

מס' קולקטיב	שם סוכן כבירי משגב	האם הטופס מולא באמצעות סוכן: ☐ כן ☐ לא	מספר עובד	תאריך התחלת הביטוח*	תאריך התחלת עבודה	חתימת העובד לגבי תאריך תחילת העבודה:
				שנה / חודש / יום	שנה / חודש / יום	

טופס זה מיועד לעובדים המעוניינים להצטרף לביטוח הבריאות הקבוצתי (בתום תקופת חלון ההזדמנויות) או מעוניינים לצרף בני משפחה. בתום תקופת זו ניתן להצטרף לביטוח רק לאחר מילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות *צירוף בני משפחה של העובד מותנה בביטוח העובד.

א. פרטי המועמד הראשי לביטוח						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	מספר טלפון נייד	עובד/ת
				☐ ז ☐ נ		
רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	טלפון בעבודה		כתובת מגורים
Email: @			שם קופת חולים	ש"ן מסוג		כתובת דוא"ל

ב. פרטי המועמדים לביטוח						
מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תחשב כהסכמת הקטין. במידה ורכשת כיסויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד. במידה ורכשת כיסויים נוספים, עבורך ו/או עבור בני משפחתך, באמצעי גביה אישי - פרטי הקשר ישמשו אותנו גם למשלוח דיוורים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולמוצרים אחרים שלך באיילון.						
חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס לפוליסה זו ולכלל המוצרים שלך באיילון, ישלחו אליך באמצעים דיגיטליים, אם ישנם, לפי פרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, לצפות בפרטי הקשר המעודכנים אצלנו ו/או לעדכןם באפשרותך לעשות זאת, בכל עת, באזור האישי שלך באתר החברה www.ayalon-ins.co.il .						
מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	שם קופת חולים	ש"ן (ביטוח משלים) מסוג

בן/בת זוג				☐ ז ☐ נ		
ילד עד גיל 26				☐ ז ☐ נ		
1				☐ ז ☐ נ		
2				☐ ז ☐ נ		
3				☐ ז ☐ נ		
4				☐ ז ☐ נ		
ילד בוגר מעל גיל 26				☐ ז ☐ נ		
1				☐ ז ☐ נ		
2				☐ ז ☐ נ		

פרטי התקשרות						
מספר זהות	רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף
עובד/ת						
בן/בת זוג						
☐ כתובת זהה לעובד						
ילד מעל גיל 18						
☐ כתובת זהה לעובד						
כתובת דוא"ל (e-mail) להודעות אישיות ודיוורים	עובד/ת		@			
	בן/בת זוג		@			
	ילד מעל גיל 18		@			
	ילד מעל גיל 18		@			

לתשומת ליבכם: אם לא ימולאו פרטי ההתקשרות של בן/בת הזוג ו/או ילד בוגר - פרטי ההתקשרות של העובד/ת ייחשבו כפרטיהם לצורך משלוח דיווחים ומידע.

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.

על כל מועמד לביטוח שגילו 65 ומעלה לצרף תעודה רפואית המתייחסת למצבו הרפואי לרבות התייחסות לניתוחים, תרופות (קבועות), אבחנות רפואיות, אשפוזים ותוצאות בדיקות דימות מיוחדות שבוצעו ב-5 השנים האחרונות (למעט במקרה של רכישת ביטוח תאונות אישיות).

פרטים אישיים												פרטים משפחתיים											
ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4													
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא				
												שמות המועמדים											
												גובה (בס"מ)											
												משקל (בק"ג) (ילדים מגיל 10)											

1. שאלון מבוא כללי ושאלון עישון

1.	הרגלי עישון: האם אתה מעשן? אם כן, כמה סיגריות ליום _____ במשך _____ שנים.
2.	האם אתה צורך אלכוהול או צרכת בעבר?
3.	האם צורך / צרכת סמים קטע או בעבר?
4.	האם הנך נוטל תרופות באופן קבוע ו/או מצוי במעקב רפואי. נא פרט
5.	האם אתה מועמד לעבור או קיימת המלצה לעבור ניתוח ו/או בדיקה פולשנית ו/או בדיקת הדמיה? נא פרט
6.	האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת ו/או נותחת ו/או עברת בדיקה פולשנית ו/או הדמיה עם ממצאים חריגים? נא פרט
7.	האם קיימת נכות כלשהי ו/או האם הנך נמצא בתהליך לקבלת נכות. נא פרט

2. האם אצל מישור מביין המועמדים לביטוח אובחן/נה אחד או יותר מהמומים/מחלות/הפרעות?

