

הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי עבור ילד מעל גיל 25 [בני זוג של ילד (חתן/כלה), ילדים של בן/בת זוג מנישואים שניים, ילדי הילדים (נכדים)] של עובדי וגמלאי בנק ישראל שאינם מסובסדים ע"י הבנק ומשלמים באמצעי גביה אישי - כולל הצהרת בריאות

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

שם העובד/גמלאי: _____ מס' זהות: _____ מס' טלפון נייד: _____

א. פרטי המועמדים לביטוח, למצטרפים לרובד הבסיס - במסלול משלים שב"ן						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מבקש לרכוש הרחבה למסלול מ"השקל הראשון"	
ילד/ה מעל גיל 25 (מבוטח ראשי)				☐ ז ☐ נ	☐ כן	
בן/בת זוג (חתן/כלה)				☐ ז ☐ נ	☐ כן	
נכד* 1 עד גיל 25				☐ ז ☐ נ	☐ כן	
נכד* 2 עד גיל 25				☐ ז ☐ נ	☐ כן	
נכד* 3 עד גיל 25				☐ ז ☐ נ	☐ כן	
נכד* 4 עד גיל 25				☐ ז ☐ נ	☐ כן	
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד		
כתובת דוא"ל ילד מעל גיל 25, חתן / כלה		Email:		מספר טלפון נייד		

* נכד עד גיל 25 - מנכד שלישי ואילך חינם. בכפוף לכך ששני ההורים מבוטחים (למעט משפחה חד הורית) ולכל בית אב בנפרד.
** מסלול ניתוחים משלים שב"ן - כיסוי לניתוחים לאחר מימוש הזכויות במשלמים של קופת החולים.
*** מסלול ניתוחים מהשקל הראשון - חברת הביטוח מממנת את הניתוח מ"השקל הראשון" ללא צורך בפניה מקדימה למשלמים של קופת החולים.

פרטים נוספים		
מבוטח	שם קופת חולים	האם יש לך ביטוח משלים?
ילד/ה מעל גיל 25	☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא
בן/בת זוג (חתן/כלה)	☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא
נכד* 1 עד גיל 25	☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא
נכד* 2 עד גיל 25	☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא
נכד* 3 עד גיל 25	☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא
נכד* 4 עד גיל 25	☐ כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת	☐ כן ☐ לא

מבוטח	רובד בסיס (פרק א'-ה')	תוספת פרמיה להרחבה למסלול ניתוחים מהשקל הראשון - (פרק ו')	מבנה הפוליסה / הכיסויים	פרמיה חודשית בש"ח לפי הפירוט שלהלן:
ילד מעל גיל 25	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	
נכד עד גיל 25	36.60 ש"ח	1.20 ש"ח	רובד הרחבה • ניתוחים פרטיים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח במסלול מ"השקל הראשון"	
נכד מעל גיל 25 חתן / כלה	183 ש"ח	6 ש"ח		

* נכד עד גיל 25 - מנכד שלישי ואילך חינם. בכפוף לכך ששני ההורים מבוטחים (למעט משפחה חד הורית) ולכל בית אב בנפרד.

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 לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת איילון ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של איילון חברה לביטוח בע"מ.
3. **למבקשים/למצטרף לרובד הבסיס כיסוי לניתוחים בארץ, תלוי שב"ן:**
 - א. לצורך מימוש הכיסוי בגין ניתוח יהיה עליך/ם לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך/ם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתה/ם חברה/ים ("שב"ן": "כללית מושלם/פליטנו", "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"ן אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חברה/ים. כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו 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"ן 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.

5. הצהרת המועמדים לביטוח:

א) אני/אנו החתום/ים מטה מבקש/ים בזה מאיילון 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 נכדים עד גיל 25 לביטוח (סעיף חובה למענה): הסכמה והצהרה זו, יחולו גם על הנכדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתומת/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. האם הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?
כן ☐ לא ☐

אני מאשר בחתימתי שהפרטים המופיעים לעיל הינם נכונים:

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימה

ג. 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 בסימון ✓ 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.

												ראשי	בן/בת זוג	נכד 1		נכד 2		נכד 3		נכד 4		
כן		לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא				

1. שאלון הצהרת בריאות - האם סבלת או הנך סובל מאחת מהמחלות הבאות:

1.	אירוע מוחי – נא צרף מכתב עדכני מרופא מטפל האם נותרה פגיעה תפקודית, מתי היה האירוע, האם היו אירועים חוזרים ומהי האבחנה הרפואית לסוג האירוע? מחלה או מגבלה בעיניים?
2.	מחלת לב, כלי דם, מחלת דם, לחץ דם, שומנים בדם
3.	מחלת ריאות, אסטמה.
4.	סוכרת, מחלת כבד, מחלות חילוף חומרים (אנדוקרינולוגיות) – נא צרף מכתב מהרופא המטפל.
5.	מחלה הקשורה בכליות, מחלה הקשורה בדרכי השתן
6.	מחלה או מגבלה הקשורה בעמוד השדרה, מחלת פרקים, אוסטיאופורוזיס/ירידה בצפיפות העצם
7.	מחלה ממארת ו/או גידול כלשהו – נא צרף מכתב עדכני מרופא אונקולוג מטפל ותוצאות בדיקות היסטולוגיות, מחלה ו/או תופעה כרונית כלשהי, מחלה תורשתית
8.	פיגור שכלי, מחלת מערכת העצבים, הפרעה התפתחותית, מחלת נפש, אפילפסיה
9.	האם עברת: ניתוח – נא צרף סיכום ניתוח, אושפזת ב-5 השנים האחרונות, האם הינך נמצא בטיפול רפואי תרופתי ו/או השגחה רפואית כלשהי?
10.	האם הינך סובל/ת מפציעה או נזק מתאונה?
11.	הפרעות בקיבה, הפרעות או מחלות במערכת העיכול?
12.	לנשים: סובלת ו/או סבלת ממחלה הקשורה בכל תופעה גניקולוגית? האם את בהיריון?
13.	האם הינך מעשן ו/או עישנת במהלך 5 השנים האחרונות? _____ סיגריות ליום
14.	מחלה הקשורה בעיניים / בראייה?

פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הבריאות (נא ציין את מס' הסעיף אליו אתה מתייחס)			
שם המבוטח	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'

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 אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי איילון חברה לביטוח בע"מ ישמש את איילון ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי איילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאיילון להביא לידיעתי 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, ולמטרת לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ובטעם של איילון.

תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימה	שם המועמד לביטוח	חתימה

ב. הרינו להודיעך 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 חיגוי אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומות כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומות 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.

□ לא מעוניין לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת.

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 פוליטות 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 ממטה 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.

□ 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
-------	------------------	-----------------

הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי

אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי ההצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שהיה 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 לאילון חברה לביטוח בע"מ להעביר למפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרט איילון חברה לביטוח בע"מ למפיקה. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו 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 שיונפק וישטח מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת הביטוח הנ"ל באיילון חברה לביטוח בע"מ תתחדש, יחויב בגינה 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 ספר _____ בתוקף עד _____ סוג כרטיס _____ ויזה ☐ דינרס ☐ ישראכארט ☐ אחר _____												
תאריך _____ חתימת בעל הכרטיס _____												