



הצעה לביטוח פוליסל בשבילך - לפרט

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

חותמת החברה נתקבל

פרטי המשווק		
שם הסוכן	מס' סוכן	ת.ד./ח.פ.
שם המפקח	מחוז/סניף	

פרטי המועמד/ים לביטוח									
מועמד ראשון לביטוח (בעל הפוליסה)									
שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ד.					
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									
שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ד.					
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		מבוטח ראשי		מבוטח שני	
מקצוע					
עיסוק ותפקיד (הגדרה מדויקת)					
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:	ארץ לידה **:
(שדה חובה)	(שדה חובה)
*שם משפחה באנגלית:	כתובת במדינה זרה באנגלית:
(שדה חובה)	(ככל שקיימת)
הצהרת FATCA - דרישת דיווח לשלטונות המס בארה"ב למילוי על ידי בעל הפוליסה	
האם אתה אזרח אמריקאי:	הנני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון למועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח על כל שינוי.
<input type="checkbox"/> כן - העבר טופס W-9	
האם אתה תושב לצרכי מס בארה"ב:	
<input type="checkbox"/> כן - העבר טופס W-9	
<input checked="" 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 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 מצהיר בזאת שאני תושב לצרכי מס במדינות הבאות בלבד:	הנני מאשר בזאת, כי התצהיר נכון למועד הדיווח ומחובתי להודיע לאיילון חברה לביטוח על כל שינוי.
<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 מזהה לצרכי מס (TIN):	
שם המדינה	מספר מזהה 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



ביטוח יסודי - פוליסל בשבילך - פרט

<input type="checkbox"/> תאריך תחילת הביטוח <input type="checkbox"/> תאריך התחלת הביטוח הינו כמפורט לעיל או תאריך החתימה על הטופס, המאוחר מביניהם	שנה	חודש	יום
	פרמיה חודשית צמודה למדד בסך _____ ש"ח		
<input type="checkbox"/> דמי ניהול: <input type="checkbox"/> מהפקדה שוטפת <input type="checkbox"/> אופן תשלום: <input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> רבע שנתי <input type="checkbox"/> חצי שנתי <input type="checkbox"/> שנתי	<input type="checkbox"/> 4% יורד ל-3% לאחר 17 שנות ביטוח <input type="checkbox"/> (כפוף לאישור החברה)	<input type="checkbox"/> 0.9% <input type="checkbox"/> (כפוף לאישור החברה)	<input type="checkbox"/> אמצעי תשלום <input type="checkbox"/> הוראת קבע (רצ"ב, טופס מאושר ע"י הבנק) <input type="checkbox"/> כרטיס אשראי (רצ"ב הוראת חיוב) <input type="checkbox"/> באמצעות משלם זר (רצ"ב טופס משלם זר)

פרטי תוכנית הביטוח		סכומי ביטוח	
פירוט הכיסוי הביטוחי	לגיל	מועמד ראשון	מועמד שני
<input type="checkbox"/> דור 1 ככל שלא ימולא גיל ביטוחי לדור 1, גיל ברירת המחדל יהיה גיל 67 לגברים ונשים.			
<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות מתאונה סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪, מוגבל ב- 100% מסכום הביטוח לדור 1	65		
<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה נכות מתאונה סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪, מוגבל ב- 100% מסכום הביטוח לדור 1	65		
<input type="checkbox"/> עוגן למשפחה - פרט תכנית המבטיחה <u>תשלום חודשי</u> למוטב, במקרה של פטירת המבוטח, בפרמיה משתנה כל שנה.	<input type="checkbox"/> כיסוי יסודי <input type="checkbox"/> כיסוי נוסף	<input type="checkbox"/> כיסוי יסודי <input type="checkbox"/> כיסוי נוסף	<input type="checkbox"/> כיסוי יסודי <input type="checkbox"/> כיסוי נוסף
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.			
נדרש למלא טופס "עוגן למשפחה - נספח פרטי כיסוי לטופס הצטרפות" בו יפורטו: סכום התשלום החודשי, תקופת הביטוח ופרטי המוטב.			

בחירת מסלולי השקעה - פוליסל בשבילך - פרט		
מסלול השקעה	מסלול השקעה להפקדה שוטפת ב-%	מסלול השקעה להפקדה חד פעמית ב-%
(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 וחזקותי 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.

