



טופס הצעה לביטוח חיים

חותמת החברה נתקבל

פרטי המשוק		
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		
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		
טלפון נייד	טלפון נוסף		כתובת דואר אלקטרוני			
כתובת מגורים	רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד	

נתונים אישיים	מועמד ראשון	מועמד שני
מקצוע		
עיסוק ותפקיד (הגדרה מדוייקת)		
האם קיים סיכון במקצועך/תחביבך/אורח חיך	כן, יש למלא שאלון תחביבים	כן, יש למלא שאלון תחביבים
האם יש לך תחביבים מסוכנים? גלישה, צלילה, דאיה, צניחה, מירוצים, טייס)	כן, יש למלא שאלון תחביבים	כן, יש למלא שאלון תחביבים

תאריך תחילת הביטוח	אמצעי תשלום		
	שנה	חודש	יום
תאריך התחלת הביטוח הינו כמפורט לעיל או תאריך החתימה על הטופס, המאוחר מביניהם			

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



מועמד ראשון - מינוי מוטבים למקרה פטירה
סכום הביטוח ישולם למוטבים כדלקמן:סמן אחת מהאפשרויות הבאות בלבד: ליורשים חוקיים לפי צוואה למוטבים המפורטים מטה

מוטב 3	מוטב 2	מוטב 1	
			שם פרטי
			שם משפחה
			מספר זהות
			לתושב זר: מס' דרכון + מדינת הנפקה
			תאריך לידה
			סין
			כתובת מגורים
			קרבה
			חלק באחוזים

מועמד שני - מינוי מוטבים למקרה פטירה
סכום הביטוח ישולם למוטבים כדלקמן:סמן אחת מהאפשרויות הבאות בלבד: ליורשים חוקיים לפי צוואה למוטבים המפורטים מטה

מוטב 3	מוטב 2	מוטב 1	
			שם פרטי
			שם משפחה
			מספר זהות
			לתושב זר: מס' דרכון + מדינת הנפקה
			תאריך לידה
			סין
			כתובת מגורים
			קרבה
			חלק באחוזים

שאלון ביטול פוליסה מקורית - בביטוח חיים

מועמד שני	מועמד ראשון	
<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן - ענה על 2	<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן - ענה על 2	1. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח הרלוונטי לתוכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו?
<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן - ענה על 3	<input type="checkbox"/> לא - עבור לחתימה <input type="checkbox"/> כן - ענה על 3	2. האם בכוונתך לבטל או להקטין את הכיסוי הביטוחי הרלוונטי בפוליסה הקיימת ?
3. האם ברצונך לשלוח את בקשת הביטול באמצעות סוכן הביטוח או חברת הביטוח ? מועמד ראשון: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - פרט: <input type="checkbox"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> באמצעות איילון חברה לביטוח בע"מ - יש לצרף טופס ביטול פוליסה שם חברת הביטוח המבטחת: _____ מועמד שני: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן - פרט: <input type="checkbox"/> באמצעות סוכן הביטוח <input type="checkbox"/> באמצעות איילון חברה לביטוח בע"מ - יש לצרף טופס ביטול פוליסה שם חברת הביטוח המבטחת: _____		
תאריך	חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני
הצהרת הסוכן אני מאשר יישום כל הוראות הדין החלים עליו בעת שיווק מוצר ביטוח, לרבות ברור צרכי המועמד לביטוח, התאמת הביטוח לצרכיו תוך התייחסות לתוכניות ביטוח קיימות ומסירת המידע למועמד לביטוח. למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסת ביטוח קיימת שבתוקף: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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 הסוכנות

הצהרת בריאות

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 מידע רפואי בטרם תוצאות בדיקות. מספר רשום לצד השאלה ולצד השאלה ולצד רפואי מידע רפואי בטרם 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 שני				פרטי מועמד ראשון			
שם פרטי		שם משפחה		שם פרטי		שם משפחה	
מס' ת.ז.		מס' ת.ז.		מס' ת.ז.		מס' ת.ז.	
קופ"ח	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)	תאריך לידה	קופ"ח	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)	תאריך לידה
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
האם אתה מעשן כיום? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ פרט סוג _____ (סיגריות/סיגרטים/מקטרת/נגרילה)				האם אתה מעשן כיום? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ פרט סוג _____ (סיגריות/סיגרטים/מקטרת/נגרילה)			
האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____				האם עישנת בעבר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____			
סמים: האם צרכת סמים בהווה/בעבר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)				סמים: האם צרכת סמים בהווה/בעבר? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)			
אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של _____ אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)				אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של _____ אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)			
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				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			

