

מס' קולקטיב	שם סוכן	מספר עובד = זהות	תאריך התחלת הביטוח*	תאריך התחלת עבודה	חתימת העובד לגבי תאריך תחילת העבודה:
9302	ב.טיקר		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						
מועמד ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד
					□ ז □ נ	
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	טלפון בבית	
כתובת דוא"ל	Email:		@		שם קופת חולים	שב"ן מסוג

ב. פרטי המועמדים לביטוח						
מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין. במידה ורכשת כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה יישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גביה 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				□ ז □ נ		
ילד 1				□ ז □ נ		
2				□ ז □ נ		
3				□ ז □ נ		
4				□ ז □ נ		
5				□ ז □ נ		
6				□ ז □ נ		

פרטי התקשרות						
בן/בת זוג	רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף
□ כתובת זהה לעובד						
ילד מעל גיל 18						
□ כתובת זהה לעובד						
ילד מעל גיל 18						
□ כתובת זהה לעובד						
ילד מעל גיל 18						
□ כתובת זהה לעובד						
ילד מעל גיל 18						
□ כתובת זהה לעובד						
ילד מעל גיל 18						
□ כתובת זהה לעובד						
כתובת דוא"ל (e-mail) אישיות ודיוורים	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	@				

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	76.96	76.96	76.96	76.96	76.96	76.96	0.00	76.96
זהב שקל ראשון	565.38	239.82	738.48	358.30	782.13	382.94	90.19	76.96
זהב משלים שב"ן	501.54	212.81	642.75	296.92	678.07	316.24	88.94	76.96
פלטינום שקל ראשון	688.12	286.45	814.59	392.67	865.01	420.31	117.89	76.96
פלטינום משלים שב"ן	624.28	259.46	718.86	331.29	760.78	353.59	114.05	76.96

מדד הבסיס הינו 14275 אשר פורסם בתאריך 15.2.2025. ילד שלישי ואילך חינם.

ד. תוכניות הביטוח			
נא לסמן את המסלול המבוקש.	מתנת חיים	מתנת חיים זהב	מתנת חיים פלטיניום
לידיעתך, במסלול הנבחר יכלול כל המבוטחים הרשומים בטבלה ב לעיל.	- השתלוח בארץ ובחו"ל - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל - ניתוחים בחו"ל - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - החזר בגין הוצאות רפואיות מיוחדות - שירותים אמבולטוריים	- ניתוחים בארץ - שירותים אמבולטוריים - טיפולים מחליפי ניתוח - חוות דעת נוספת בחו"ל - רפואה משלימה - חבילת שירותים לאישה בהריון וליולדת	- שירותים אמבולטוריים - ביקור רופא עד הבית 24/7 - שירות מוקד מידע טלפוני - עזרה ראשונה ברפואת שיניים - טיפולים פסיכולוגיים - 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, ויהיו 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 יינתן לכיסויים חופפים).				
מועמד	תאריך	שם המועמד	מספר זהות	חתימה
מועמד ראשי				
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. 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				
☐ מאשר	☐ מסרב			
שם מועמד	חתימה	שם מועמד	חתימה	חתימת מועמד

ז. 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 ייאגר 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/	

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

רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים, אנא פנה למוקד שירות הלקוחות של איילון. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. 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 הנך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר 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 כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

ט. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן
		

י. אופן התשלום

אני נותן/ת בזאת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכורתי 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 מועמד ראשי	
תאריך	חתימה
	