

תאריך התחלת הביטוח
שנה / חודש / יום
____ / ____ / ____

הטופס מנוסח בלשון זכר
ומיועד לנשים ולגברים כאחד.

טופס זה מיועד לעובדים קיימים המבקשים להצטרף לביטוח לאחר תקופת חלון הזדמנויות.
ניתן להצטרף לביטוח רק לאחר מילוי טופס בקשה הכולל הצהרת בריאות.
טלפון להתקשרות ולברורים: 1-700-720-010

א. פרטי המועמדים לביטוח						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	מספר טלפון נייד
056193964	אימבר	ענת	06/08/1961	נ	נ	050-5932062
בן/בת זוג						
039833264	אימבר ברסלואר	ניב	12/05/1983	נ	נ	052-3413683
ילד 1				נ		
ילד 2				נ		
ילד 3				נ		
ילד 4				נ		
ילד 5				נ		
ילד 6				נ		
כתובת מגורים		רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	תאריך תחילת עבודה
כתובת דוא"ל עובד		Email: @				
כתובת דוא"ל בן/בת זוג		Email: @				

פרטים נוספים				מבקש לרכוש עבורי ולא עבור בני משפחתי ביטוח בריאות:	
מבוטח	שם קופת חולים	האם יש לך ביטוח משלים?	רובד מורחב פרקים א' - ט' ("שקל ראשון")	רובד בסיס פרקים א' - ו' ("שקל ראשון")	בסיס (לגילאי 67 ומעלה בלבד) פרקים א' - ב' + סעיף 1.2 בפרק ה' בלבד
עובד	☐ כללית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא	☐ רובד מורחב פרקים א' - ט' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס פרקים א' - ו' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס א' - ב' + ס' 1.2 בפרק ה'
בן/בת זוג	☐ כללית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא	☐ רובד מורחב פרקים א' - ט' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס פרקים א' - ו' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס א' - ב' + ס' 1.2 בפרק ה'
ילד 1	☒ כללית ☐ מאוחדת	☒ כן ☐ לא	☒ רובד מורחב פרקים א' - ט' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס פרקים א' - ו' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס א' - ב' + ס' 1.2 בפרק ה'
ילד 2	☐ כללית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא	☐ רובד מורחב פרקים א' - ט' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס פרקים א' - ו' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס א' - ב' + ס' 1.2 בפרק ה'
ילד 3	☐ כללית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא	☐ רובד מורחב פרקים א' - ט' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס פרקים א' - ו' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס א' - ב' + ס' 1.2 בפרק ה'
ילד 4	☐ כללית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא	☐ רובד מורחב פרקים א' - ט' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס פרקים א' - ו' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס א' - ב' + ס' 1.2 בפרק ה'
ילד 5	☐ כללית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא	☐ רובד מורחב פרקים א' - ט' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס פרקים א' - ו' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס א' - ב' + ס' 1.2 בפרק ה'
ילד 6	☐ כללית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא	☐ רובד מורחב פרקים א' - ט' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס פרקים א' - ו' ("שקל ראשון")	☐ רובד בסיס א' - ב' + ס' 1.2 בפרק ה'

פרמיות חודשיות	רובד מורחב פרקים א' - ט' מסלול מ"השקל הראשון"	רובד בסיס פרקים א' - ו' מסלול מ"השקל הראשון"	בסיס (לגילאי 67 ומעלה בלבד) פרקים א' - ב' + סעיף 1.2 בפרק ה' בלבד
מבוטח עד גיל 55 כולל	122 ₪		
בן/בת זוג עד גיל 55	120 ₪	94 ₪	
מבוטח מעל גיל 55 ועד גיל 66	241 ₪		
בן/בת זוג מעל גיל 55 ועד גיל 66	241 ₪	215 ₪	
מבוטח בן 67 ומעלה	409 ₪		230 ₪
בן/בת זוג מעל גיל 67	409 ₪		230 ₪
ילד עד גיל 30	25 ₪	23 ₪	
ילד מעל גיל 30	126 ₪	97 ₪	
בית אב עד גיל 55 (בן/בת זוג עד גיל 55 וכל הילדים עד גיל 30)	162 ₪	136 ₪	

התשלום בגין כל הרבדים יהיה עד גיל 30, מהילד השלישי (עד גיל 30) ואילך חנם.

