



חותמת החברה נתקבל

פרטי המשוק	
שם הסוכן	מס' סוכן
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
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/>				
טלפון נייד		טלפון נוסף		כתובת דואר אלקטרוני		
מועמד שני לביטוח						
שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ד.		
תאריך לידה	מין	מצב משפחתי		מס' ילדים		ארץ לידה
	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/>	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/>				
טלפון נייד		טלפון נוסף		כתובת דואר אלקטרוני		
כתובת מגורים	רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד	

נתונים אישיים		
מקצוע	מועמד ראשון	מועמד שני
עיסוק ותפקיד (הגדרה מדוייקת)		
האם קיים סיכון במקצועך/תחביבך/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

כתובת הנכס המשועבד				
רחוב	מס'	ת.ד.	ישוב	מיקוד

תאריך תחילת הביטוח		
שנה	חודש	יום

אמצעי תשלום הוראת קבע (רצ"ב, טופס מאושר ע"י הבנק) כרטיס אשראי (רצ"ב הוראת חיוב)

רכישת סכום ביטוח למקרה מוות - בגובה יתרת ההלוואות המפורטות :				
4	3	2	1	הלוואה מספר
				מס' הלוואה
				יתרת הלוואה נוכחית
				ריבית שנתית
				יתרת תקופה משנים
				תאריך סיום ההלוואה
<input type="checkbox"/> בלון	<input type="checkbox"/> לוח שפיצר <input type="checkbox"/> בלון	<input type="checkbox"/> לוח שפיצר <input type="checkbox"/> בלון	<input type="checkbox"/> לוח שפיצר <input type="checkbox"/> בלון	סוג הלוואה : לוח שפיצר/בלון
פרטי הבנק המלווה				
כתובת הסניף		מס' סניף		בנק



הביטוח ייכנס לתוקפו רק לאחר אישור ההצעה בכתב ע"י איילון חברה לביטוח בע"מ. לתשומת לב ממלא הטופס, אנא הקפד על מילוי פרטים מדויק. תשומת ליבך, כי עליך להשיב תשובות מלאות וכנות בעניינים מהותיים וככל שלא תעשה כן, עלול אי דיוק בפרטים להיחשב כאי עמידה בחובת הגילוי על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 (להלן: "החוק") ולהקטין את תגמולי הביטוח, בכפוף להוראות החוק, ובמגבלותיו. כל הפרטים והתנאים בהצעה זו כפופים לפרטים ולתנאים האמורים ב"פוליסה לביטוח דירה ותכולתה" - מהדורה נובמבר 2018, אלא אם צוין במפורש אחרת.

תיאור הרכוש המוצע לביטוח

תשומת לב המועמד לביטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק כל השאלות בפרק זה יחשבו כעניין מהותי העשוי להשפיע על הערכת הסיכונים ע"י החברה.

ערך הדירה (מבנה): _____ סכום ביטוח הדירה (המבנה): _____ גודל הנכס מ"ר _____ סוג הנכס: _____

בית משותף - קומה _____ מתוך _____ בית פרטי

תקופת הביטוח: מיום: _____ עד יום (בחצות): _____ תאריך תום תקופת ביטוח זה לתאריך מועד סיום / פירעון ההלוואה.

האם הדירה מחולקת ליחידות דיור? לא כן, _____ אם כן - נא לציין לכמה יחידות דיור _____ **מדיניות החברה היא שלא לבטח דירה מחולקת מכל סוג שהוא יש לפנות לחברה מראש לצורך בחינת מתן הצעה לביטוח דירה מחולקת**

הביטוח יכלול כיסוי ל: רעידת אדמה לרבות צונאמי כתוצאה מרעידת אדמה. הרחבה לעניין סיכויים מים ונוזלים אחרים (נזקי צנרת)

בחירת אפשרות התיקון במקרה נזק צנרת:

1. תיקון הנזק ייעשה באמצעות שרברב מרשימת שרברבי ההסדר של החברה המבטחת.
 2. תיקון הנזק ייעשה באמצעות שרברב לבחירת המבוטח.