מינוי מוטבים			
מועמד ראשון - מינוי מוטבים למקרה פטירה			
סכום הביטוח ישולם למוטבים כדלקמן:			
סמן אחת מהאפשרויות הבאות בלבד: <input type="checkbox"/> ליורשים חוקיים <input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> למוטבים המפורטים מטה			
מוטב 1	מוטב 2	מוטב 3	
			שם פרטי
			שם משפחה
			מספר זהות
			לתושב זר:
			מס' דרכון + מדינת הנפקה
			תאריך לידה
			מין
			כתובת מגורים
			קרבה
			חלק באחוזים

מועמד שני - מינוי מוטבים למקרה פטירה			
סכום הביטוח ישולם למוטבים כדלקמן:			
סמן אחת מהאפשרויות הבאות בלבד: <input type="checkbox"/> ליורשים חוקיים <input type="checkbox"/> לפי צוואה <input type="checkbox"/> למוטבים המפורטים מטה			
מוטב 1	מוטב 2	מוטב 3	
			שם פרטי
			שם משפחה
			מספר זהות
			לתושב זר:
			מס' דרכון + מדינת הנפקה
			תאריך לידה
			מין
			כתובת מגורים
			קרבה
			חלק באחוזים



הצהרת הבריאות שלהלן, תמלא עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח. השאלון מנוסח בגוף זכר יחיד לשם נוחות אך מיועד לשני המינים.
יש לענות על כל השאלות הבאות ולסמן את התשובה המתאימה בטור המתאים - "כן" או "לא".
בכל מקרה של תשובה חיובית ("כן") - יש להשלים את הממצאים החיוביים בטבלת פירוט הממצאים בטופס למטה, וכן להשלים את המידע הרפואי הנדרש בשאלון מחלות מפורט אשר מספר רשום לצד השאלה ולצרף מידע רפואי רלוונטי לרבות תוצאות בדיקות.
על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה, לצרף מכתב מרופא מטפל המפרט: מצב רפואי כללי, פירוט ניתוחים, תרופות קבועות, אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.

פרטי מועמד ראשון				פרטי מועמד שני			
שם משפחה		שם פרטי		שם משפחה		שם פרטי	
מס' ת.ז.		מס' ת.ז.		מס' ת.ז.		מס' ת.ז.	
תאריך לידה	משקל (ק"ג)	גובה (ס"מ)	קופ"ח	תאריך לידה	משקל (ק"ג)	גובה (ס"מ)	קופ"ח
1. האם אתה מעשן כיום? אם כן פרט: כמה שנים _____ פרט סוג _____ (סיגריות/סיגרטים/מקטרת/נגילה)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם עישנת בעבר? אם כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם אתה מעשן כיום? אם כן פרט: כמה שנים _____ פרט סוג _____ (סיגריות/סיגרטים/מקטרת/נגילה)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם עישנת בעבר? אם כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
2. סמית: האם צרכת סמים בהווה/בעבר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	סמית: האם צרכת סמים בהווה/בעבר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	סמית: האם צרכת סמים בהווה/בעבר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	סמית: האם צרכת סמים בהווה/בעבר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
3. אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ליין או משקה אלכוהולי אחר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ליין או משקה אלכוהולי אחר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ליין או משקה אלכוהולי אחר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ליין או משקה אלכוהולי אחר? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
4. האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות כגון: <input type="checkbox"/> צינטור, <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי גידול, <input type="checkbox"/> ביופסיה, <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> מיפוי לב, <input type="checkbox"/> אקו-לב, או <input type="checkbox"/> בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה וסיבה לביצוע	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות כגון: <input type="checkbox"/> צינטור, <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי גידול, <input type="checkbox"/> ביופסיה, <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> מיפוי לב, <input type="checkbox"/> אקו-לב, או <input type="checkbox"/> בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה וסיבה לביצוע	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות כגון: <input type="checkbox"/> צינטור, <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי גידול, <input type="checkbox"/> ביופסיה, <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> מיפוי לב, <input type="checkbox"/> אקו-לב, או <input type="checkbox"/> בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה וסיבה לביצוע	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות כגון: <input type="checkbox"/> צינטור, <input type="checkbox"/> בדיקה לגילוי גידול, <input type="checkbox"/> ביופסיה, <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> מיפוי לב, <input type="checkbox"/> אקו-לב, או <input type="checkbox"/> בדיקה רפואית אבחנתית ו/או פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה וסיבה לביצוע	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

