

מס' קולקטיב	שם עובד/ת המבוטח בפוליסה	מספר זהות של העובד	תאריך התחלת הביטוח*	תאריך התחלת עבודה
7168			שנה / חודש / יום	שנה / חודש / יום

טופס זה תקף לתקופה: 01.02.2022-31.03.2022 ומיועד להצטרפות למסלול מלא / בסיס, ללא הצהרת בריאות ובכפוף לחריג מצב רפואי קודם, באחת משתי האפשרויות הבאות:

- לבני/ות זוג ו/או ילדים של עובד/ת המבוטח בפוליסה הנוכחית ואשר בני משפחתו היו מבוטחים עד 31/5/20 ולא הצטרפו לפוליסה הנוכחית.
 - לעובדים/בני זוג/ילדים שהיו מבוטחים עד 31/5/20 והצטרפו לפוליסה הנוכחית למסלול בסיס / מרודד.
- יודגש כי המצטרפים במסגרת הליך ייחודי זה יהיו כפופים לחריג מצב רפואי קודם* וזאת לגבי אירועים / מקרי ביטוח שקרו מתאריך 01.06.2020 ועד למועד ההצטרפות המחודשת.**
כמו כן יובהר כי ממועד ההצטרפות ואילך, יהיו מבוטחים באופן זהה לשאר האוכלוסייה.
אני מבקש/ת מאילון חברה לביטוח בע"מ להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי (בן/בת זוג וילדים) עפ"י התנאים המופיעים בפוליסה.

*** מצב רפואי קודם**

- החברה תהיה פטורה מתשלומי תגמולי ביטוח על-פי הפוליסה בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של "מצב רפואי קודם", ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
- "מצב רפואי קודם" משמעו - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד תחילת הביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" משמעו - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים ב-6 החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- תוקף החריג בשל מצב רפואי קודם: יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד תחילת הביטוח כדלקמן:
(1) לתקופה של שנה אחת מיום תחילת הביטוח - למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח, פחות מ-65 שנים.
(2) לתקופה של חצי שנה מיום תחילת הביטוח - למבוטח, שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח 65 שנים או יותר.

א. 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 כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. במידה ורכשת כיסויים 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 באילון.

מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	קופת חולים	סוג שב"ן
עובד/ת				☐ ז ☐ נ		
בן/בת זוג				☐ ז ☐ נ		
ילד 1				☐ ז ☐ נ		
ילד 2				☐ ז ☐ נ		
ילד 3				☐ ז ☐ נ		
ילד 4				☐ ז ☐ נ		
ילד 5				☐ ז ☐ נ		
ילד 6				☐ ז ☐ נ		

ב. כתובת מגורים

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

פרמיות חודשיות	רובד מורחב פרקים א' - ט'	רובד בסיס פרקים א' - ו'	בסיס (לגלאי 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 ש"ח
בן/בת זוג מעל גיל 67	409 ₪		230 ש"ח
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 2 ילדים עד גיל 30, מהילד השלישי (עד גיל 30) ואילך חינם.

ג. תוכניות הביטוח			
נא סמן X לאיזה כיסוי ביטוחי אתה מעוניין להצטרף (עבור כל אחד מהמועמדים לביטוח):			
רובד מלא (פרק א'-ט')	רובד בסיס (עבור בני המשפחה) (פרק א'-ו')	בסיס (לגלאי 67 ומעלה בלבד) פרק א'-ב' + סעיף 1.2 בפרק ה' בלבד	
- השתלות בחו"ל - פרק א'1 - טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א'2 - ניתוחים בחו"ל - פרק א'3 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב'1 - טיפולים ומחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ג'1 - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה) - פרק ד'1 - שירותים נוספים - פרק ה'1 - פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה - פרק ו'1 - טכנולוגיות מתקדמות ברפואה ושירותים אמבולטוריים - פרק ז'1 - חוות דעת נוספת בחו"ל וכיסוי לבדיקות המבוצעות בחו"ל - פרק ח'1 - רפואה משלימה - פרק ט'1	- השתלות בחו"ל - פרק א'1 - טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א'2 - ניתוחים בחו"ל - פרק א'3 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב'1 - טיפולים ומחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ג'1 - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה) - פרק ד'1 - שירותים נוספים - פרק ה'1 - פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה - פרק ו'1	- השתלות בחו"ל - פרק א'1 - טיפולים מיוחדים בחו"ל - פרק א'2 - ניתוחים בחו"ל - פרק א'3 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב'1 - טיפולים ומחליפי ניתוח בחו"ל - פרק ג'1 - ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון" (אחידה) - פרק ד'1 - שירותים נוספים - פרק ה'1 - פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה - פרק ו'1	
עובד/ת	☐	☐	☐
בן/בת זוג	☐	☐	☐
ילד 1	☐	☐	☐
ילד 2	☐	☐	☐
ילד 3	☐	☐	☐
ילד 4	☐	☐	☐
ילד 5	☐	☐	☐
ילד 6	☐	☐	☐

ד. 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 (רל-וונטי רק לטופס עם הצהרת בריאות) מלאות וכנות. ידוע לי שתשובותי שלי ושל בני משפחתי יישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שביטוח זה אינו מכסה תביעות אשר נובעות או קשורות בעקיפין למצב בריאות לקוי, תופעה או מחלה שהיו קיימים לפני כניסת ביטוח זה לתוקף ותוך תקופת האכשרה (בהם קיימת תקופת אכשרה), למעט מבטחים אשר עוברים ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית קיימת (רצף יינתן לכיסויים חופפים). 2. הצהרת ויתור 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 הבריאות 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 בא"י כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי. בחתומי להלן, אני מאשר את הויתור על סודיות רפואית כאמור לעיל. 3. 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 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. 4. 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 ביד"י 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, 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. ☐ כן ☐ לא

ב. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת איילון קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.ayalon-ins.co.il

5. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין איילון חברה לביטוח בע"מ לבין עמית טכנולוגיות ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו לסעיפי החריגים כאמור בו.

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				