בחירה באפשרות 1 לעיל, מקנה לך הזכאות להרחבת הכיסוי למתן שירותי חירום לדירה המבוטחת וכן אפשרות להגדלת גובה ההשתתפות העצמית ממורת הנחה.

גובה השתתפות עצמית	אחוז הנחה
<input type="checkbox"/> ₪ 600	0%
<input type="checkbox"/> ₪ 750	5%
<input type="checkbox"/> ₪ 1,000	15%

השתתפות עצמית מוגדלת לשרברב שבהסדר אנא סמן את בחירתך

הצהרת המועמד לביטוח

א. ידוע לי כי אם בחרתי באפשרות 1 לעיל, זכותי לבחירת שרברב הוגבלה לשרברב בהסדר.
 ב. הריני מצהיר כי למיטב ידיעתי הצנרת בדירתי במצב תקין.

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

הרחבות נוספות בתוספת פרמיה: הרחבת חבות מעבידים לעובדי משק ביתו של המבוטח - גבול אחריות למקרה ולתקופה: ₪ 20,000,000
 ביטוח אחריות כלפי צד שלישי - גבול אחריות למקרה ולתקופה: ₪ 500,000

ניסיון ביטוחי קודם

תשומת לב המועמד לביטוח מופנית לכך כי עפ"י הוראות סעיף 6 לחוק כל השאלות בפרק זה יחשבו כעניין מהותי העשוי להשפיע על הערכת הסיכונים ע"י החברה.

1. האם הרכוש המוצע לביטוח היה מבוטח בחברת ביטוח כלשהי בשלוש השנים האחרונות?

לא כן, אם כן אנא לפרט את שם החברה ומה הסיבה/ות לכך: _____

2. האם חברת ביטוח כלשהי ביקשה בשלוש השנים האחרונות תנאים מיוחדים לקיום הביטוח?

לא כן, אם כן אנא לפרט את שם החברה ומה הסיבה/ות לכך: _____

3. האם חברת ביטוח כלשהי דחתה או ביטלה או סירבה לחדש את פוליסת הביטוח שלך בשלוש השנים האחרונות?

לא כן, אם כן אנא לפרט את שם החברה ומה הסיבה/ות לכך: _____

4. האם קיבלת בשלוש השנים האחרונות פיצוי כלשהו מחברת ביטוח כלשהי או היית לך עילה לקבלת פיצוי כתוצאה מנזק?

לא כן, אם כן נא לפרט _____

5. האם נפגע אדם או רכוש עקב הסיכונים המוצעים לביטוח במהלך שבע השנים האחרונות? לא כן, אם כן נא לפרט _____

סוג נזק	תאריך אירוע	סכום ששולם/ נתבע

או אמצעים להקלת הסיכון ננקטו לאחר הנזק: _____

הערות המציע _____

מספר החוזה עם הבנק:			מועד סיום ההלוואה:	
פרטים מדויקים של הבנק המשעבד	בנק	מס' בנק	מס' סניף	כתובת הסניף



מועמד ראשון - מינוי מוטבים למקרה פטירה			
סכום הביטוח בגובה ההלוואה ישועבד למוטב בלתי חוזר, יתרת סכום הביטוח (במידה וקיים), ישולם למוטבים כדלקמן:			
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 בגובה ההלוואה ישועבד למוטב בלתי חוזר, יתרת סכום הביטוח (במידה וקיים), ישולם למוטבים כדלקמן:			
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

<p>הגני מסכים ומאשר מראש כי למרות הסכומים המפורטים בדף פרטי הביטוח, (המחושבים לפי לוח סילוקין בהתבסס על הריבית ותקופת הביטוח), יתעדכנו סכומי הביטוח על פי הוראת הבנק המשעבד ובכפוף לאישור החברה במידה ותהיה הוראה כזו, מובהר בזאת כי ההוראה תקפה לגבי גידול בסכומי הביטוח בלבד.</p>		
תאריך	חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני

