

תאריך התחלת הביטוח*	תאריך התחלת עבודה	שם סוכן	מס' קולקטיב
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
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון בבית		כתובת מגורים
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 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 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
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		

פרטי התקשרות						
מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף	מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב	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
				@	בן/בת זוג	כתובת דוא"ל (e-mail) להודעות אישיות ודיוורים
				@	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 המבטחים 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"> שירותים אמבולטוריים ביקור רופא עד הבית 24/7 שירות מוקד מידע טלפוני עזרה ראשונה ברפואת שיניים טיפולים פסיכולוגיים מנוי בעת אירוע לב 	<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 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 מבטחים אשר עוברים ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית או פרטית קיימת (רצף יונתן 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 הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של איילון. לא מסכים מסכים

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

ב. הרינו להודיע 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 חיוב 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 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.

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 הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

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

ט. 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 העובד	
חתימה	תאריך
	