שאלות כלליות			
מועמד ראשון	מועמד שני	כן	לא
כן	לא	כן	לא
5. האם, למיטב ידיעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחים) היו או יש מחלות כגון: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנוטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר? אב, אם, אחים/יש לפרט קרבה וממצאים.			
6. האם חל שינוי במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים?			
7. האם אושפזת או הופנת לבית חולים לצורך אישפוז (לרבות חדר מיון) ב-5 השנים האחרונות או ידוע לך על הצורך באישפוז לרבות בדיקה פולשנית במהלך השנה הקרובה? (שאלון מס' 9).			
8. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו (למעט רופא משפחה)? פרט סיבה, תוצאות וטיפול.			
9. האם ב-10 שנים האחרונות עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח?			
10. אחוזי נכות ומום מולד: האם יש או הייתה לך נכות בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית כל שהיא? אם כן-פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות. (שאלון מס' 16)			
11. האם הונח נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות כגון: מ: ביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא ב-אי כושר עבודה כעת?			
12. האם ב-5 שנים אחרונות הצעתך לביטוח דחתה על ידי חברת הביטוח או קרן פנסיה? התקבלה בתוספת פרמיה או החרגה? נא לפרט תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות במידה וכן פרוט ומסמכים רפואיים?			
13. האם נעדרת מהעבודה או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות מתי ומאיזו סיבה?			

האם אובחנת כלוקה במחלות/הפרעות ו/או בבעיות רפואיות הרשומות מטה:			
15. האם היית או הנך חולה במחלת/בעית כבד, הפרעות בתפקודי כבד ו/או נשא הפטיט B ו/או הפטיט C או צהבת מסוג אחר? (שאלון מס' 19).			
16. מערכת העצבים והמוח כמו טרשת נפוצה, ניוון שרירים אפילפסיה ופרקינסון, אירוע מוחי (שאלון מס' 3).			
17. מחלות/בעיות בדם כגון קרישה, אנמיה, המופיליה.			
18. <input type="checkbox"/> מחלות לב, הפרעות בלב (שאלון מספר 11) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם ושומונים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות (שאלון מספר 12) <input type="checkbox"/> בעיות כלי דם (שאלון מספר 22).			
19. מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות: מתח, חרדה, דכאון) (שאלון מס' 17).			
20. מחלות דרכי הנשימה והריאות (שאלון מס' 2).			
21. הפרעות בדרכי העיכול, כיש מרה, הטחול והבלב (שאלון מס' 6).			
22. מחלות כליות ודרכי השתן, דלקות ואבנים בדרכי השתן ו/או בכליות, דם, או חלבון בדרכי השתן (שאלון מס' 13).			
23. מחלות הערמונית (פרוסטטה). (שאלון מס' 23).			
24. מחלות חילוף חומרים, מחלות אדוקריניות, סכרת (שאלון מס' 15) מחלות בלוטת המגן (שאלון מס' 4).			
25. מחלות ובעיות עור (שאלון מס' 18), גידול, מלנומה, מחלות מין, אלרגיות.			
26. מחלות פרקים (שאלון מס' 21) ורקמות חיבור, דלקת פרקים, ארטריטיס, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה F.M.F. גאוס (שאלון מס' 1).			
27. בעיות גב ועמוד שדרה, פריצת דיסק, כאבי גב (שאלון מס' 5).			
28. סרטן, גידולים, לרבות שפירים או מחלות ממאירות.			
29. בעיות עיניים, הפרעות ראייה, ירוד (קטרקט) גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, ליקוי שמיעה. (שאלון מס' 8)			
30. בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> לוע (שאלון מס' 20)			
31. מחלות זיהומיות, איידס/ נש HIV.			
32. מחלות נשים: מחלות שדיים (כולל גושים בשדיים) רחם, שחלות, תוצאות חריגות בבדיקות לגילוי סרטני (כגון: מסוגרפיה, בדיקת פפס (צואר הרחם)). האם את בהריון כעת? האם היית בעבר בשמירת הריון? האם יש בעיות פוריות? (שאלון מס' 14).			