שאלון ביטול פוליסה מקורית - בביטוח חיים ו/או מבנה הדירה		
מועמד שני	מועמד ראשון	*סמן הביטוח הרלוונטי
* לא - עבור לחתימה * כן - ענה על 2	* לא-עבור לחתימה * כן - ענה על 2	1. האם יש בידך פוליסה קיימת בביטוח הרלוונטי לתוכנית הביטוח המבוקשת בהצעה זו? סמן סוג הכיסוי הקיים: <input type="checkbox"/> ביטוח חיים <input type="checkbox"/> ביטוח מבנה הדירה
* לא - עבור לחתימה * כן - ענה על 2	* לא-עבור לחתימה * כן - ענה על 2	2. האם בכוונתך לבטל או להקטין את הכיסוי הביטוחי הרלוונטי בפוליסה הקיימת? סמן סוג הכיסוי שיבוטל או יוקטן: <input type="checkbox"/> בביטוח חיים <input type="checkbox"/> בביטוח מבנה הדירה
<p>3. האם ברצונך לשלוח את בקשת הביטול באמצעות סוכן הביטוח או חברת הביטוח? נא לסמן את הבחירה:</p> <p>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 הכולל את סוג הכיסוי ושם חברת הביטוח המבטחת _____ לביטול: <input type="checkbox"/> ביטוח חיים <input type="checkbox"/> ביטוח מבנה הדירה <input type="checkbox"/> ביטוח חיים + מבנה הדירה</p> <p>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 הכולל את סוג הכיסוי ושם חברת הביטוח המבטחת _____ לביטול: <input type="checkbox"/> ביטוח חיים <input type="checkbox"/> ביטוח מבנה הדירה <input type="checkbox"/> ביטוח חיים + מבנה הדירה</p>		
תאריך	חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני
<p>הצהרת הסוכן אני מאשר וישום כל הוראות הדין החלים עליי בעת שיווק מוצרי ביטוח, לרבות ברור צרכי המועמד לביטוח, התאמת הביטוח לצרכי 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 פוליסה קיימת, וככל שלאחר הליך החיתום הרפואי תקבענה החרגות לביטוח בפוליסה לביטוח חיים המוצעת, אני מודע לחובתי לכלול בהליך ההתאמה לכל הפחות מסמך השוואה בין החרגות שנקבעו למועמד לביטוח בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה המקורית.</p>		
תאריך	חתימת הסוכן	חתימת הסוכנות



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 מספרו 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						
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ד.	תאריך לידה	משקל (ק"ג)	גובה (ס"מ)	קופ"ח
פרטי מועמד שני						
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ד.	תאריך לידה	משקל (ק"ג)	גובה (ס"מ)	קופ"ח

שאלות כלליות		
מועמד ראשון	מועמד שני	
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	1. האם אתה מעשן כיום? אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ פרט סוג: _____ (סיגריות/סיגרטים/מקטרת/נרגילה)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	2. האם עישנת בעבר? אם כן, פרט: במשך כמה שנים עישנת _____, מתי הפסקת לעשן? _____, כמות סיגריות ליום _____
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	3. האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות או ידוע לך על הצורך באישפוז או בדיקה פולשנית במהלך השנה הקרובה? (שאלון מס' 9)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	4. אחוזי נכות וסום מולד: האם יש או הייתה לך נכות בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית כל שהיא?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	5. האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות כגון מ: ביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא ב-אי כושר עבודה כעת?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	6. האם ב-10 השנים האחרונות עברת או הוסלף 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"/> סיפוי לב, <input type="checkbox"/> אקו-לב, או <input type="checkbox"/> בדיקה מיוחדת אחרת? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה וסיבה לביצוע.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	7. אלכוהול: האם צרכת אלכוהול כעת ו/או בעבר יותר מכוס אחת ביום של בירה/ יין או משקה אלכוהולי אחר. מתי הופסק? _____ (שאלון מס' 7)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	8. סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר. מתי הופסק _____ (שאלון מס' 7)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	9. האם ב-5 שנים אחרונות הצעתך לביטוח נדחתה על ידי חברת הביטוח או קרן פנסיה? התקבלה בתוספת פרמיה או החרגה? נא לפרט
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	10. תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי כעת בברור רפואי כלשהו?
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	11. 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 בעיות הרפואיות הרשומות מטה :		
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	12. מערכת העצבים והמוח כמו טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון, אירוע מוחי. (שאלון מס' 3)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	13. בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת או אישפוז פסיכיאטרי. (שאלון מס' 17)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	14. מחלות דרכי הנשימה והריאות. (שאלון מס' 2)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	15. מחלות לב, הפרעות בלב (שאלון מס' 11). הפרעות ביתר לחץ דם ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות (שאלון מס' 12)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	16. מחלות/ בעיות בדם, קרישה, אנמיה, המופיליה.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	17. הפרעות בדרכי העיכול, כיס המרה, הטחול והלבלב (שאלון מס' 6), כבד (שאלון מס' 19).
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	18. מחלות כליות ודרכי השתן, דלקות ואבנים בדרכי השתן ו/או בכליות, דם או חלבון בדרכי השתן, מחלות הערמונית (פרוסטטה). (שאלון מס' 13)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	19. מחלות חילוף חומרים, מחלות אנדוקריניות, סכרת (שאלון מס' 15), מחלות בלוטת המגן. (שאלון מס' 4)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	20. מחלות ובעיות עור, גידול, מלנומה, מחלות סין, אלרגיות.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	21. מחלות פרקים ורקמות חיבור, דלקת פרקים, אריטריטיס, לופוס/ זאבת, פיברומיאלגיה, F.M.F, גאوت (שאלון מס' 1).
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	22. סרטן, גידולים, לרבות שפירים או מחלות מסאירות.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	23. מחלות זיהומיות, איידס, נשא HIV.
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	24. מחלות נשים: בעיות גניקולוגיות, בעיות שדיים. (שאלון מס' 14)