שאלות כלליות			
מועמד שני	מועמד ראשון	כן	לא
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא אם כן, פרט קרבה וממצאים.			
6. האם חל שינוי במשקלך במהלך 12 החודשים האחרונים? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
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). <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
8. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו (למעט רופא משפחה)? פרט סיבה, תוצאות וטיפול. <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
9. האם ב-10 שנים האחרונות עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא			
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) <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות כגון מ: ביטוח לאומי / משרד הביטחון ו/או נמצא ב-אי כושר עבודה כעת?			
11. האם ב-5 שנים אחרונות הצעתך לביטוח נדחתה על ידי חברת הביטוח או קרן פנסיה? התקבלה בתוספת פרמיה או החרגה? נא לפרט			
12. תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע בעשר השנים האחרונות במידה וכן פרט ומסמכים רפואיים?			
13. האם נעדרת מהעבודה או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות מתי ומאיזו סיבה?			
האם אובחנת כחולה במחלות/הפרעות ו/או בבעיות רפואיות הרשומות מטה:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. האם היית או הנך חולה במחלת/בעית כבד, הפרעות בתפקודי כבד ו/או נשא הפטיטס B ו/או הפטיטס C או צהבת מסוג אחר? (שאלון מס' 19).			
15. מערכת העצבים והמוח כמו טרשת נפוצה, ניוון שרירים אפילפסיה ופרקינסון, אירוע מוחי (שאלון מס' 3).			
16. מחלות/בעיות בדם כגון קרישה, אנמיה, המופיליה.			
17. מחלות לב, הפרעות בלב (שאלון מספר 11) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות (שאלון מספר 12) <input type="checkbox"/> בעיות כלי דם (שאלון מספר 22).			
18. מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות: מתח, חרדה, דכאון) (שאלון מס' 17).			
19. מחלות דרכי הנשימה והריאות (שאלון מס' 2).			
20. הפרעות בדרכי העיכול, כיש מרה, הטחול והלבלב (שאלון מס' 6).			
21. מחלות כליות ודרכי השתן, דלקות ואבנים בדרכי השתן ו/או בכליות, דם, או חלבון בדרכי השתן (שאלון מס' 13). מחלות הערמונית (פרוסטטה). (שאלון מס' 23).			
22. מחלות חילוף חומרים, מחלות אנדוקריניות, סכרת (שאלון מס' 15) מחלות בלוטת המגן (שאלון מס' 4).			
23. מחלות ובעיות עור (שאלון מס' 18), גידול, מלנומה, מחלות מין, אלרגיות.			
24. מחלות פרקים (שאלון מס' 21) ורקמות חיבור, דלקת פרקים, ארטריטיס, לופוס/זאבת, פיברומיאלגיה F.M.F. גאוס (שאלון מס' 1).			
25. בעיות גב ועמוד שדרה, פריצת דיסק, כאבי גב (שאלון מס' 5).			
26. סרטן, גידולים, לרבות שפירים או מחלות ממאירות.			
27. בעיות עיניים, הפרעות ראייה, ירוד (קטרקט) גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, ליקוי שמיעה. (שאלון מס' 8)			
28. בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> לוע (שאלון מס' 20)			
29. מחלות זיהומיות, איידס/נשא HIV.			
30. מחלות נשים: מחלות שדיים (כולל גושים בשדיים), רחם, שחלות, תוצאות חריגות בבדיקות לגילוי סרטני (כגון: ממוגרפיה, 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

תאריך	שם מועמד ראשון	ת.ז.	חתימת מועמד ראשון
תאריך	שם מועמד שני	ת.ז.	חתימת מועמד שני

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 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 הכיסיים הביטוחיים בפוליסה יכנסו לתוקף רק לאחר השלמת תהליך החיתום ואישור החברה על קבלה לביטוח.
- אני/אנו החתומים/ים מטה מסכימים/ים כי החברה תיתן לי/לנו מידע ושירותים באמצעות האינטרנט ו/או באמצעי תקשורת חליפי ("קווי תקשורת") וכן אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני/אנו מודעים/ים לכך שקבלת ו/או סתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת, עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
- ידוע לי/לנו ואני/אנו מסכימים/ים כי הפרטים שמסרנו ו/או כל מידע שיגיע 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 הכיסיים 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, מכונייה ובמעבדותיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, משרד הביטחון, חברות לביטוח, המכונים 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 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.
- שמירה על סודיות** - הנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאים ו/או כל מוסד, סוכן 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"מ 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 מעונין 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	תאריך
חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני

הסכמה לקבלת הדוחות התקופתיים באמצעים דיגיטליים			
מועמד ראשון		מועמד שני	
<input type="checkbox"/> הגני 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"/> הגני 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	
הגני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה. יש לסמן את האפשרות המתאימה:		הגני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה. יש לסמן את האפשרות המתאימה:	
<input type="checkbox"/> הגני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח.		<input type="checkbox"/> הגני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח.	
<input type="checkbox"/> הגני 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.		<input type="checkbox"/> הגני 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.	
<input type="checkbox"/> הגני 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"/> הגני 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"/> הגני 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 שנמסרו לי אישית על ידם.		
תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

אני מר/גב' ת.ז. _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____	
שם מספר	בתוקף עד
<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינירס <input type="checkbox"/> ישראלארט <input type="checkbox"/> אחר _____	_____
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

_____	_____	_____	_____
בנק	סניף	סוג חשבון	מס' חשבון
			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 - _____ 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 _____ מס' זהות / נ.פ. _____ ("הלקוחות")
 שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____
- 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, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

תאריך	חתימת הלקוחות
_____	_____

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

אישור הבנק

לכבוד
איילון חברה לביטוח בע"מ
 רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת-גן
 ת.ד. 10957, סיקוד 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 בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויות כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	בנק	סניף	חתימה וחותמת הסניף
_____	_____	_____	_____

