

תאריך התחלת הביטוח
שנה חודש יום
/ /

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

הטופס מנוסח בלשון זכר
ומיועד למשפחה ולגברים כאחד.

א. פרטי המועמד לביטוח						
שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה	מין	מצב משפחתי	מספר טלפון נייד
עמר	מליס	072534075	3.9.1966	ז	נ	0505931532
אילן	מליס	057509002	7.5.1962	ז	נ	0526016400
						ילד 1
						ילד 2
						ילד 3
						ילד 4
						ילד 5
						ילד 6
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	תאריך תחילת עבודה	
38 מן			31	4703518		
Email: Galit.malis@gmail.com						כתובת דוא"ל עובד
Email: eyalmalis2@gmail.com						כתובת דוא"ל בן/בת זוג

פרטים נוספים				מבטח	
מבטח	שם קופת חולים	האם יש לך ביטוח משלים?	חבר מורחב פרקים א' - ס' ("שקל ראשון")	חבר בסיס פרקים א' - ו' ("שקל ראשון")	בסיס (לגילאי 67 ומעלה בלבד) פרקים א' - ו' + סעיף 1.2 בפרק ה' בלבד
עובד	כללית ☒ מכבי ☒ לאומית ☐ מאוחדת ☐	כן ☒ לא ☐	חבר מורחב פרקים א' - ס' ☐	חבר בסיס פרקים א' - ו' ☐	חבר בסיס א' - ו' + ס' 1.2 בפרק ה' ☐
בן/בת זוג	כללית ☒ מכבי ☒ לאומית ☐ מאוחדת ☐	כן ☒ לא ☐	חבר מורחב פרקים א' - ס' ☐	חבר בסיס פרקים א' - ו' ☐	חבר בסיס א' - ו' + ס' 1.2 בפרק ה' ☐
ילד 1	כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐	כן ☐ לא ☐	חבר מורחב פרקים א' - ס' ☐	חבר בסיס פרקים א' - ו' ☐	חבר בסיס א' - ו' + ס' 1.2 בפרק ה' ☐
ילד 2	כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐	כן ☐ לא ☐	חבר מורחב פרקים א' - ס' ☐	חבר בסיס פרקים א' - ו' ☐	חבר בסיס א' - ו' + ס' 1.2 בפרק ה' ☐
ילד 3	כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐	כן ☐ לא ☐	חבר מורחב פרקים א' - ס' ☐	חבר בסיס פרקים א' - ו' ☐	חבר בסיס א' - ו' + ס' 1.2 בפרק ה' ☐
ילד 4	כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐	כן ☐ לא ☐	חבר מורחב פרקים א' - ס' ☐	חבר בסיס פרקים א' - ו' ☐	חבר בסיס א' - ו' + ס' 1.2 בפרק ה' ☐
ילד 5	כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐	כן ☐ לא ☐	חבר מורחב פרקים א' - ס' ☐	חבר בסיס פרקים א' - ו' ☐	חבר בסיס א' - ו' + ס' 1.2 בפרק ה' ☐
ילד 6	כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐	כן ☐ לא ☐	חבר מורחב פרקים א' - ס' ☐	חבר בסיס פרקים א' - ו' ☐	חבר בסיס א' - ו' + ס' 1.2 בפרק ה' ☐

פרמיות חודשיות		חבר מורחב פרקים א' - ס' מסלול מ"השקל הראשון"	חבר בסיס פרקים א' - ו' מסלול מ"השקל הראשון"	בסיס (לגילאי 67 ומעלה בלבד) פרקים א' - ו' + סעיף 1.2 בפרק ה' בלבד
מבטח עד גיל 55 כולל	122 ₪			
בן/בת זוג עד גיל 55	120 ₪			
מבטח מעל גיל 55 ועד גיל 66	241 ₪			
בן/בת זוג מעל גיל 55 ועד גיל 66	241 ₪			
מבטח בן 67 ומעלה	409 ₪			
בן/בת זוג מעל גיל 67	409 ₪			
ילד עד גיל 30	25 ₪			
ילד מעל גיל 30	126 ₪			
בית אב עד גיל 55 (בן/בת זוג עד גיל 55 וכל הילדים עד גיל 30)	162 ₪			

חשבונית בגין כל הרבדים יתהו עד גיל 30, מהילד השלישי (עד גיל 30) ואילך חינם.

