרמיה חודשית צמודה למדד בסך _____ ש"ח

דמי ניהול: <input type="checkbox"/> 4% יורד ל-3% לאחר 17 שנות ביטוח (כפוף לאישור החברה) <input type="checkbox"/>	מחפיקה שוטפת <input type="checkbox"/> 0.9% (כפוף לאישור החברה) <input type="checkbox"/>	מצבירה <input type="checkbox"/> %
--	---	-----------------------------------

אופן תשלום: חודשי רבע שנתי חצי שנתי שנתי אמצעי תשלום: הוראת קבע (רצ"ב) כרטיס אשראי (רצ"ב הוראת חיוב)

סכומי ביטוח		פרטי תוכנית הביטוח	
מועמד ראשון	מועמד שני	לגיל	פירוט הכיסוי הביטוחי
			<input type="checkbox"/> דרוור 1 * ככל שלא ימולא גיל ביטוחי לדרור 1, גיל ברירת המחדל יהיה גיל 67 לגברים ונשים.
		65	<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות מתאונה סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪, מוגבל ב- 100% מסכום ביטוח החיים היסודי
		65	<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה נכות תמידית מתאונה סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪, מוגבל ב- 100% מסכום ביטוח החיים היסודי
<input type="checkbox"/> כיסוי יסודי	<input type="checkbox"/> כיסוי יסודי		<input type="checkbox"/> עוגן למשפחה - פרט
<input type="checkbox"/> כיסוי נוסף	<input type="checkbox"/> כיסוי נוסף		תכנית המבטיחה תשלום חודשי למוטב, במקרה של פטירת המבוטח, בפרמיה משתנה כל שנה.
נדרש למלא טופס "עוגן למשפחה - נספח פרטי כיסוי לטופס הצטרפות" בו יפורטו: סכום התשלום החודשי, תקופת הביטוח ופרטי המוטב.		תקופת ביטוח מינימאלית: 10 שנים, אך לא יאוחר ממועד תום תקופת הביטוח כאמור בתנאי הפוליסה היסודית אליה צורף הכיסוי, או עד גיל 85 של המועמד לביטוח, המוקדם מביניהם.	

בחירת מסלולי השקעה - פוליסל בשבילך - פרט		
מסלול השקעה להפקדה שוטפת ב-%	מסלול השקעה להפקדה חד פעמית ב-%	מסלול השקעה
		(116) איילון מסלול כללי (ברירת מחדל)*
		(114) איילון מסלול אג"ח
		(115) איילון מסלול מניות
		(164) איילון מסלול שקלי
		(2251) איילון מסלול הלכה**
		(12900) איילון מסלול מניות חו"ל מדדי נאסד"ק; s&p 500

*מסלול השקעה כללי - מהווה מסלול ברירת מחדל, למי שלא בחר במסלול השקעות אחר.
**התקשרות למסלול הלכה כפופה להיתר עסקה הנערך או שיערך ע"י ועד ההלכה עבור איילון חברה לביטוח בע"מ.
בעלותי וחכיותי בנכסי הקרן היא על פי המסוכים בין ועד ההלכה לאיילון חברה לביטוח בע"מ. ידוע לי כי כספי הקרן מושקעים לפי המסוכים בין בד"ץ העדה החרדית, וועד ההלכה לחברת איילון.

למועמד ראשון - מוטבים למקרה פטירה			
מוטב 3	מוטב 2	מוטב 1	
			שם פרטי
			שם משפחה
			מספר זהות
			לתושב זר:
			מס' דרכון + מדינת הנפקה
			תאריך לידה
			מין
			כתובת מגורים
			קרבה
			חלק באחוזים

למועמד שני - מוטבים למקרה פטירה			
מוטב 3	מוטב 2	מוטב 1	
			שם פרטי
			שם משפחה
			מספר זהות
			לתושב זר:
			מס' דרכון + מדינת הנפקה
			תאריך לידה
			מין
			כתובת מגורים
			קרבה
			חלק באחוזים



הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ים מטה, המועמדים/ים לבעלות על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקשים בזאת להצטרף לתוכנית כמפורט בהצעה זו.
אני/אנו מצהירים/ים מסכימים ומתחייבים/ים 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 בידיכם 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 מבוטחיה אזור אישי באתר האינטרנט 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/ים כי הפרטים שמסרנו ו/או כל מידע שגייע לידיעת החברה יאוכסנו במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981.
- אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין: אני/אנו מאשרים/ים 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/ים 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	חתימת מועמד שני
-------	-------------------	-----------------

