

יש להעיר את הטופס לחברת ביטוח איילון: לדוא"ל [Mailh@ayalon-ins.co.il](mailto:Mailh@ayalon-ins.co.il) וטלפון: 03-7569586, פקס: 072-2227654

שם העובד/גמלאי: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_ מס' טלפון נייד: \_\_\_\_\_

<b>א. פרטי המועמדים לביטוח, למצטרופים לרובד הבסיס - בمسلسل משלים שב'</b>							
מבקש לרכוש הרחבה לمسلسل מ"השקל הראשון"	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	רחוב	כתובת מגורים
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> נ						ילד/ה מעלה גיל 25
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> נ						בן/בת זוג (חתן/ כלה)
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> נ						נכד* 1 עד גיל 25
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> נ						נכד* 2 עד גיל 25
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> נ						נכד* 3 עד גיל 25
<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> נ						נכד* 4 עד גיל 25
		מיקוד	מספר בית	יישוב			
מספר טלפון נייד		@				כתובת דוא"ל ילד מעלה גיל 25, כלה	
<small>* ננד עד גיל 25 - מננד שלישי ואילך חינם. בכפוף לכך שני ההורם מבוטחים (למעט משפחה חד הורית) וכל בית אב בנפרד.  ** מסלול ניתוחים משלים שב"ן - נגיש לנתחים לאחר מימוש הזכאות במשלים של קופת החולים.  *** מסלול ניתוחים מהשקל הראשון - חברת הביטוח ממנת את הנתחה מ"השקל הראשון" ללא צורך בפניה מקדימה למשלים של קופות החולים.</small>							

<b>פרטים נוספים</b>		
האם יש לך ביטוח משלים?	שם קופת חולים	מברשת
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/> מאוחדת	ילד/ה מעלה גיל 25
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/> מאוחדת	בן/בת זוג (חתן/כלה)
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/> מאוחדת	נכד 1 עד גיל 25
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/> מאוחדת	נכד 2 עד גיל 25
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/> מאוחדת	נכד 3 עד גיל 25
<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כללית <input type="checkbox"/> מכבי <input type="checkbox"/> לאומי <input type="checkbox"/> מאוחדת	נכד 4 עד גיל 25

מבנה הפוליסה / הנסיבות	תוספת פרמייה להרחבבה לمسلسل ניתוחים מהשקל הראשון - (פרק א'-ה') הכולל ניתוחים משלים שב'	רובד בסיס (פרק א'-ה') נכד עד גיל 25 (פרק ב')	מברשת	פרמייה חדשנית בש"ח לפוי הפרוט שללה:
<b>רובד בסיס</b>	• השתלות בארץ וב בחו"ל מיוחדים בחו"ל • תרופות שאינן כוללות בסל הבריאות • ניתוחים וטיפולים מחלפי ניתוח בחו"ל • שירותי רפואיים אמבולטוריים • ניתוחים רפואיים בישראל וטיפולים מחלפי ניתוח במסלול משלים שב"	6 ש"ח	183 ש"ח	ילדי מעלה גיל 25
		1.20 ש"ח	36.60 ש"ח	נכד עד גיל 25
		6 ש"ח	183 ש"ח	נכד מעלה גיל 25 חתן / כלה

\* ננד עד גיל 25 - מננד שלישי ואילך חינם. בכפוף לכך שני ההורם מבוטחים (למעט משפחה חד הורית) וכל בית אב בנפרד.

**א. ב. הצהרת המועמדים לביטוח ומידע טרם חתימה**

- ג. לדיעתך, דמי הביטוח בגין כיסוי ליתוחים בארץ תלוי "شب"ן" נוכחים  
מדמי הביטוח בביטחון לכיסוי מלא ליתוחים (לא תלות בזכויות  
המוןוקות בשב"ן). תכנית בעלת כיסוי ביטוח "mahsakl הראשון".

ד. בעת סיום חיבורת/ם בתוכנית השב"ן תהיה/הו צאי/ם לפנות  
למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוח "mahsakl הראשון" תוך 60  
ימים ממועד הודעה קופת חולים.

### 5. הצהרת המועמדים לביטוח

- א) אני/אנו החתומים מטה מבקשים בזה מיילון חברה לביטוח בעמ' ("החברה") לבטח אותנו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

  - אני/אנו מצהירים בזה כי כל התשובות הן נכוןות ומלואות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.
  - בעת צירוף נכדים עד גיל 25 לביטוח (סעיף חובה למנה): הסכמה וההצעה זו, יחול גם על הנכדים ששמותיהם נקבעים בהצעה וחתימתהם על המסמכים הינה גם בשםם כאופטראפוז.
  - האם הנר/ם מוסמך/ים להחתום על מסמכים אלו עבורה?

כן/לא

1. תנאי הביטוח הינם כאמור בהסתמך בין א'ילון חברה לביטוח בע"מ לבין ישראל ובכפוף להוראותיו, הגדרתו לסעיפים החיריגים כאמור בו.
2. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הцентрופטור לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת א'ילון / או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של א'ילון חברה לביטוח בע"מ.

3. למקשיהם להצטרף לרובד הבסיס כיסוי לניטוחים בארץ, תלוי שב":

- א. לצורך שימוש הכספי בגין ביתו יהיה עלייה לפנות לקופת החולום לימוש ציוריתיהם על-פי תכנית שירותי הבריאות הנוספים בה אתהם חברים (شب"ן: "כללית מושלים/פלטינום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שייא") לאחר מכן לפנות למבחן לשימוש ציוריתיהם.

