

נספח בריאות - 1

מבוטחים שאינם מסובסדים - ימלאו טופס נפרד. יש להעביר טופס זה לרפרנט הביטוחים של בנק ישראל. עובדים קיימים ובני משפחותיהם המעוניינים להצטרף לביטוח לראשונה - ימלאו טופס נפרד.

טופס זה מיועד:

- **מבוטח קיים (עובד/גמלאי)** ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדיהם עד גיל 25) המבקשים לרכוש הרחבה לביטוח תוך 90 ימים ממועד תחילת הביטוח.
- עובד חדש ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדיהם עד גיל 25) המצטרפים לביטוח (רובד בסיס / רובד הרחבה) תוך 90 ימים ממועד תחילת זכאותו של העובד לביטוח אצל בעל הפוליסה.
- בן/בת זוג חדשה - הצטרפות לביטוח (רובד בסיס / רובד הרחבה) תוך 90 יום מתאריך הנישואין (נא ציין בטבלה מטה את פרטי העובד/ת הנישוא/ת).
- תינוק שנולד וצורף לביטוח (רובד בסיס / רובד הרחבה) תוך 6 חודשים מיום לידתו - בכפוף להשלמת פרמיה מיום לידתו (נא ציין בטבלה מטה את פרטי ההורה שהינו עובד הבנק).

שדה זה ימולא על ידי עובד חדש: תאריך הזכאות הראשוני לרכישת ביטוח ____ / ____ / ____

מסלול הביטוח הממומן (רובד בסיס) לעובד/גמלאי ובני משפחותיהם, הינו כיסוי לניתוחים במסלול שב"ן*, באפשרותך לרכוש **רובד הרחבה לכיסוי ניתוחים מסלול מ"השקל הראשון*****, למעוניין נא למלא את פרטי המבוטח/ים בטבלה שלהלן ולסמן ב-X בעמודה מסלול מ"השקל הראשון" (עמודה שמאלית).

אם את/ה מבקשים להצטרף לרובד ההרחבה שהנו בתשלום נוסף כמפורט מטה, אנא מלא/י פרטי כרטיס אשראי בעמוד השני.

א. פרטי המועמדים לביטוח: רובד הרחבה למבוטחים קיימים, עובד חדש עובד חדש ובני משפחתו, בן/בת זוג חדשה, תינוק/ת חדשה. נא לסמן X בריבוע הנכון.						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	רובד הרחבה - מסלול מ"השקל הראשון"	
				☐ ז ☐ נ	☐ כן ☐ לא	עובד/ת, גמלאי/ת
				☐ ז ☐ נ	☐ כן ☐ לא	בן/בת זוג
				☐ ז ☐ נ	☐ כן ☐ לא	ילד* 1 עד גיל 25
				☐ ז ☐ נ	☐ כן ☐ לא	ילד* 2 עד גיל 25
				☐ ז ☐ נ	☐ כן ☐ לא	ילד* 3 עד גיל 25
				☐ ז ☐ נ	☐ כן ☐ לא	ילד* 4 עד גיל 25
כתובת מגורים		רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד	
כתובת דוא"ל		Email: @			מספר טלפון נייד	

* ילד עד גיל 25 - מילד שלישי ואילך חינם.
 ** מסלול ניתוחים משלים שב"ן - כיסוי לניתוחים לאחר מימוש הזכאות במשלים של קופת החולים.
 *** מסלול ניתוחים מהשקל הראשון - חברת הביטוח מממנת את הניתוח מ"השקל הראשון" ללא צורך בפניה מקדימה למשלים של קופת החולים.

פרטים נוספים					
מבוטח	עובד/ת, גמלאי/ת בן/בת זוג ילד 1 עד גיל 25 ילד 2 עד גיל 25 ילד 3 עד גיל 25 ילד 4 עד גיל 25	שם קופת חולים	כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐	האם יש לך ביטוח משלים?	☐ כן ☐ לא
					☐ כן ☐ לא
					☐ כן ☐ לא
					☐ כן ☐ לא
					☐ כן ☐ לא
					☐ כן ☐ לא

פרמיה חודשית בפ"ח לפי הפירוט שלהלן:	מבוטח	רובד בסיס (פרק א'-ה') הכולל ניתוחים משלים שב"ן	תוספת פרמיה להרחבה למסלול ניתוחים מהשקל הראשון - (פרק ו')	מבנה הפוליסה / הכיסויים
עובד/ת / גמלאי/ת		183 ש"ח	6 ש"ח	רובד בסיס • השתלות בארץ ובחו"ל וניתוחים / וטיפולים מיוחדים בחו"ל • תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות • ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל • שירותים רפואיים אמבולטוריים • ניתוחים פרטיים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח במסלול משלים שב"ן
בן/בת זוג		183 ש"ח	6 ש"ח	רובד הרחבה • ניתוחים פרטיים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח במסלול מ"השקל הראשון"
ילד עד גיל 25		36.60 ש"ח	1.20 ש"ח	

* ילד עד גיל 25 - מילד שלישי ואילך חינם.
 ** צירוף לביטוח של ילדים מעל גיל 25 או חתן/כלה ונכדים יבוצע באמצעות טופס נפרד.

ב. הצהרת המועמדים לביטוח ומידע טרם חתימה

1. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסכם בין איילון חברה לביטוח בע"מ לבין בנק ישראל ובכפוף להוראותיו, הגדרותיו ולסעיפי החריגים כאמור בו.
2. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסת וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסת ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת איילון ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסת ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של איילון חברה לביטוח בע"מ.
3. **למבקשים/הצטרף לרובד הבסיס כיסוי לניתוחים בארץ, תלוי שב:**
 - א. לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חבר/ים ("שב"): "כללית מושלם/פלטנו", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא" (לאחר מכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם).
 - ב. הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בפרק לכיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב" אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישלמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. המבטח ישלם את ההפרש שבין

- ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.
 - ג. לידעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי לניתוחים בארץ תלוי שב" נמוכים מדמי הביטוח בביטוח לכיסוי מלא לניתוחים (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן. תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון").
 - ד. בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן תהיה/תהיו זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים.
- 4. הצהרת המועמדים לביטוח:**
- א) אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מאילון חברה לביטוח בע"מ ("להלן "החברה") לבטח אותי/אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.
- אני/אנו מצהיר/ים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
 - בעת צירוף ילדים עד גיל 25 לביטוח (סעיף חובה למענה): הסכמה והצהרה זו, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתומת/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. האם הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?
☐ כן ☐ לא

הצהרת המבוטח

אני מאשר בזאת בחתימתי שכל המידע המופיע לעיל הנו נכון.

תאריך	מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	חתימה העובד/ת / גמלאית

ג. 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, 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.

תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימה	שם המועמד לביטוח	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. לא מעוניין לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת.
- מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת איילון קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.ayalon-ins.co.il.

ד. 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 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. לידעתך, 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 ותעדידות.

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

תאריך	חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני

ה. הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי - תשלום עבור רובד ההרחבה

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי ההצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי איילון חברה לביטוח, ואשר מספר כרטיס האשראי שלי נקוב בהן. הוראה זו נחתמה על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי לאיילון חברה לביטוח בע"מ להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט איילון חברה לביטוח בע"מ למנפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו ע"י איילון חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי לאיילון חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת הביטוח הנ"ל באיילון חברה לביטוח בע"מ תחודש, יחויב בגין חיובים הנובעים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

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	שם משפחה	סוג כרטיס	בתוקף עד
		☐ ויזה ☐ דינרס ☐ ישראלכארט ☐ אחר	חתימת בעל הכרטיס
תאריך			