

הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תמולא 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 זה 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, אישפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות.**

פרטי המועמדים						
מבוטח ראשי	שם	ת.ז.	גובה	משקל	קופ"ח	סניף
רופא מטפל						
מבוטח שני	שם	ת.ז.	גובה	משקל	קופ"ח	סניף
רופא מטפל						

שאלות כלליות		מבוטח ראשי	מבוטח שני
1	האם, למיטב ידעתך, בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחים) היו או יש מחלות כגון: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנינגיטון, מחלות נפשיות, מחלת פרקינסון, מחלת אלצהיימר? נא פרט בטבלה למטה.	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
2	האם אושפזת ב-5 השנים האחרונות או ידוע לך על הצורך באישפוז או בדיקה פולשנית במהלך השנה הקרובה? (שאלון מס' 9).	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
3	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' 10).	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות כגון מ: ביטוח לאומי / ממשרד הביטחון ו/או נמצא ב-אי כושר עבודה כעת?	<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 מיוחדת אחרת? 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
5	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"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
	סמים: האם צרכת סמים בהווה/ בעבר. מתי הופסק _____ (שאלון מס' 7).	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
6	האם ב-5 שנים אחרונות הצעתך לביטוח נדחתה על ידי חברת הביטוח או קרן פנסיה? התקבלה בתוספת פרמיה או חחרגה? נא לפרט	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
7	תרופות: האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע או מצוי כעת בברור רפואי כלשהו?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
8	האם נעדרת מהעבודה או היית בחופשת מחלה יותר מ-10 ימים רצופים, בחמש השנים האחרונות מתי ומאיזו סיבה?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

האם אובחנת כלוקה במחלות / הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה :

9	מערכת העצבים והמוח כמו טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אפילפסיה, פרקינסון, אירוע מוחי. (שאלון מס' 3)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
10	בעיה, הפרעה ו/או מחלה נפשית מאובחנת או אישפוז פסיכיאטרי. (שאלון מס' 17)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
11	מחלות דרכי הנשימה והריאות. (שאלון מס' 2)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
12	מחלות לב, הפרעות בלב (שאלון מס' 11). הפרעות ביתר לחץ דם ושומנים בדם שאובחנו ב-5 השנים האחרונות (שאלון מס' 12).	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
13	מחלות/ בעיות בדם, קרישה, אנמיה, המופיליה.	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
14	הפרעות בדרכי העיכול, כיס המרה, הטחול והלבלב (שאלון מס' 6), כבד (שאלון מס' 19).	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
15	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"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
16	מחלות חילוף חומרים, מחלות אנדוקריניות, סכרת (שאלון מס' 15), מחלות בלוטת המגן. (שאלון מס' 4)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
17	מחלות ובעיות עור, גידול, מלנומה, מחלות מין, אלרגיות.	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
18	מחלות פרקים ורקמות חיבור, דלקת פרקים, אריטריטיס, לופוס/ זאבת, פיברומיאליגיה, F.M.F, גאוס (שאלון מס' 1).	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
19	סרטן, גידולים, לרבות שפירים או מחלות ממאירות.	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
20	מחלות זיהומיות, איידס, נשא HIV.	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
21	בעיות גב ועמוד שדרה, פריצת דיסק, כאבי גב (שאלון מס' 5).	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
22	בעיות עיניים, הפרעות ראייה, ירוד (קטרקט), גלאוקומה, משקפיים מעל מספר 8, ליקוי שמיעה?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
23	מחלות נשים בעיות שדיים (כולל גושים בשדיים), רחם, שחלות, תוצאות חריגות בבדיקות לגילוי סרטני (כגון: ממוגרפיה, בדיקת פפס (צוואר הרחם)). האם את בהריון כעת? האם היית בעבר בשמירת הריון? האם יש בעיות פוריות? (שאלון מס' 14)	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן

פירוט ממצאים חיוביים

שם המבוטח	תשובה לסעיף	שנת הארוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבן כיום

הצהרה

- אני החתום מטה, מבקש בזה מ"איילון חברה לביטוח בע"מ", (להלן: החברה) לבטח את חיי. אני מסכים ומתחייב בזה כי:
1. כל התשובות כמפורט בהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
 2. התשובות הנ"ל וכל מידע אחר שימסר לחברה בכתב, וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו יסוד בחוזה ביטוח ביני לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
 3. לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.
 4. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה.
 5. ידוע לי שחוזה הביטוח נכנס לתוקפו רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח ולאחר שהפרמיה הראשונה שולמה במלואה.
 6. תשובתי ו/או המידע שיימסר לכם יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצרכי החברה בלבד.

תאריך	חתימת מועמד ראשון	חתימת בן/בת זוג

ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ נותן/ת בזה רשות לקופ"ח ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה ו/או לשלטונות צה"ל וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי-החולים האחרים ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד ולכל חברות הביטוח וגורם אחר למסור ל-איילון חברה לביטוח בע"מ להלן "המבקש" את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש ע"י המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או אחלה בה בעתיד והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל עובד אחר ו/או מוסד ממוסדכם ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ומחלותיי ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש" ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי.

תאריך	חתימת מועמד ראשון	חתימת בן/בת זוג

אישור תנאים חריגים

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

תאריך	חתימת מועמד ראשון	חתימת בן/בת זוג

אני מסכים כי הדוחות התקופתיים יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____ חזאת במקום באמצעות הדואר והכל בכפוף להוראות המפקח על הביטוח.

תאריך	חתימת בעל הפוליסה	חתימת מבוטח ראשון	חתימת מבוטח שני

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	חתימה

אני מר/גב' ת.ז. _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____	
שם מספר	בתוקף עד
<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דיינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר _____	
<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 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 שיופק 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											
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 -
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום

לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות

1. אני הח"מ מס' זהות / ח.פ. ("הלקוחות")
 שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק
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:
 - 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	
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, מיקוד 5250606

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

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