

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

מס' קולקטיב	האם הטופס מולא באמצעות סוכן: כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	מספר עובד	תאריך התחלת הביטוח* שנה / חודש / יום	תאריך התחלת עבודה שנה / חודש / יום	חתימת העובד לגבי תאריך תחילת העבודה:
-------------	---	-----------	---	---------------------------------------	--------------------------------------

נא רשום לאיזו חברה / ארגון אתה שייך / עובד (שם המעסיק)

טופס המיועד ל:

- עובדים חדשים, בני משפחה של עובדים חדשים, המצטרפים מתאריך התחלת הפוליסה או מתחילת עבודתם אצל בעל הפוליסה.
- בני משפחה חדשים (בשל: נישואין, לידה, אימוץ, ידועה/בציבור) המצטרפים במסגרת חלון ההזדמנויות או מתאריך תחילת זכאותו של עובד חדש.
- **לאחר חלון ההזדמנויות, ההצטרפות מחייבת מילוי טופס הכולל הצהרת בריאות.**

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 בעבודה		כתובת מגורים
@	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 וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין. במידה ורכשת כיווים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. במידה ורכשת כיווים 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.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג
				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 <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"/>		

פרטי התקשרות						
רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף	עובד/ת
						בן/בת זוג <input type="checkbox"/>
						כתובת זהה לעובד <input type="checkbox"/>
						ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/>
						כתובת זהה לעובד <input type="checkbox"/>
			@			כתובת דוא"ל (e-mail) להודעות אישיות ודיוורים
			@			בן/בת זוג
			@			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. פרמיות חודשיות בש"ח, כלהלן:

מבטוח	רובד בסיס פרק א-ב	רובד הרחבה מהשקל הראשון פרק ג, ד, ז	רובד הרחבה משלים שב"ן פרק ג, ה, ז	רובד הרחבה משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ש"ח פרק ג, ה, ז
עובד/ת	42 ₪	215 ₪	114.10 ₪	85 ₪
בן/בת זוג, ילד בוגר מגיל 25 ואילך	42 ₪	215 ₪	114.10 ₪	85 ₪
ילד עד גיל 25 (מילד שלישי ואילך חינם)	15 ₪	52.10 ₪	34.10 ₪	29.40 ₪

ד. תוכניות הביטוח

רובד בסיס	רובד מורחב שקל ראשון	רובד מורחב משלים שב"ן	רובד מורחב משלים שב"ן עם השתתפות עצמית
<ul style="list-style-type: none"> השתלות וטיפולים מיוחדים מחוץ לישראל תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח מחוץ לישראל 	<ul style="list-style-type: none"> ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - במסלול שירותים אמבולטוריים 	<ul style="list-style-type: none"> ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - במסלול משלים שב"ן שירותים אמבולטוריים 	<ul style="list-style-type: none"> ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח שירותים אמבולטוריים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובתי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות (רלוונטי רק לטופס עם הצהרת בריאות) מלאות וכנות. ידוע לי שתשובתי 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 מבטוחים אשר עוברים ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית או פרטית קיימת (רצף יינתן 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				

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. מסכים לא 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 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 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.

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

ח. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

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

הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי

גבייה אישית - אני מתחייב/ת להעביר מידי חודש בחודשו את דמי הביטוח הרפואי ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" שייגבו 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> <tr> <td>תאריך</td> <td colspan="2">חתימת בעל הכרטיס</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td colspan="2">_____</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 _____	תאריך	חתימת בעל הכרטיס		_____	_____	
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.

חתימה	תאריך
_____	_____