פירוט ממצאים חיוביים				
שם המועמד	תשובה לסעיף	שנת הארוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבך כיום

הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ים מטה, המועמדים לביטוח, מבקשים בזאת להצטרף לתוכנית כמפורט בהצעה זו.
אני/אנו מצהירים/ים מסכים/ים ומתחייבים/ים בזה כי:
א. כל המידע שנמסר על ידי/ינו 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 בידכם 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 קבלת הביטוח.
2. 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.
3. ידוע לי/לנו ואני/אנו מסכים/ים כי הפרטים שמסרנו ו/או כל מידע שיגיע לידיעת החברה יאוכסנו במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות תשס"א-1981.
4. 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.
5. 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"מ, נותן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, מכוניה 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 שתירש 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.
2. **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 תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.
3. **ייפוי כוח -** אני מייפה את אילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
4. **כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.**
5. **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"מ מאשר בזאת, כי המועמדים לביטוח / מבוטחים זוהו 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 במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם.
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז 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	
<div><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 במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל.</div>		<div><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 במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל.</div>	
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

☐

הנני מסכים כי הדוחות התקופתיים ישלחו אלי באמצעים דיגיטליים (מסרון / דוא"ל). ידוע לי כי בכל עת אוכל לשנות את החלטתי ולהודיע לחברה על בקשתי לקבל בדואר.

מספר נייד: _____, דוא"ל: _____

☐

אבקש לקבל את הדוחות התקופתיים באמצעות הדואר, על פי הכתובת המפורטת לעיל.

תאריך

חתימת מועמד ראשון

מועמד שני

☐

הנני מסכים כי הדוחות התקופתיים ישלחו אלי באמצעים דיגיטליים (מסרון / דוא"ל). ידוע לי כי בכל עת אוכל לשנות את החלטתי ולהודיע לחברה על בקשתי לקבל בדואר.

מספר נייד: _____, דוא"ל: _____

☐

אבקש לקבל את הדוחות התקופתיים באמצעות הדואר, על פי הכתובת המפורטת לעיל.

תאריך

חתימת מועמד שני

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

תצהיר מועמד ראשי לביטוח

☐

הנני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה.

יש לסמן את האפשרות המתאימה:

☐

הנני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח.

☐

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, מצאתי אותן מתאימות לצרכיי.

☐

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

תצהיר מועמד שני לביטוח

☐

הנני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה.

יש לסמן את האפשרות המתאימה:

☐

הנני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח.

☐

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, מצאתי אותן מתאימות לצרכיי.

☐

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 שני

הצהרת סוכן/בעל רישיון:

☐

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 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 דם .

תאריך

שם הסוכן

חתימת הסוכן

5 / 6

בית איילון ביטוח, רח' אבא הלל סילבר 12, ר"ג 5250606, ת.ד. 10957 | www.ayalon-ins.co.il | bht@ayalon-ins.co.il

03.2021

2/201/1509

תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

אני מר/גב' _____ ת.ז. _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי	
שם מספר	בתוקף עד
<input type="checkbox"/> יזיה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר	<input type="checkbox"/> ב- 3 לכל חודש <input type="checkbox"/> ב- 11 לכל חודש <input type="checkbox"/> ב- 28 לכל חודש
מועד גביה בכרטיס אשראי: <input type="checkbox"/> ב- 3 לכל חודש <input type="checkbox"/> ב- 11 לכל חודש <input type="checkbox"/> ב- 28 לכל חודש	
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 שיופנק 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
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

מועד גביה בהוראת קבע לבחירה: ☐ ב-10 לכל חודש ☐ ב-25 בכל חודש (במידה ולא סומן, ברירת המחדל תהיה ב-10 לכל חודש)

1. אני הח"מ _____ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מס' זהות / ח.פ. _____ ("הלקוחות")
- מבקשים בזה להקים בחשבונו 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:
- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - ההרשאה 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 ייעשה בערך יום מתן 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.
 - ההרשאה 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 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
639			
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, מיקוד 5250606

קבלנו הוראות מ- לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונו/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 לביצוע, 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 בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

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

