

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים כאחד.

טופס זה מיועד לילדים מעל גיל 25, חתנים / כלות ונכדים, לילדים של בן/בת זוג מנישואים שניים.

יש להעביר את הטופס לחברת ביטוח איילון: לדוא"ל Mailh@ayalon-ins.co.il, טלפון: 072-2227654, פקס: 03-7569586, ולפרנט הביטוחים של בנק ישראל.

פרטי המבוטח הראשי						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד	☐ עובד ☐ גמלאי
				☐ ז ☐ נ		

פרטי המועמדים לביטוח					
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	
				☐ ז ☐ נ	ילד/ה מעל גיל 25 (מבוטח ראשי)
				☐ ז ☐ נ	בן/בת זוג (חתן/כלה)
				☐ ז ☐ נ	ילד (נכד) 1 (גיל 3-25)
				☐ ז ☐ נ	ילד (נכד) 2 (גיל 3-25)
				☐ ז ☐ נ	ילד (נכד) 3 (גיל 3-25)
				☐ ז ☐ נ	ילד (נכד) 4 (גיל 3-25)

כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	טלפון נייד
כתובת דוא"ל					Email:
אני מבקש להצטרף לביטוח ו/או לצרף את בני משפחתי לביטוח הוצאות ריפוי שיניים קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם באמצעות "איילון חברה לביטוח בע"מ" עד 31.03.2025.					

דמי הביטוח לחודש		תנאי הביטוח	
מבוטח	פרמיה	כיסויי הביטוח משקם מורחב • טיפולים משמרים • טיפולים משקמים, כירורגיים השתלות • טיפולים פריודנטליים נכדים (גיל 3-25) • טיפולים משמרים + אורטודנטיים (יישור שיניים) *נכד שלישי ואילך (3-25) באותו בית אב - ח'נים	
ילד מעל גיל 25	91 ש"ח		
חתן/כלה	91 ש"ח		
נכד (גיל 3-25)	37 ש"ח		

בכל אחד מהמקרים הבאים יגיע הביטוח לסיומו, הן לגבי המבוטח הראשי והן לגבי בני משפחתו - יובהר כי תנאי ביטול הפוליסה ע"י מבוטח מפורטים בהרחבה בדפי הגילוי הנאות ובסעיף 4 "הצטרפות לביטוח התחלתו והפסקתו", בחוברת הפוליסה.

1. ביטול בן/בת זוג של מבוטח ראשי שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין או בשל פרידה מידוע/ה בציבור.

2. נפטר מבוטח ראשי (ימשיכו האלמן/ה ויתומיו להיות מבוטחים, אם ירצו בכך).

3. ביטול הפוליסה לפי סעיף 4.2 בפוליסה.

הצהרת המבוטח				
ידוע לי ואני מסכים כי לשם תשלום המבטח בגין הוצאות טיפול שיניים, אפעל אך ורק בהתאם להוראות פוליסת הביטוח. אני מצהיר בחתימתי שהפרטים הרשומים לעיל הינם נכונים.				
תאריך	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	חתימה

הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי

גבייה אישית - אני מתחייב/ת להעביר מידי חודש בחודשו את דמי הביטוח הרפואי עבורי ועבור בני משפחתי, ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" מכרטיס האשראי:

אני מר/גב' _____ מס' זהות _____	כתובת _____	בעל כרטיס אשראי _____
שם פרטי _____	בתוקף עד _____	סוג כרטיס _____
תאריך _____	חתימת בעל הכרטיס _____	☐ ויזה ☐ דינרס ☐ ישראלכארט ☐ אחר