

שם סוכן	תאריך התחלת הביטוח
	שנה / חודש / יום
	___ / ___ / ___

טופס זה מיועד לחברי עמותת הייטק זון ובני משפחותיהם המצטרפים לביטוח החל מתאריך 01.02.2020 ובתוך 90 ימים.

לאחר 90 ימים (בתום חלון ההזדמנויות) ניתן להצטרף לביטוח רק לאחר מילוי טופס בקשה הכולל הצהרת בריאות*
*צירוף בני משפחה של חברה/ מותנה בביטוח החברה. ההצטרפות של בני המשפחה תהיה לתכנית הביטוח בו מבוטח החברה.

א. פרטי המועמדים לביטוח							
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	מספר טלפון נייד	חברה/ עמותה
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>		חברה/ עמותה
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/>		בן/בת זוג
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>	X		ילד 1
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			ילד 2
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			ילד 3
				נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>			ילד 4
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	תאריך תחילת עבודה		
Email: @							כתובת דוא"ל חברה/
Email: @							כתובת דוא"ל בן/ בת זוג

פרטים נוספים				
מבטוח	שם קופת חולים	האם יש לך ביטוח משלים?	סמן את הביטוח המשלים שלך - שב"ן	מבקש לרכוש עבורי ו/או עבור בני משפחתי ביטוח בריאות במסלול:
עובד	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כללית <input type="checkbox"/> מושלם <input type="checkbox"/> פלטינום <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מגן <input type="checkbox"/> זהב <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב מאוחדת <input type="checkbox"/> שיא <input type="checkbox"/> עדיף	<input type="checkbox"/> רובד מלא
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כללית <input type="checkbox"/> מושלם <input type="checkbox"/> פלטינום <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מגן <input type="checkbox"/> זהב <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב מאוחדת <input type="checkbox"/> שיא <input type="checkbox"/> עדיף	<input type="checkbox"/> רובד מלא
ילד 1	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כללית <input type="checkbox"/> מושלם <input type="checkbox"/> פלטינום <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מגן <input type="checkbox"/> זהב <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב מאוחדת <input type="checkbox"/> שיא <input type="checkbox"/> עדיף	<input type="checkbox"/> רובד מלא
ילד 2	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כללית <input type="checkbox"/> מושלם <input type="checkbox"/> פלטינום <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מגן <input type="checkbox"/> זהב <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב מאוחדת <input type="checkbox"/> שיא <input type="checkbox"/> עדיף	<input type="checkbox"/> רובד מלא
ילד 3	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כללית <input type="checkbox"/> מושלם <input type="checkbox"/> פלטינום <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מגן <input type="checkbox"/> זהב <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב מאוחדת <input type="checkbox"/> שיא <input type="checkbox"/> עדיף	<input type="checkbox"/> רובד מלא
ילד 4	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> מאוחדת	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	כללית <input type="checkbox"/> מושלם <input type="checkbox"/> פלטינום <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> מגן <input type="checkbox"/> זהב <input type="checkbox"/> לאומית <input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב מאוחדת <input type="checkbox"/> שיא <input type="checkbox"/> עדיף	<input type="checkbox"/> רובד מלא

פרמיות חודשיות בש"ח, כלהלן:	מבטוח	במימון המעסיק	וולונטרי	הכיסויים
ילד שלישי ואילך חינם.	חברה/ אצל בעל הפוליסה	25.30 ש"ח	31.30 ש"ח	רובד מלא • השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל • תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות • תרופות בהתאמה אישית
	בן/בת זוג, ילד בוגר עד גיל 25	31.30 ש"ח	31.30 ש"ח	
	ילד עד גיל 25	7.50 ש"ח	7.50 ש"ח	

ב. הצהרת המועמדים לביטוח ומידע טרם חתימה

1. התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה, ישמשו תנאי יסודי לחוזה הביטוח בינך/בינכם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
2. הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה.
3. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף עבור כל אחד מן המועמדים לביטוח רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלתו לביטוח.
4. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין איילון חברה לביטוח בע"מ לבין עמותת הייטק זון ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי החריגים כאמור בו.
5. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת איילון ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של איילון חברה לביטוח בע"מ.
6. תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
7. **ככל שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות**, תשנ"ח-1998 קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית רבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו או למוקד השירות 1-800-35-2001.