ב. היכי' מכסה את ההוצאות הרפואיות הנוצרות בפרק לישוי לניתנים בארץ תלי' שב' אשר מעבר לכיסוי המוקנה בש' ב' את/ה חבר/ים. לעומת זאת, היכי' מהו/a הביטוח משלים, אשר על פיו ישולם תגמול/י בטיחו בגין ניתוח המכוסה בפוליסת, שהם מעלה ומעבר להשתתפות השב'. המבטח ישלם את הפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פיה הפוליסת לבין ההוצאות המיעילות מהשב'. זאת עד לתקרה הקבועה בפוליסת.

**אני מאשר בחתימתה שהפרטים המופיעים לעיל הינם נכונים:**

תאריך	שם פרטי ומשפחה	מספר זהות	חתימה
			

ג. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת

- אני מסכין, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודוטוי, המצוין או שהיה מצוי ביד אילון חברה לביטוח בע"מ ישמש את אילון / או מי מטעמו, גם לכל עניין הקשור בתרם מוצר אילון ובשירותים, לרבות כדי לאפשר לאילון להבא לידייעת מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליטות / או במווצרי ביתוח, חיסכון ארך טווח וויננסים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונתו של המידע, וכן לשימושים נוספים המלויים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות הקשורות אחרת, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדים שלישיים הפעלים בשמה ומטעמה של אילון.

תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימה	שם המועמד לביטוח	חתימה	שם המועמד לביטוח	חתימה

ב. הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבל מאת החברה (ככל שנתה הסכמה להעברת פרטיך), הצעות שיווקיות ובקרה פרטומת על מוציאר ושירותי החברה /או חברות בקבוצת איילון, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מעכנת חיבור אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אין מוסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסוםך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס א' קבלת פרסום והצעות שיווקיות" הנעומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.ayalon-iots.co.il](http://www.ayalon-iots.co.il) או באמצעות פניה בכתב לתיבות: רחובABA  
בלול סולבר 12. רמת גן, או באמצעות פניה טלפונית למספר 1-800-35-2001.

□ לא מכוון לקלל האzuות שזיהוות ודברי פרוטומת

ג. מיעד גופף אודיות מודיניות הפרטיות של הגופים המופידים בקבוצת אילו ג'יט באחר האינטראקט של הקבוצה כתובות זו- [www.avalon-ins.co.il](http://www.avalon-ins.co.il).

**א** ד. בקשה להפרת מידע צוליות מאתר משרד האוצר

- רשות שוק ההון הקימה אתגר אינטראקטיבי מודולרי ליראות במורכז את מוציא הbijוט שרך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נבדק אליהם. אם אין לך נתונים, עליך ליצור קשר עם חברותנו. ככל שאתה מעוניין לעבור את הטריטוריה של רשות שוק ההון כאמור, עליך לחתום מטה על>bיקשה שלא להעביר את הפרטיהם, או למלא טופס בקשה מТАים הקם'ם באתגר האינטראקטיבי של החברה. לדיעטך, אי' העברת הנתונים תמנע מך לראיות במורכז האוצר את מוציא הbijוט שרך בכל חברות הביטוח בישראל וכי בקשה להסרת המידע כאמור, חלה על פוליזות קיימות ועתידיות.

□ אני מבקש להסיר את כל נתונים פוליזות הביטוח הקיימות על-שם בחברת איילון, מאתגר האינטראקטיבי של משרד האוצר. ידוע לי כי' העברת הנתונים תמנע ממני לראיות במורכז האינטראקטיבי של משרד האוצר, את מוציא הbijוט של בחברת איילון ובכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חותימת מועמד ראשוני	חותימת מועמד שני	
-------	---------------------	------------------	--

**א** הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי

- אני ה'מ, נוטן לך בזאת הרשאה להיזבב את החשבון כמשמעותו בתנאי ההצהרונות להסדר כרטיס האשראי, בסכום שהיה נקוב ברשותה החייבים שiomצאו לך עלי-ידי, ואשר מסחר כרטיס האשראי שלך נקוב בהן. הוראה זו נחתמה על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכוםיהם, הוואיל וונתנה על ידי לאילוון חברה לביטוח בע"מ להעביר למונפקת ה الكرטיס חיובים מעת כתף שטרטס לאילוון חברה לביטוח בע"מ למונפקה. סכומי החייבים ממועדיהם יקבעו ע"י לאילוון חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלומים של פוליסת הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת כתף. הרשאה זו תפקע בהודעה שליל לאילוון חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיווק ויישם מסחר אחר, כחולפה לנכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. היה ופוליסת הביטוח הנ"ל באילוון חברה לביטוח בע"מ תוחדש. יחויב בגין כל חybום העקבים מחידוש הביטוח הנ"ל בהתאם.

**גביה אישית** - אמי מתחייבת להעיבר מיידי חדש בחודשו את דמי הביטוח הרפואית עברו ועובד בנו משפחתי, "איילון חברה לביטוח בעמ" מכרטיס האשראי;

תאריך		שם ספורי		מו' זהות		כתובת		בעל כרטיס אשראי	
חתימת בעל הכרטיס		בתקף עד		סוג כרטיס		ויזה			
						<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינר <input type="checkbox"/> ישראכרט <input type="checkbox"/> אחר			