

כתובת מגורים						
מספר טלפון נוסף	מספר טלפון נייד	מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב	עובד/ת
						בן/בת זוג <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד
						ילד מעל גיל 18 <input type="checkbox"/> כתובת זהה לעובד
		@				כתובת דוא"ל (e-mail) להודעות אישיות ודיוורים
		@			בן/בת זוג	
		@			ילד מעל גיל 18	
		@			ילד מעל גיל 18	

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

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

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 דימות 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)											
ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

פרטים כלליים

שמות המועמדים	
גובה (בס"מ)	(לילדים מגיל 6 בלבד)
משקל (בק"ג)	
האם חלו שינויים במשקלך בשנתיים האחרונות? <input type="checkbox"/> עלייה <input type="checkbox"/> ירידה של _____ ק"ג.	
הסיבה: <input type="checkbox"/> דיאטה <input type="checkbox"/> סיבה אחרת, נא לפרט _____	

אורח חיים ורקע רפואי

1. האם הנך מעשן כיום? אם כן פרט: כמה שנים _____ כמות סיגריות ליום _____ (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריות אלקטרוניות (מכשיר אידיזי אלקטרוני) (ילד החל מגיל 16) הפסקת לעשן _____ (24) האם עישנת בשנתיים האחרונות? כן פרט: במשך כמה שנים עישנת _____ מתי	
2. האם הנך שותה באופן קבוע יותר מ-2 כוסות אלכוהול ליום? (לילדים החל מגיל 16) (7)	
3. האם אתה צורך או צרכת סמים כעת או בעבר? (לילדים החל מגיל 16) (7)	
4. תהליך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצא בתהליך בדיקות רפואיות ו/או אבחנתיות שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית, כגון: צינתור, מיפוי, אקו לב, CT, MRI, אולטראסאונד (שלא כחלק ממעקב היריון שגרתי), ביופסיה, דם סמוי, קולנוסקופיה, גסטרוסקופיה? אם כן, יש לצרף את הסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית מהרופא המטפל.	
5. האם ב-10 השנים האחרונות, הנך נוטל או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע? נא פרט מה הסיבה בגינה הנך מטופל, מהו הטיפול וכמה זמן הנך נוטל תרופה זו?	
6. האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב-5 השנים האחרונות? נא פרט.	
7. האם אושפזת ליותר מ-3 ימים ב-5 השנים האחרונות? נא פרט.	
8. היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך (מדרגה ראשונה בלבד אם / אב / אח / אחות) אחת מהמחלות הבאות: מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן שד, מעי ושחלות, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון?	

האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחד או יותר מהמומים/מחלות/הפרעות?

1. מערכת עצבים, המוח: מערכת העצבים, אפילפסיה (3), אירוע מוחי, גידול מוחי, טרשת נפוצה, בעיות בהתפתחות ו/או גדילה בגיבן הומלץ לך על מעקב/טיפול רפואי.	
2. מערכת הלב וכלי דם: לב (11), כלי דם (22), מחלת דם (22).	
3. מחלות כרוניות עם המצלצה לטיפול תרופתי / דיאטה במהלך 10 השנים האחרונות: לחץ דם (12), שומנים בדם (22), סוכרת (15).	
4. מערכת הנשימה (2): ריאות ודרכי הנשימה, אסטמה.	
5. מערכת העיכול (6): קיבה, מעיים, ושט, כבד (19).	
6. מערכת דרכי שתן (13): כליות, דרכי השתן.	
7. מערכת השלד, אורטופדיה: גב ועמוד שדרה (5), ברכיים, מפרקים, צפיפות העצם, שברים (21).	
8. בלוטת המגן (בלוטת התריס) (4)	
9. מערכת הראייה: עיניים וראייה (8): (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות יותר מ-7).	
10. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים (סרטן).	
11. מחלת נפש שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר (17) או רופא משפחה.	
12. לנשים (מגיל 14 בלבד): שדיים, מערכת גיניקולוגית (14), בעיות פיריון, האם עברת ניתוח קיסרי בעבר? אם כן, מתי?	

פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא ציין את מס' הסעיף אליה אתה מתייחס)

שם המבוטח	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'

ו. הצהרת המועמדים לביטוח

1. אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובתיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות (רלוונטי רק לטופס עם הצהרת בריאות) מלאות וכנות. ידוע לי שתשובתיי 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 ייתן לכיסיים חופפים).

2. הצהרת יתור על סודיות רפואית:

אני הח"מ, הואיל ובקשתי להיות מבטוח על ידי "איילון חברה לביטוח בע"מ" (להלן "חברת הביטוח"), הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע 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 ויתור זה יחול על ילדי הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. כתב ויתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת באי כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי. בחתימתי להלן, אני מאשר את הויתור 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				

ז. 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 ביתור 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 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.

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

רשות שוק ההון ביטוח וחסכון 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 כגביר 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 כגביר 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

ט. 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 כיוו, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/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

י. הוראה לניכוי דמי הביטוח מהשכר

אני נותן/ת בזאת הוראה למחלקת השכר לנכות ממשכרתי 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	חתימה

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 בכרטיס 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 _____
שםספר	בתוקף עד
_____	_____
<input type="checkbox"/> יזיה <input type="checkbox"/> דיינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר	
<p>מאשר בזאת כי שובר זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי 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 שיופנק 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.</p>	
תאריך	חתימת בעל הכרטיס
_____	_____

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון - ביטוח בריאות

_____	_____	_____	_____
בנק	סניף	סוג חשבון	מס' חשבון
_____	_____	_____	6 3 9
קוד מוסד (המוטב)		אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	
שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ			
<p>אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</p>			

לכבוד
בנק _____
סניף _____
("הבנק")

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.
-או-
 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

- אני הח"מ _____ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות / ח"פ _____ ("הלקוחות")
- מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).
- 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 ייעשה בערך יום מתן 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.
- אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.

תאריך	חתימת הלקוחות
_____	_____

אישור הבנק

_____	_____	_____	_____
בנק	סניף	סוג חשבון	מס' חשבון
_____	_____	_____	6 3 9
קוד מוסד (המוטב)		אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	

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 שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נכם 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 בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	בנק	סניף	חתימה וחותמת הסניף
_____	_____	_____	_____