8. הצהרת המועמדים לביטוח:

(א) אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

- אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
- בעת צירוף ילדים לביטוח (סעיף חובה למענה): הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפטרופוס.

האם הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?
 כן לא

(ב) הליך הצטרפות:

ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.

במידה וחלק מן המועמדים לביטוח ידרשו להליכי חיתום, אשר לא יאפשרו את קבלתם המידית לביטוח, אבקש כי תופק פוליסת הביטוח, למועמדים לביטוח, אשר ניתן לקבלם לביטוח. זאת, מבלי להמתין להשלמתם של הליכי החיתום של יתר המועמדים לביטוח (נא לסמן אם הנך מעוניין).

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				בן/בת זוג
				ילד/ה מעל גיל 18
				ילד/ה מעל גיל 18

תנאי הכיסוי הקובעים הינם על פי תנאי הפוליסה

חתימת העובד/ת	מספר זהות	תאריך

ג. ויתור על סודיות רפואית

1. **רשות לקבלת פרטים** - אני הח"מ, נותן רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, מכוניה ובמעבדותיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המוסד לביטוח לאומי, מוסדות צה"ל, משרד הביטחון, החברות לביטוח, המכונים הרפואיים והמעבדות הרפואיות בבתי החולים למסור מידע ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" ו/או מי מטעמה ו/או בא כוחה, להלן "המבקשת", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקשת" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד.
2. **שמירה על סודיות** - אני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם ו/או כל מוסד, מכון או מעבדה ממוסדותיכם הרפואיים ו/או כל סניף מסניפכם מחובת השמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כאמור, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהו כלפי כל מוסר מידע כאמור.
3. **ייפוי כוח** - אני מייפה את איילון חברה לביטוח לאסוף כל מידע שייראה בעיניי חשוב בכל הנוגע לבריאותי ו/או מחלותי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקשת" ולא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.
4. **כתב ויתור** זה מחייב אותי, את עזבוני את חליפיי, את מוטביי עפ"י הפוליסה, את באי כוחי החוקיים ואת כל מי שיבוא במקומי.
5. **שימוש במידע** - ידוע לי, כי השימוש במידע ייעשה לצורך צירוף לביטוח ויישוב תביעות בלבד.

תאריך	שם העובד	חתימה על הצהרת בריאות וויתור סודיות	שם בן/בת זוג	חתימה על הצהרת בריאות וויתור סודיות

ד. 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 אודותיי, 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 לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיטון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבוד ואחסון 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.

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

ב. הינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה (ככל שנתת 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 החברה 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 הקבוצה בכתובת www.ayalon-ins.co.il.

ה. בקשה להסרת מידע פוליסות מאתר משרד האוצר

אני מבקש להסיר את כל נתוני פוליסות הביטוח הקיימות על-שמי בחברת איילון, מאתר האינטרנט של משרד האוצר. ידוע לי כי אי העברת הנתונים תמנע ממני לראות במרוכז באתר האינטרנט המאוחד את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת העובד	חתימת מועמד שני
-------	-------------	-----------------

ו. הצהרת הסוכן

אני החתום מטה סוכן הביטוח מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידם.

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

ז. הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי

גבייה אישית - במידה וצרפתי את בן/בת זוגי ו/או את ילדי להסכם ו/או במידה וביקשתי להרחיב את הכיסויים, אני מתחייב/ת להעביר מידי חודש בחודשו את דמי הביטוח הרפואי עבורם, ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" מכרטיס האשראי:

אני מר/גב' _____ מס' זהות _____ כתובת _____ בעל כרטיס אשראי _____						
<table border="1"> <tr> <td>שם ספרו</td> <td>בתוקף עד</td> <td>סוג כרטיס</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td> <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר _____ </td> </tr> </table>	שם ספרו	בתוקף עד	סוג כרטיס	_____	_____	<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר _____
שם ספרו	בתוקף עד	סוג כרטיס				
_____	_____	<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר _____				
תאריך	חתימת בעל הכרטיס					

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי ההצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי איילון חברה לביטוח, ואשר מספר כרטיס האשראי שלי נקוב בהן. הוראה זו נחתמה על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי איילון חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט איילון חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו ע"י איילון חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי לאיילון חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת הביטוח הנ"ל באיילון חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב בגין חיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

חתימת בעל הכרטיס	תאריך
_____	_____