

מס' קולקטיב	שם סוכן ב.טיקר	מספר עובד = זהות	תאריך התחלת הביטוח* שנה / חודש / יום	תאריך התחלת עבודה שנה / חודש / יום	חתימת העובד לגבי תאריך תחילת העבודה:
-------------	-------------------	------------------	---	---------------------------------------	--------------------------------------

טופס הכולל הצהרת בריאות - יש למלא את הצהרת הבריאות במקרים שלהלן:
 • עובדים המצטרפים לביטוח לאחר 120 יום, מתאריך תחילת עבודתם או בני משפחתם.
 *צירוף בני משפחה של העובד מותנה בביטוח העובד. ההצטרפות של בני המשפחה תהיה לתכנית הביטוח בו מבוסס העובד.

א. פרטי המועמד הראשי לביטוח						
מועמד ראשי	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	יישוב	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 ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד.
 במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גביה אישי - פרטי הקשר ישמשו 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.

שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג
			נ □ ז □		
			נ □ ז □		
			נ □ ז □		
			נ □ ז □		
			נ □ ז □		
			נ □ ז □		
			נ □ ז □		
			נ □ ז □		

פרטי התקשרות						
בן/בת זוג	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף
יילד 1						
יילד 2						
יילד 3						
יילד 4						
יילד 5						
יילד 6						
כתובת דוא"ל (e-mail) להודעות אישיות ודיוורים	בן/בת זוג					
	יילד מעל גיל 18					
	יילד מעל גיל 18					
	יילד מעל גיל 18					
	יילד מעל גיל 18					
	יילד מעל גיל 18					
	יילד מעל גיל 18					
	יילד מעל גיל 18					
	יילד מעל גיל 18					
	יילד מעל גיל 18					
	יילד מעל גיל 18					
	יילד מעל גיל 18					

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 יכללו 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 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 דימום 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)															
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, נידודות?															

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

1. 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 מבטחים אשר עוברים ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית או פרטית קיימת (רצף ינתן 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				
ילד מעל גיל 18				

2. 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 שתהייה 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

3. 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 יאגור 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 יוכל 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/>

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

רשות שוק ההון ביטוח וחיסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז 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 במרכז 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 במרכז 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 במרכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין. בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

5. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן

6. 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