



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	מועמד ראשון	מועמד שני
מקצוע		
עיסוק ותפקיד (הגדרה מדויקת)		
האם קיים סיכון במקצוע/תחביב/אורח חיך	לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים	לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים
האם יש לך תחביבים מסוכנים? גלישה, צלילה, דאיה, צניחה, מירוצים, טייס	לא <input type="checkbox"/> כן, יש למלא שאלון תחביבים	לא <input type="checkbox"/> 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			<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		מועמד ראשון
<input type="checkbox"/> דורו 1 ככל שלא ימלא גיל ביטוחי לדורו 1, גיל ברירת המחדל יהיה גיל 67 לגברים ונשים.		מועמד שני
<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה מוות מתאונה סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪, מוגבל ב- 100% מסכום הביטוח לדורו 1		
<input type="checkbox"/> ביטוח למקרה נכות מתאונה סכום ביטוח מינימאלי: 50,000 ₪, מוגבל ב- 100% מסכום הביטוח לדורו 1		
<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 נדרש למלא טופס "עוגן למשפחה - נספח 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
			מין
			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
			מין
			כתובת מגורים
			קרבה
			חלק באחוזים

שאלון ביטול פוליסה מקורית - בביטוח חיים

מועמד שני	מועמד ראשון	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 2	<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 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
<p>הצהרת הסוכן</p> <p>אני מאשר יישום כל הוראות הדין החלים עליי בעת שיווק מוצר ביטוח, לרבות ברור צרכי המועמד לביטוח, התאמת הביטוח לצרכיו תוך התייחסות לתוכניות ביטוח קיימות ומסירת המידע למועמד לביטוח.</p> <p>למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסת ביטוח קיימת שבתוקף: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן</p> <p>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 ההחרגות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית.</p>		
תאריך	חתימת הסוכן	חתימת הסוכנות

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 המס

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	מס' ת.ד.	שם משפחה		שם פרטי	מס' ת.ד.
תאריך לידה		משקל (ק"ג)	גובה (ס"מ)	קופ"ח	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 _____ (סיגריות/סיגרים/מקטרת/נגרילה) פרט סוג _____		האם אתה מעשן כיום ? אם כן פרט: כמה שנים _____ (סיגריות/סיגרים/מקטרת/נגרילה) פרט סוג _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
	האם עישונת בעבר? אם כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____		האם עישונת בעבר? אם כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי הפסקת לעשן _____ כמות סיגריות ליום _____	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
2.	סמים: האם צרכת סמים בהווה/בעבר ? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)		סמים: האם צרכת סמים בהווה/בעבר ? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		
3.	אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ולא בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/יין או משקה אלכוהולי אחר ? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)		אלכוהול: האם צרכת אלכוהול, כעת ולא בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/יין או משקה אלכוהולי אחר ? אם כן, מתי הופסק _____ (שאלון מספר 7)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<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		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	<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 הטינגטון, 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 וטיפולים.				
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)				
			האם הן נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות כגון מ: ביטוח לאומי / ממשרד 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 כלוקה במחלות /ההפרעות ו/או בבעיות הרפואיות הרשומות מטה:

1.	האם היית או הנך חולה במחלת/בעיית כבד, הפרעות בתפקודי כבד ו/או נשא הפטיס B ו/או הפטיס C או צהבת מסוג אחר? (שאלון מס' 19).			
1.	מערכת העצבים והמוח כמו טרשת נפוצה, ניוון שרירים אפילפסיה ופרקינסון, אירוע מוחי (שאלון מס' 3) .			
1.	מחלות/בעיות בדם כגון קרישה, אנמיה, המופיליה.			
1.	<input type="checkbox"/> 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).			
1.	מחלת נפש או בעיה נפשית מאובחנת (לרבות: מתח, חרדה , דכאון) (שאלון מס' 17).			
1.	מחלות דרכי הנשימה והריאות (שאלון מס 2).			
2.	הפרעות בדרכי העיכול, כיס מרה, הטחול והלבלב (שאלון מס 6).			
2.	מחלות כליות ודרכי השתן, דלקת ואבנים בדרכי השתן ו/או בכליות, דם, או חלבון בדרכי השתן (שאלון מס' 13). מחלות הערמונית (פרוסטטה). (שאלון מס' 23).			
2.	מחלות חילוף חומרים, מחלות אנדוקריניות, סכרת (שאלון מס' 15) מחלות בלוטת המגן (שאלון מס' 4).			
2.	מחלות ובעיות עור (שאלון מס' 18), גידול , מלנומה, מחלות מין, אלרגיות.			
2.	מחלות פרקים (שאלון מס' 21) ורקמות חיבור, דלקת פרקים, אריתריטיס, לופוס/זאבת, פיברומיאליגיה F.M.F. גאוט (שאלון מס' 1).			
2.	בעיות גב ועמוד שדרה, פריצת דיסק, כאבי גב (שאלון מס' 5).			
2.	סרטן, גידולים, לרבות שפירים או מחלות ממאירות.			
2.	בעיות עיניים, הפרעות ראייה, ירד (קטרקט) גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, ליקוי שמיעה. (שאלון מס' 8)			
2.	בעיות או מחלות הקשורות ל: <input type="checkbox"/> אף <input type="checkbox"/> אוזן <input type="checkbox"/> גרון <input type="checkbox"/> לוע (שאלון מס' 20)			
2.	מחלות זיהומיות, איידס/ נשא HIV.			
3.	מחלות נשים: מחלות שדיים (כולל גושים בשדיים) רחם, שחלות, תוצאות חריגות בבדיקות לגילוי סרטני (כגון: סמוגרפיה, 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, סום וכו'	מצבך כיום

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

הצהרת המועמדים לביטוח

- אני/אנו החתומים/ים מטה, המועמדים לבעלות על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקשים בזאת להצטרף לתוכנית כמפורט בהצעה זו.
אני/אנו מצהירים/ים מסכים/ים 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 לזכות 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.
2. אני/אנו החתומים/ים מטה מסכים/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 מתן שירותים ו/או מידע בקווי תקשורת, עלול להיות כרוך בתקלות ו/או טעויות והחברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת.
3. ידוע לי/לנו ואני/אנו מסכים/ים כי הפרטים שמסרנו ו/או כל מידע שייגיע לידיעת החברה יאוכסנו במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"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 תהייה 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 תהייה 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 שיובא 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 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 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	
<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.		<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.	
תאריך	חתימת מועמד ראשון	תאריך	חתימת מועמד שני
			



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 - 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:
- 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
-------	---------------

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 לביצוען, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

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