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

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



✕ ויתור על סודיות רפואית

1. **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"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 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 סייפה 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 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	חתימת מועמד ראשון	חתימת מועמד שני

✕ הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני/אנו החתומים/ים מטה, המועמדים לבעלות על הפוליסה ו/או לביטוח, מבקשים בזאת להצטרף לתוכנית כמפורט בהצעה זו.
אני/אנו מצהירים 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 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 קבלת הביטוח.
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 שגייע לידיעת החברה יאוכסנו במאגר מידע לפי חוק הגנת הפרטיות תשמ"א-1981.
4. אימות נתונים מול מרשם האוכלוסין: אני/אנו מאשרים 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.
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

✕ בקשה להסרת מידע פוליסות מאתר משרד האוצר

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	חתימת מועמד שני

✕ 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	תאריך



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

תצהיר מועמד ראשי לביטוח		תצהיר מועמד שני לביטוח	
<p>הנני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה.</p> <p>יש לסמן את האפשרות המתאימה:</p> <p><input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח.</p> <p><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, מצאתי אותן מתאימות לצרכיי.</p> <p><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.</p>		<p>הנני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה.</p> <p>יש לסמן את האפשרות המתאימה:</p> <p><input type="checkbox"/> הנני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח.</p> <p><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, מצאתי אותן מתאימות לצרכיי.</p> <p><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.</p>	
תאריך	חתימת מועמד ראשון	תאריך	חתימת מועמד שני
הצהרת סוכן/בעל רישיון:			
<p><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.</p>			
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 שנחסרו לי אישית על ידם.		
תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

* כל מונח שמוגדר בזכר משמעו גם בנקבה וכל מונח ביחיד משמעו ברבים.



תשלום בכרטיס אשראי בחתימת בעל הכרטיס

אני חר/גב' _____ ת.ד. _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____
שם מספרו _____
<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 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 שיונפק 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

סמן בחירה	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
<input type="checkbox"/>	6 3 9	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
<input type="checkbox"/>	5 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 חייבים 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 - _____ ₪.
 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")

2. 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).
- ידוע לנו כי:
- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
 - הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"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.
 - הרשאה 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

סמן בחירה	מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
<input type="checkbox"/>	6 3 9	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
<input type="checkbox"/>	5 3 9	קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ				

לכבוד _____ איילון חברה לביטוח בע"מ
 רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת-גן
 ת.ד. 10957, מיקוד 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 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 _____
-------------	-----------	------------	--------------------------

