

הצטרפות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי וגמלאי בנק ישראל ובני משפחותיהם שלא היו מבוטחים בביטוח הקודם טופס זה מיועד למבוטחים המסובסדים על ידי בנק ישראל - כולל הצהרת בריאות

מבוטחים שאינם מסובסדים - ימלאו טופס נפרד. יש להעביר טופס זה לרפרנט הביטוחים של בנק ישראל.
טופס זה מיועד:

- לעובד / גמלאי ובני משפחתו (בן/בת זוג וילדיהם עד גיל 25).
 - לבן/בת זוג שנישא ומצטרף לביטוח לאחר 90 יום ממועד הנישואים.
 - לתינוק שנולד ומצורף לביטוח לאחר 6 חודשים ממועד לידתו.
 - לעובדים חדשים ובני משפחותיהם המצטרפים לביטוח (לרובד הבסיס ולרובד ההרחבה) לאחר 90 ימים ממועד תחילת עבודתו של העובד בבנק.
- מסלול הביטוח המסובסד (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 אתה מבקשים להצטרף לרובד ההרחבה שהנו בתשלום נוסף כמפורט מטה, אנא מלא/י פרטי כרטיס אשראי בעמוד השני.

א. פרטי המועמדים לביטוח לרובד הבסיס - מסלול ניתוחים משלים שב"ן						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	רובד הרחבה - מסלול מ"השקל הראשון"	
עובד/ת, גמלאי/ת (מבוטח ראשי)				נ ☐ ז ☐	כן ☐	
בן/בת זוג				נ ☐ ז ☐	כן ☐	
ילד* 1 עד גיל 25				נ ☐ ז ☐	כן ☐	
ילד* 2 עד גיל 25				נ ☐ ז ☐	כן ☐	
ילד* 3 עד גיל 25				נ ☐ ז ☐	כן ☐	
ילד* 4 עד גיל 25				נ ☐ ז ☐	כן ☐	
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד		
כתובת דוא"ל עובד/גמלאי	@		Email:		מספר טלפון נייד	

* ילד עד גיל 25 - מילד שלישי ואילך חינם.
** מסלול ניתוחים משלים שב"ן - כיסוי לניתוחים לאחר מימוש הזכויות 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	שם קופת חולים	כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐	האם יש לך ביטוח משלים?	כן ☐ לא ☐
בן/בת זוג			כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐		כן ☐ לא ☐
ילד 1 עד גיל 25			כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐		כן ☐ לא ☐
ילד 2 עד גיל 25			כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐		כן ☐ לא ☐
ילד 3 עד גיל 25			כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐		כן ☐ לא ☐
ילד 4 עד גיל 25			כללית ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ מאוחדת ☐		כן ☐ לא ☐

פרמיה חודשית בש"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 רובד הרחבה • ניתוחים פרטיים בישראל וטיפולים מחליפי ניתוח במסלול מ"השקל הראשון"	
בן/בת זוג	183 ש"ח	6 ש"ח		
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, חתן/כלה ונכדים ייעשה בטופס נפרד.

ב. 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		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
שמות המועמדים											
גובה בס"מ											
משקל בק"ג											

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 הצהרת הבריאות (נא ציין את מס' הסעיף אליו אתה מתייחס)

שם המבוטח	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'

ג. 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/הצטרף 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 חברים (שב"ן): "כללית מושלם/פלטיום", "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 חברים. 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. לידיעתך, 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.
4. הצהרת המועמדים לביטוח:
- א) אני/אנו החתום/ים מטה מבקשים/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 ילדים עד גיל 25 לביטוח (סעיף חובה למענה): הסכמה והצהרה זו, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתימתך/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
-------	-----------	---------	----------	------------------------

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 ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי איילון ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לאיילון להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לצורך טיפול בפוליסות ו/או במוצרי ביטוח, חיסכון ארוך טווח ופניסטיים אחרים שברשותי, עיבודו ואחסונו של המידע, וכן לשימושים נוספים הלוויים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, ולמטרות לגיטימיות קשורות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של איילון.

- 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 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. ☐ 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 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. 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
-------	------------------	-----------------

ו. 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 שיונפק 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, "לאיילון חברה לביטוח בע"מ" מכרטיס האשראי:

אני מר/גב'	מס' זהות	כתובת	בעל כרטיס אשראי
שם פרטי	שם משפחה	בתוקף עד	סוג כרטיס
			ויזה ☐ דינרס ☐ ישראכארט ☐ אחר ☐
תאריך	חתימת בעל הכרטיס	חתימת מועמד שני	