פירוט הכיסויים בפוליסה - בעמוד הבא

הכיסויים בביטוח (פרק א')	חבר בטיח (עבור בני המשפחה) (פרק א')	פרטים (לגילאי 67 ומעלה בלבד) (פרק א')
- השתלות בחול' - פרק א'1 - טיפול מיוחדים בחול' - פרק א'2 - ניתוחים בחול' - פרק א'3 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב' - טיפול ומחליפי ניתוח בחול' - פרק ג' - ניתוחים וטיפול מחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון (אחידה) - פרק ד' - שירותים נוספים - פרק ה' - פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה - פרק ו'	- השתלות בחול' - פרק א'1 - טיפול מיוחדים בחול' - פרק א'2 - ניתוחים בחול' - פרק א'3 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב' - טיפול ומחליפי ניתוח בחול' - פרק ג' - ניתוחים וטיפול מחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון (אחידה) - פרק ד' - שירותים נוספים - פרק ה' - פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה - פרק ו'	- השתלות בחול' - פרק א'1 - טיפול מיוחדים בחול' - פרק א'2 - ניתוחים בחול' - פרק א'3 - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - פרק ב' - טיפול ומחליפי ניתוח בחול' - פרק ג' - ניתוחים וטיפול מחליפי ניתוח בישראל מה"שקל הראשון (אחידה) - פרק ד' - שירותים נוספים - פרק ה' - פרוצדורות שאינן ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח שברשימה - פרק ו'

הצהרת הבריאות
החברת הבריאות שלהן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים.
(כ) יש לפרט בשאלון המתאים להשלמה פרטים רפואיים. יש לרשף תעודה עדכנית מהרופא המטפל בהתייחס לבעיה המוצהרת, תוצאות בדיקות, אופן הטיפול והמצב העדכני.
על כל מעמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתחייבת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דיוגות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאגות אישיות).

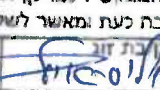
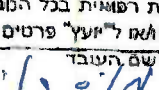
סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.	ראשי	בן/בת זוג	ילד 1	ילד 2	ילד 3	ילד 4
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)	כן	כן	כן	כן	כן	כן

פרטים כלליים	שמות המועמדים
טובה (בס"מ)	
משקל (ב"ג)	

תקן רפואי	האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע?	האם ב-3 השנים האחרונות אושפזת בבית חולים?	האם ב-3 השנים האחרונות עברת ניתוח או טיפול רפואי כל שהוא?	האם אתה מיועד לעבור ניתוח או לקבל טיפול רפואי כל שהוא בעתיד?	האם אתה נזקק לעזרה כלשהי בביצוע פעולות חיים יום יום: לקום לשכב, להתלבש, להתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוש על הסוגרם, נידות?	האם הנך סובל ממחלה כרונית כגון: יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב, סרטן?	האם הנך סובל ממחלה או בעיה הקשורה בו: צוואר, גב, מתניים, רגלים, ידיים?
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

הצהרת המועמדים לביטוח ומידע נוסף
1. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין איילון חברה לביטוח בע"מ לבין עמית טכנולוגיות ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
2. ככל שהנך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998 קרי "אדם עם לקוץ פיסית, 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.