1.	במערכת העצבים והמוח, עיכוב התפתחותי - לרבות אפילפסיה, אירוע מוחי כלשהו, גידול מוחי, אדנומה, סחרחורות, התעלפויות, ניוון שרירים, טרשת נפוצה, פרקינסון, פיגור, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז.
2.	בנפש - לרבות דיכאון, חרדה, מצב רוח - ציקלותמיה, סכיזופרניה, מחלה דו קוטבית, תסמונת פוסט טראומטית - PTSD.
3.	בדרכי נשימה, ריאות - לרבות אסטמה, COPD - מחלת ריאות חסימתית, דלקות ריאה ו/או ברוניטיס חוזרות, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה.
4.	בעור - לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, אקזמה, נגע ו/או גידול בעור.
5.	בלחץ דם מערכת הלב וכלי הדם - לרבות יתר לחץ דם ב-10 השנים האחרונות, כאבי חזה, התקף לב, הפרעת קצב ו/או הולכה, אינשוש, פגיעה במסתמים, מום מולד, צינתור, טרומבוז, מפרצת, ורידים מורחבים, מחלת כלי דם היקפית - PVD.
6.	במערכת העיכול - לרבות חוזר ונשני, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, טחורים, פיסורה, פיסטולה, אבסס, רקטוצלה.
7.	בקע / הרניה - לרבות מפשעתי, בטני, טבורי, סרעפתי ו/או צלקת ניתוחית.
8.	בכבד, במרה, בלבלב - לרבות הפטיטיס, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת - צירוזיס, אבנים בדרכי ו/או כיס מרה דלקת בלבלב - פנקריאטיטיס.
9.	בכליות בדרכי השתן, ערמונית - לרבות כליה קטנה ו/או חסרה, אבנים, ריפולקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית השתן, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, אי ספיקה, כליה פוליציסטית, ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית.
10.	מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) - לרבות סוכרת, שומנים בדם, שיגדון - גאוס, FMF, גושה, בלוטת התריס, פרולקטינומה/פרולקטינימה, הפרעות גדילה, הזעת יתר.
11.	בדם, בטחול, במערכת החיסון - לרבות ערכים חריגים בספירת דם, אנמיה, הפרעה בקרישת דם, טחול מוגדל, הפרעה במערכת החיסון.
12.	מחלות זיהומיות, מחלות מין - לרבות איידס (גם נשאות), שחפת.
13.	מחלות ממאירות, גידולים ממאירים - לרבות גידול סרטני וטרומ סרטני.
14.	במערכת השלד והשרירים - לרבות שבר, פריקה, פגיעה בגידים/רצועות, כאבי גב, בעיה בחוליות, בכטבר, בריחת סידן - אוסטאופורוזיס/אוסטאופניה, פרטס.
15.	במערכת הראיה - לרבות כבדות ראייה, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, משקפים מעל מס' 7, אובאיטיס, קרטוקונוס.
16.	אף אוזן גרון - לרבות פגיעה בשמיעה, מנייר, טינטון, סינוזיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף פוליפיים, שקדים, דלקות אזניים חוזרות, פגיעה כלשהי במיתרי הקול.
17.	במערכת המין והרבייה - לרבות גוש בשד, דימומים בלא קשר למחזור, כעת בהריון, רחם שריני, צניחת רחם ו/או נרתיק, בעיות פרייון (גם אצל גברים), קונדילומה, אשך טמיר, וריקוצלה, הידרוצלה, היפוספדיאס.
18.	מחלות ראומטיות - (מפרקים) לרבות דלקת מפרקים ניוונית - אוסטאוארטרוזיס, דלקת מפרקים שיגרונית - ראומטיד ארטריטיס, לופוס - זאבת, פיברומיאלגיה.

פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא ציין את מס' הסעיף אליה אתה מתייחס)

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

ד. תוכניות הביטוח

רובד בסיס	רובד הרחבה מסלול ניתוחים שקל ראשון	רובד הרחבה מסלול ניתוחים משלים שב"ן
- השתלות וטיפולים/ניתוחים מיוחדים בחו"ל - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות - התייעצויות, חוות דעה שנייה בחו"ל והוצאות רפואיות - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל	- ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל – מהשקל הראשון - שירותים אמבולטוריים - כתב שירות אבחון מהיר	- ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל – משלים שב"ן - שירותים אמבולטוריים - כתב שירות אבחון מהיר
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

ה. הצהרת המועמדים לביטוח

אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותיי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות (רלוונטי רק לטופס עם הצהרת בריאות) מלאות וכנות. ידוע לי שתשובתיי שלי ושל בני משפחתי ישמשו יסוד לחוזה הביטוח המבוקש, ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ידוע לנו שהביטוח אינו מכסה תביעות בכפוף לסייג מצב רפואי קודם המפורט בפוליסה ותוך תקופת האכשרה (בהם קיימת תקופת אכשרה).

מועמד	תאריך	שם המועמד	מספר זהות	חתימה
עובד/ת				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ו. אישור לפניות שיווקיות

אני מאשר/ת הסכמתי לקבל הודעות ופניות שיווקיות מאיילון חברה לביטוח בע"מ ומחברות נוספות מקבוצת איילון ביטוח ו/או מי מטעמן, אודות מוצרים ושירותים של חברות הקבוצה בתחום הביטוח, הפיננסים והחיסכון, לרבות בהודעות אלקטרוניות, מסרונים (כולל דואר אלקטרוני 'וואטסאפ' וכו'), מערכת חיוג אוטומטי ולרבות פניות באמצעי תקשורת אחר ככל שנדרשת הסכמה לכך על פי דין ידוע לי שאוכל לבטל את הסכמתי בכל עת, בהתאם להנחיות, כפי שתהיינה בכל הודעה או בהתאם למידע שמתפרסם באתר או באמצעות שליחת מייל לכתובת: marketing@ayalon-ins.co.il

☐ מאשר ☐ מסרב

שם מועמד ראשי	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה	חתימת ילד מעל גיל 18
---------------	-------	--------------	-------	----------------------

ז. מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות

מובהר שאין חובה חוקית למסור לאיילון מידע אישי ומסירתו תלויה ברצון ובהסכמת המוסר אולם אי מסירת מידע אישי עלול למנוע מאיילון את היכולת לספק שירות או לתת מענה לפניה.

המידע האישי שתמסור ייאגר במאגרי המידע של איילון חברה לביטוח בע"מ. מאגרי המידע של איילון מנוהלים כדין ואיילון מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי איילון (כולל לאילן מטרות הוא ישמש, למי יכול שיועבר ולאילו מטרות), פרטי הקשר של איילון, וזכויותיך בקשר עם מידע אישי שאיילון מעבדת אודותיך (כולל זכות עיון וזכות לבקש תיקון המידע), הוא כמפורט במדיניות הפרטיות של איילון שמתפרסמת באתר האינטרנט של איילון בכתובת: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

ח. ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח - מידע על פוליסות מאתר משרד האוצר

עדכון פרטי בגיר לצורך זיהוי בממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח של קטין.
רשות שוק ההון מחזקת את רמת אבטחת המידע עבור מידע ביטוחי של קטינים באתר "הר הביטוח" בו ניתן לראות במרכז את מוצרי הביטוח של הקטין בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שחברת הביטוח תעביר אליהם.
אם הינך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בעמוד הראשון בטופס, טבלה ב ידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין, בהם הוגדר כבגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

חתימת עובד/ת	חתימת בן/בת זוג	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם
חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם

ט. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

תאריך	שם הסוכן	חתימת הסוכן
-------	----------	-------------

הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי

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

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

אני ה"ח", 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 יקבעו ע"י איילון חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של מסלול הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי לאיילון חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לכרטיס שיונפק ליישא 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.

תאריך	חתימה