ויתור על סודיות רפואית

- רשות לקבלת פרטים** - אני הח"ם, נותן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, מכונייה ובמעבדותיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, משרד הביטחון, החברות לביטוח, המכונייה 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 שחלתי בה בעבר ו/או שהני 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 מחלותיי כאמור, ולא תהייה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.
- ייפוי כוח** - אני מייפה את איילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהייה 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	שם מועמד ראשון	ת.ז.	חתימת מועמד ראשון
תאריך	שם מועמד שני	ת.ז.	חתימת מועמד שני

הצהרת סוכן הביטוח כעד לחתימה

אני הח"ם מאשר בזאת, כי המועמדים לביטוח / מבוטחים זהו על ידי בתעודה מזהה וחתמו על ויתור סודיות זה

תאריך	שם הסוכן	מספר רשיון (חובה)	חתימת הסוכן
-------	----------	-------------------	-------------

אישור תנאים חריגים

אני מאשר את רכישת הביטוחים המבוקשים עם תוספת רפואית בתנאי שאחוז התוספת לא יעלה על 50%

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

הר הביטוח - בקשה להסרת מידע פוליסות מאתר משרד האוצר

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.
במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך לסמן להלן ולחתום

מועמד ראשון	מועמד שני		
<input type="checkbox"/> הנני 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 במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל.	<input type="checkbox"/> הנני 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 במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל.		
תאריך	חתימת מועמד ראשון	תאריך	חתימת מועמד שני



הצהרה על פי צו איסור הלבנת הון

החל מ- 15/3/2018 יש לצרף את השאלונים הבאים לכל אחד מהישויות בפוליסה: בעל הפוליסה, (המבוטח אם שונה מבעל הפוליסה): הכר את הלקוח (ברמת ת.ז.), הכר את הלקוח-ברמת פוליסה, הכר את הלקוח-מוגבר (עפ"י דרישה).

הסכמה לקבלת הדוחות התקופתיים באמצעים דיגיטליים

מועמד ראשון		מועמד שני	
<input type="checkbox"/>	הנני מסכים כי הדוחות התקופתיים ישלחו אלי באמצעים דיגיטליים (מסרון לנייד / דוא"ל). ידוע לי כי בכל עת אוכל לשנות את החלטתי ולהודיע לחברה על בקשתי לקבל בדואר. מספר נייד: _____, דוא"ל: _____	<input type="checkbox"/>	הנני מסכים כי הדוחות התקופתיים ישלחו אלי באמצעים דיגיטליים (מסרון לנייד / דוא"ל). ידוע לי כי בכל עת אוכל לשנות את החלטתי ולהודיע לחברה על בקשתי לקבל בדואר. מספר נייד: _____, דוא"ל: _____
<input type="checkbox"/>	אבקש לקבל את הדוחות התקופתיים באמצעות הדואר, על פי הכתובת המפורטת לעיל.	<input type="checkbox"/>	אבקש לקבל את הדוחות התקופתיים באמצעות הדואר, על פי הכתובת המפורטת לעיל.
תאריך	חתימת מועמד ראשון	תאריך	חתימת מועמד שני

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

תצהיר מועמד ראשי לביטוח		תצהיר מועמד שני לביטוח	
<input type="checkbox"/>	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, סצאתי אותן מתאימות לצרכיי.	<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, סצאתי 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.	<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	תאריך	חתימת מועמד שני
הצהרת סוכן/בעל רישיון:			
<input type="checkbox"/>	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	חתימת הסוכן	חתימת הסוכנות	

הצהרת הסוכן

אני החתום מטה סוכן הביטוח, מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו והתשובות הן כפי שמסרו לי אישית על ידם.		
תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן



תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

אני מר/גב' _____ ת.ד. _____	כתובת _____	בעל כרטיס אשראי _____
שם ספרו _____	בתוקף עד _____	סוג כרטיס _____
<input type="checkbox"/> ב-3 לכל חודש <input type="checkbox"/> ב-11 לכל חודש <input type="checkbox"/> ב-28 לכל חודש		
<p>מאשר בזאת כי שובר זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חייבים 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 שיופסק 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.</p>		
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			
<p>אם יישלחו על ידי המוטב חייבים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</p>			

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

1. אני הח"מ _____ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות / ח.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 שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
2. 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 מתן 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, וידוע 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.ד. 10957, סיקוד 5250606

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חייבים 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 יגוע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

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