תאריך	שם המבוטח	מספר זהות	חתימה
עובר			
בן/בת זוג			
ילדה מעל גיל 18			
ילדה מעל גיל 18			

הצהרת הבעלים על סודיות רפואית
אני/הח"מ, המועמדת לביטוח ע"י הפוליסה המבוקשת נותנת/בזה רשות למוסד לביטוח לאומי ולאו לשכר לשירותי רוחה ולאו למשרד הביטחון ולאו לאגד חברה לתחבורה בע"מ ולאו לבראטויט בע"מ ולאו קופת חולים ולאו לעובדיה הרפואיים ולאו למוסדותיה הרפואיים ולאו לסניפים, וכן לכל הרופאים וכל המוסדות ובתי החולים למסור לחברת הביטוח (לחקן "המבקש"), פרטים על מצב בריאותי ולאו כל מחלה שחליתי ולא שהנני חולה בה כעת והנני משחררת אותם וכל חופא מרופאיתם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע בריאותי ולאו מחלונתי כלל ומיותר על סודיות זו כלפי "המבקש". כמו כן, הנני מתקנת בזה רשות לחברה המבטחת למסור ל"בעל הפוליסה" ולאו ל"עמית" פרטים על מצב בריאותי ולאו כל מחלה שחליתי ולא שהנני חולה בה כעת ומאשר לשלוח להם את פחומר הרפואי שלי.
חתימה על הצהרת בריאות ויתור סודיות:  שם בן/בת זוג:  חתימה על הצהרת בריאות ויתור סודיות:  שם העובד:  תאריך: 16.7.21

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 ישמש את איילון ולא מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור בתיק מוצרי איילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאיילון להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ולא במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופיננסיים אחרים שברשותי, עיבודו 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/בת זוג	חתימה
16.7.21			אילנה זוג	

ב. הריני להודיע כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ולא החברות בקבוצת איילון, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיג 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 המזכירים 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 במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאני 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 במרכז באתר משרד האוצר את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וכי בקשה להסרת המידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות.

☐ אם 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 במרכז באתר האינטרנט המאובטח של משרד האוצר, את מוצרי הביטוח שלי בחברת איילון ובכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני
19.7.21		

תאריך	חתימת העובד
16.7.21	

תאריך: 25/07/2021

מכבי שירותי בריאות

מ.ר גורם מפנה



022201

דר' ביברמן רוני

משפחה, פנימית וכללית

התמחויות:

מומחה ברפואת המשפחה

טלפון: 03-5473181

כתובת: סוקולוב 91, רמת השרון

פרטי הנבדק:	שם משפחה: מליס	שם פרטי: איל	ת.ז.: 57509002
ת.לידה: 07/05/1962	מין: ז	טלפון: 0505931532	טל.עבודה/נייד: 0526016400
כתובת: עצמון 31, רמת השרון	מיקוד: 4703518		

אישור רפואי

מיועד ל: ביטוח

תלונות:

לביטוח

אבחנה:

• FILL OUT FORMS

בעיות ידועות:

- CORONARY ATHEROSCLEROSIS (04/2019) <50% mid LAD
- GERD
- CHOLELITHIASIS NO ACUTE CHOLECYSTITIS (10/2010) אבן בודדת ללא דלקת
- ANAL FISSURE (1)
- LOW BACK PAIN Recurrent (1)
- HEARING LOSS SUDDEN UNS Left (02/2015) ירידה בטונים גבוהים +tinnitus

תרופות קבועות:

MICROPIRIN 75MG X 30 1X1X60
LIPITOR 40MG X 30 1X1X90

הערות:

אבחנות ותרופות בכותרת. מאוזן

רישום רפואי זה כפוף לתנאים שלהלן:

הנתונים אשר באישור זה מבוססים על הרישומים שבכרטיס הרפואי, על שמו של הנ"ל במרפאה. רישומים אלה בחלקם מידע שנמסר לרופא המטפל על ידי החולה ובחלקן תוצאות של בדיקות שנעשו על ידי רופאים. קופת חולים, רופאיה ועובדיה האחרים אינם אחראים לאמיתות העובדות שנרשמו לפנינו / או מפי הוריו או אפוטרופוסיו של הנער/ ה שעליו ניתן האישור הזה לפני או בעת הגשת הטיפול הרפואי, או הבדיקה הרפואית ע"י הרופא. כן אין הם אחראים אם ביקור או טיפול או בדיקה מסויימת לא מצאו את ביטויים ברישומים שבכרטיס הרפואי הנ"ל.

25/07/2021

חתימה וחותמת הרופא

תאריך