

מס' קולקטיב <b>8206</b>	שם סוּק <b>ביליבאו</b>	האם הטופס מולא באמצעות סוּק: <input type="checkbox"/> כ <input type="checkbox"/> לא	מספר עובד	תאריך התחלת הביטוח* שנה / חודש / יום	תאריך התחלת עבודה שנה / חודש / יום	תחילת העובד לגבי תאריך תחילת העבודה:
----------------------------	---------------------------	---	-----------	---	---------------------------------------	--------------------------------------

**טופס המיועד ל:**

- עובדים קיימים המצטרפים לביטוח במסגרת חלון ההזדמנויות של 90 יום מתאריך 1.2.2024 ועד 30.4.2024.
- עובדים חדשים, בני משפחה של עובדים חדשים או קיימים, המצטרפים לביטוח במסגרת חלון ההזדמנויות של 90 ימים, 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.
- הצטרפות לרובד מורחב א' מותנית בצירוף המבוטח לרובד הבסיסי.
- הצטרפות לרובד מורחב ב' מותנית בצירוף המבוטח לרובד הבסיסי ולרובד מורחב א'.
- מובהר כי בני המשפחה יצורפו לאותם רבדים בהם מבוטח העובד.
- 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/
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז		
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון בעבודה	
Email: @					כתובת דוא"ל	
<input type="checkbox"/> אינני מעוניין שתעדכנו את פרטי הכתובת, הנייד והדוא"ל שלי במאגר הכתובות שלכם על פי הרשום במסמך זה. <input type="checkbox"/> (לידעתך, אם לא תסמן בחירה זו, פרטייך בפוליסות חיים ובריאות יעודכנו בהתאם לפרטים שרשמת במסמך זה).						

**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 כיוסיים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. במידה ורכשת כיוסיים מספים, 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:** דיוורים, 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](http://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"/> נ <input type="checkbox"/> ז			בן/בת זוג
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			ילד (עד גיל 25) 1
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			2
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			3
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			4
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			ילד בוגר מעל גיל 25 1
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			2
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			חתן / כלה
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			נכד 1
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			2
				<input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ז			3

כתובת מגורים						
מספר טלפון נוסף	מספר טלפון נייד	מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב	עובד/ת
						עובד/ת
						בן/בת זוג <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	

ג. דמי הביטוח (פרמיה חודשית)				
גיל	רובד בסיס	גיל	רובד מורחב א	רובד מורחב ב
עובד / בן/בת זוג	24.40 ₪			
בוגר מגיל 26 ומעלה	24.40 ₪	בוגר גיל 26 - 50	79.50 ₪	39.20 ₪
ילד / נכד של עובד (עד גיל 25)	13.80 ₪	בוגר 51 ואילך	167.40 ₪	48.70 ₪
		ילד עד גיל 25	26.50 ₪	15.90 ₪

- ילד/נכד עד גיל 25, ילד שלישי ואילך חינם.
- הצטרפות לרובד מורחב א' מותנית בצירוף המבוטח לרובד הבסיס.
- הצטרפות לרובד מורחב ב' מותנית בצירוף המבוטח לרובד הבסיס ולרובד מורחב א'.
- מובהר כי בני המשפחה יצורפו לאותם רבדים בהם מבוטח העובד.

ד. תוכניות הביטוח			
רובד בסיס	רובד מורחב א	רובד מורחב ב	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל.</li> <li>• תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.</li> <li>• ניתוחים פרטיים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח - במסלול משלים שב"ן.</li> <li>• שירותים אמבולטוריים.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ניתוחים פרטיים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח - במסלול מה"שקל הראשון".</li> <li>• שירותים אמבולטוריים מורחבים.</li> </ul>	
עובד/ת / חבר עמותה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד (עד גיל 25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
ילד בוגר מעל גיל 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
חתן / כלה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
נכד (עד גיל 25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

**ה. הצהרת המועמדים לביטוח**

1. 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).

2. **הצהרת יתור על סודיות רפואית:**  
אני הח"מ, הואיל ובקשתי להיות מבוטח על ידי "איילון חברה לביטוח בע"מ" (להלן "חברת הביטוח"), הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסינונדי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הטגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.  
כתב יתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. כתב יתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת באי כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי. בחתימתי להלן, אני מאשר את הוויתור על סודיות רפואית כאמור לעיל.

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 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 לידיעתי מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיטכון 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 להודיעך 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 חיגו 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](http://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](http://www.ayalon-ins.co.il).

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

רשות שוק ההון ביטוח וחיטכון 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, נא סמן X במקום המתאים:  
 עובד/ת  בן/בת זוג  ילד ראשון  ילד שני  ילד שלישי  ילד רביעי  
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 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 במרכז 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)**

1. הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר שבמסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט בררתי את צורכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכיו/הם ומסירתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.  
2. 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
	ואביליב ודיע	

**ט. הוראה לניכוי דמי הביטוח מהשכר**

אני נותן/ת בזאת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכורתי מידי חודש פרמיות בגין הביטוח הרפואי עבורי (שווי ההטבה למס) ועבור בני משפחתי, כמפורט בטופס ההצטרפות אליו צורפה הוראה זו.  
הוראה זו תישאר בתוקף כל עוד לא ניתנה הוראת ביטול בכתב על ידי ולתקופה ולתנאים כפי שסוכם בהסכם שבין איילון חברה לביטוח בע"מ לבין אמן מחשבים בע"מ וחברות בנות.

חתימת העובד	תאריך

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים  
The form is intended for women and men alike.

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.  
Please be sure to complete this form precisely and in full.

**מועדי הגבייה:** בתשלום כרטיס אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, תשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.  
**לתשומת ליבך,** במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

**הוראה לתשלום (במידה והמשלם אינו מבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה")**

**הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי \***

אני מר/גב' \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ בעל כרטיס אשראי \_\_\_\_\_

שם מספרו	בתוקף עד	סוג כרטיס
_____	_____	<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר

מאשר בזאת כי שובר זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיס האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיס האשראי. הנני מסכים כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום, על מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון - ביטוח בריאות**

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
639	מס' חשבון	_____	_____
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ	
אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.			

**לכבוד** \_\_\_\_\_  
בנק \_\_\_\_\_  
סניף \_\_\_\_\_ ("הבנק")

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - \_\_\_\_\_ ₪.  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום \_\_\_\_\_.

**לתשומת לבכם:** אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות / ח"פ \_\_\_\_\_ ("הלקוחות")

מבקשים בזה להקים בחשבונו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיוצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. ידוע לנו כי:

- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
- הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום ממתן הודעת הביטול.
- נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
- הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
- הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
- אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
- הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.

3. אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הלקוחות \_\_\_\_\_

**אישור הבנק**

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
639	מס' חשבון	_____	_____
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ	

**לכבוד**  
איילון חברה לביטוח בע"מ  
רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת-גן  
ת"ד 10957, מיקוד 5250606

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתיצגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	בנק	סניף	חתימה וחותמת הסניף
_____	_____	_____	_____

