

מס' קולקטיב	שם סוכן	תאריך התחלת עבודה	תאריך התחלת הביטוח*
		שנה / חודש / יום	שנה / חודש / יום

באפשרותך להצטרף לאחד ממסלולי הביטוח המוצעים להלן:
צירוף בני משפחה של העובד מותנה בביטוח העובד.

א. פרטי המועמד הראשי לביטוח						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד	עובד/ת
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>		
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון בבית		
Email:			שם קופת חולים		שב"ן מסוג	
כתובת דוא"ל						

ב. פרטי המועמדים לביטוח

מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתיתמתו תחשב כהסכמת הקטין. במידה ורכשת כסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה יישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. במידה ורכשת כסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גבייה אישי - פרטי הקשר יישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך באיילון.

חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך באיילון, ישלחו אליך באמצעים דיגיטליים, אם ישנם, לפי פרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, לצפות בפרטי הקשר המעודכנים אצלנו ו/או לעדכןם באפשרותך לעשות זאת, בכל עת, באזור האישי שלך באתר החברה www.ayalon-ins.co.il.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	בן/בת זוג
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			ילד
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			1
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			2
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			3
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			4
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			5
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			6

פרטי התקשרות						
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף	בן/בת זוג
						<input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד ילד מעל גיל 18
			@			בן/בת זוג
			@			ילד מעל גיל 18
			@			ילד מעל גיל 18
			@			ילד מעל גיל 18
			@			ילד מעל גיל 18
			@			ילד מעל גיל 18
			@			ילד מעל גיל 18
			@			ילד מעל גיל 18

לתשומת ליבכם: אם לא ימולאו פרטי ההתקשרות של בן/בת הזוג ו/או ילד בוגר - פרטי ההתקשרות של העובד/ת ייחשבו כפרטיהם לצורך משלוח דיווחים ומידע.

ג. דמי הביטוח (פרמיה חודשית)								
מסלול כיסויים	בית אב עד 60	בודד עד 60	בית אב מעל 60-79	בודד מעל 60-79	בית אב מעל 80	בודד מעל 80	ילד עד גיל 35	השתתפות אוניברסיטה
מתנת חיים	51	51	51	51	51	51	0	51
זהב שקל ראשון	367.35	155.82	479.82	232.80	508.18	248.81	58.60	51
זהב משלים שב"ן	325.87	138.27	417.62	192.92	440.57	205.47	57.79	51
פלטינום שקל ראשון	447.10	186.12	529.27	255.13	562.03	273.09	76.60	51
פלטינום משלים שב"ן	405.62	168.58	467.07	215.25	494.31	229.74	74.10	51

ד. תוכניות הביטוח			
נא לסמן את המסלול המבוקש. לידיעתך, במסלול הנבחר יכללו כל המבוטחים הרשומים בטבלה בלעיל.	מתנת חיים	מתנת חיים זהב	מתנת חיים פלטינום
	<ul style="list-style-type: none"> השתלות בארץ ובחו"ל ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל ניתוחים בחו"ל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות החזר בגין הוצאות רפואיות מיוחדות שירותים אמבולטוריים 	<ul style="list-style-type: none"> ניתוחים בארץ שירותים אמבולטוריים טיפולים מחליפי ניתוח חוות דעת נוספת בחו"ל רפואה משלימה חבילת שירותים לאישה בהריון ולילדת 	<ul style="list-style-type: none"> שירותים אמבולטוריים ביקור רופא עד הבית 24/7 שירות מוקד מידע טלפוני עזרה ראשונה ברפואת שיניים טיפולים פסיכולוגים מנוי בעת אירוע לב

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות (רלוונטי רק לטופס עם הצהרת בריאות) מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, והיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שהביטוח אינו מכסה תביעות בכפוף לסייג מצב רפואי קודם המפורט בפוליסה ותוך תקופת האכשרה (בהם קיימת תקופת אכשרה), למעט מבוטחים אשר עוברים ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית או פרטית קיימת (רצף ינתן לכיסויים חופפים).

מועמד	תאריך	שם המועמד	מספר זהות	חתימה
עובד/ת				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ו. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

א. אני מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי איילון חברה לביטוח בע"מ ישמש את איילון ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי איילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאיילון להביא לידיעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הללוים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של איילון. מסכים לא מסכים

תאריך	שם העובד/ת	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה

ב. הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת איילון, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של איילון בכתובת www.ayalon-ins.co.il או באמצעות פניה בכתב לכתובת: רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת גן, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 1-800-35-2001.

ג. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת איילון קיים באתר האינטרנט של איילון בכתובת www.ayalon-ins.co.il.

ז. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח - מידע על פוליסות מאתר משרד האוצר

עדכון פרטי בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין.

רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרוכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שחברת הביטוח תעביר אליהם.

אם הינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כגביר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בעמוד הראשון בטופס, טבלה ב. לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין. בהם הוגדר כגביר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת עובד/ת	חתימת בן/בת זוג
חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____
חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם _____

ח. הצהרת בריאות

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימון ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיובית (כן) יש לפרט בשאלון המתאים להשלמת פרטים רפואיים. יש לצרף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני. על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.															
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)															
פרטים כלליים (גובה ומשקל לילד מגיל 10)															
ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4		ילד 5		ילד 6	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
שמות המועמדים															
גובה (בס"מ)															
משקל (בק"ג)															
1. האם אתה סובל ממחלה כרונית כגון יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב וסרטן?															
2. האם אתה נוטל או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע?															
3. האם אושפזת בבית חולים ב-3 השנים האחרונות?															
4. האם עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כלשהו ב-3 השנים האחרונות?															
5. האם אתה מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כלשהו בעתיד?															
6. האם אתה סובל ממחלה או מגבלה הקשורה בצוואר, גב, מתניים, רגליים, ידיים?															
7. האם אתה נזקק לעזרה כלשהי בביצוע פעולות היומיום: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייודות?															

פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא לציין את מס' הסעיף אליו הינך מתייחס)

שם המועמד	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצבך כיום

ט. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

י. אופן התשלום

אני נותן/ת בזאת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכרתי מידי חודש פרמיות בגין הביטוח הרפואי עבורי 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 העובד	
תאריך	חתימה