פירוט הכיסויים בפוליסה - בעמוד הבא



הכיסויים בפוליסה - רובד מלא (פרק א'-ט')	רובד בסיס (עבור בני המשפחה) (פרק א'-ו')	בסיס (לגילאי 67 ומעלה בלבד) פרק א'-ב' +
- השתלות בחו"ל - פרק א'1 - טיפולם מיוחדים בחו"ל - פרק א'2 - ניתוחים בחו"ל - פרק א'3 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב' - טיפולם ומחילפי ניתוח בחו"ל - פרק ג' - ניתוחים וטיפולם מחילפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה) - פרק ד' - שירותים נוספים - פרק ה' - פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחילפי ניתוח שברשימה - פרק ו' - טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק ז' - חונת דעת נוספת בחו"ל וכיסוי לבדיקות המבוצעות בחו"ל - פרק ח' - רפואה משלימה - פרק ט'	- השתלות בחו"ל - פרק א'1 - טיפולם מיוחדים בחו"ל - פרק א'2 - ניתוחים בחו"ל - פרק א'3 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב' - טיפולם ומחילפי ניתוח בחו"ל - פרק ג' - ניתוחים וטיפולם מחילפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה) - פרק ד' - שירותים נוספים - פרק ה' - פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחילפי ניתוח שברשימה - פרק ו'	- השתלות בחו"ל - פרק א'1 - טיפולם מיוחדים בחו"ל - פרק א'2 - ניתוחים בחו"ל - פרק א'3 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב' - בדיקות אבחנתיות - פרק ה' סעיף 1.2

ב. 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 בסיימן ✓ 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.	ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)	כן	כן	כן	כן	כן	כן

פרטים כלליים	שמות המועמדים	גובה (בס"מ)	משקל (בק"ג)
	נב אימבר ברסלאר	185	92

רקע רפואי	1.	2.	3.	4.	5.	6.
האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע?						
האם ב-3 השנים האחרונות אושפזת בבית חולים?						
האם ב-3 השנים האחרונות עברת ניתוח ו/או טיפול רפואי כל שהוא?						
האם אתה מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כל שהוא בעתיד?						
האם אתה נזקק לעזרה כלשהי בביצוע פעולות היומיום: לקום לשכב, להתלבש להתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות?						
האם הנך סובל ממחלה כרונית כגון: יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב, סרטן?						
האם הנך סובל ממחלה או בעיה הקשורה ב: צוואר, גב, מתיניים, רגליים, ידניים?						

ג. הצהרת המועמדים לביטוח ומידע טרם חתימה

- תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין איילון חברה לביטוח בע"מ לבין עמית טכנולוגיות ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
- ככל שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998 קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבלת תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אתה עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו או למוקד השירות 1-800-35-2001.

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
עובד			
בן/בת זוג			
ילד/ה מעל גיל 18	נב אימבר ברסלאר	039833264	
ילד/ה מעל גיל 18			

ד. ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ, המועמד/ת לביטוח עפ"י הפוליסה המבוקשת נתן/ת בזה רשות למסד לביטוח לאומי ו/או ללשכה לשירותי רווחה ו/או למשרד הביטחון ו/או לאגד חברה לתחבורה בע"מ ו/או לבריאות בע"מ ו/או קופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים ו/או למסדותיה הרפואיים ו/או לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (להלן: "המבקש"), פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת והנני משחרר/ת אותם וכל רופא מרפאיהם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ו/או מחלותי ככל ומוותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כמו כן, הנני נתן/ת בזה רשות לחברה המבטחת למסור ל"בעל הפוליסה" ו/או ל"יועץ" פרטים על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי ו/או שהנני חולה בה כעת ומאשר לשלוח להם את החומר הרפואי שלי.

תאריך	שם העובד	חתימה על הצהרת בריאות וויתור סודיות	שם בן/בת זוג	חתימה על הצהרת בריאות וויתור סודיות
29/09/2022	נב אימבר ברסלאר			

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 אודותי, המצוי או שיהיה מצוי בידי איילון חברה לביטוח בע"מ יישמש 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, 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. 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 1-700-720-010.

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

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניין שנעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, עליך לחתום מטה על הבקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות המרוכז באתר משרד האוצר את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וכי בקשה להסרת המידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות.
☐ 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 המאובטח של משרד האוצר, את מוצרי הביטוח שלי בחברת איילון ובכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני
-------	------------------	-----------------

תאריך	חתימת העובד
-------	-------------