

מס' קולקטיב 2587	שם סוכן ב.טיקר	האם הטופס מולא באמצעות סוכן: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	מספר עובד	תאריך התחלת הביטוח* שנה / חודש / יום	תאריך התחלת עבודה שנה / חודש / יום	חתימת העובד לגבי תאריך תחילת העבודה:
---------------------	-------------------	--	-----------	---	---------------------------------------	---

א. פרטי המועמדים לביטוח						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד	
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		מועמד ראשי
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		בן/בת זוג
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מצב משפחתי מבטח ראשי <input type="checkbox"/> א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר		כתובת דוא"ל מועמד ראשי
Email:			@			
Email:			@		כתובת דוא"ל בן/בת זוג	

הכיסויים בפוליסה / הפרמיה החודשית	המבוטח	פרמיה חודשית
<input type="checkbox"/> אובדן חיים עקב תאונה <input type="checkbox"/> נכות צמיתה עקב תאונה <input type="checkbox"/> שברים עקב תאונה <input type="checkbox"/> כוויות עקב תאונה <input type="checkbox"/> פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה <input type="checkbox"/> אי כושר עבודה מלא או זמני כתוצאה מתאונה	עובד/ת / גמלאית/ת בן/בת זוג	42.95 ש"ח 42.95 ש"ח

ג. מינוי המוטבים						
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	קרבה למבוטח	% מסכום הביטוח
1.						
2.						
3.						
4.						

ד. הצהרת בריאות					
* אם התשובה לאחת מהשאלות היא "כן" יש לפרט ולצרף מסמך רפואי					
בן/בת זוג		ראשי		שמות המועמדים	
לא	כן	לא	כן		
				1. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות ו/או נעזר באמצעי עזר או אדם לביצוע אחת או יותר מפעולות אלו?	
				2. האם אתה סובל מבריחת סידן / אוסטיאופורוזיס / ירידה בצפיפות העצם?	
				3. האם אתה סובל מ: <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים	
				4. האם אתה סובל מירידה בזיכרון בשלוש השנים האחרונות?	

ה. אישור לפניות שיווקיות					
אני מאשר/ת הסכמתי לקבל הודעות ופניות שיווקיות מאיילון חברה לביטוח בע"מ ומחברות נוספות מקבוצת איילון ביטוח ו/או מי מטעמן, אודות מוצרים ושירותים של חברות הקבוצה בתחום הביטוח, הפיננסים והחיסכון, לרבות בהודעות אלקטרוניות, מסרונים (כולל דואר אלקטרוני 'וואטסאפ' וכו'), מערכת חיוג אוטומטי ולרבות פניות באמצעי תקשורת אחר ככל שנדרשת הסכמה לכך על פי דין ידוע לי שאוכל לבטל את הסכמתי בכל עת, בהתאם להנחיות, כפי שתהיינה בכל הודעה או בהתאם למידע שמתפרסם באתר או באמצעות שליחת מייל לכתובת: marketing@ayalon-ins.co.il					
<input type="checkbox"/> מאשר <input type="checkbox"/> מסרב					
שם מועמד	חתימה	שם מועמד	חתימה	חתימת מועמד	

ו. מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות	
מובהר שאין חובה חוקית למסור לאיילון מידע אישי ומסירתו תלויה ברצון ובהסכמת המוסר אולם אי מסירת מידע אישי עלול למנוע מאיילון את היכולת לספק שירות או לתת מענה לפניה.	
המידע האישי שתמסור ייגור במאגרי המידע של איילון חברה לביטוח בע"מ. מאגרי המידע של איילון מנוהלים כדין ואיילון מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי איילון (כולל לאילו מטרות הוא ישמש, למי יכול שיועבר ולאילו מטרות), פרטי הקשר של איילון, וזכויותיך בקשר עם מידע אישי שאיילון מעבדת אודותיך (כולל זכות עיון וזכות לבקש תיקון המידע), הוא כמפורט במדיניות הפרטיות של איילון שמתפרסמת באתר האינטרנט של איילון בכתובת: https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/	

ז. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן 
-------	----------	---

ח. אופן התשלום

אני נותן/ת בזאת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכורתי מידי חודש פרמיות בגין הביטוח הרפואי עברי ועבור בני משפחתי, כמפורט בטופס ההצטרפות אליו צורפה הוראה זו.
הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ובכפוף לתקופה ולתנאים כפי שסוכם בין איילון חברה לביטוח לבין האוניברסיטה העברית

חתימת המועמד הראשי	
תאריך	חתימה
	