

טופס זה מיועד לעובדים חדשים ובני משפחה המעוניינים להצטרף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרת בריאות, או לעובד חדש ובני משפחתו מיום תחילת עבודתו אצל המעסיק, במהלך חלון ההזדמנויות למשך 90 ימים.

בתום תקופת חלון ההזדמנויות ניתן להצטרף לביטוח רק לאחר מילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות (טופס נפרד).

^{*}צירוף בני משפחה של העובד מותנה בביטוח העובד.

ב. פרטי המועמדים לביטוח
 מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק על ידי הורה/אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתומתו תחשב כהסכמת הקטין.
 במידה ורכשת כסיויים שמשולמים ע"י בעל הפוליסה בלבד - פרטי הקשר שמסרת בטופס זה ישמשו אותנו עבור השלמת תהליך ההצטרפות לביטוח זה בלבד.
 במידה ורכשת כסיויים 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 בראצון 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.

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

1/3 איילון חברה לביטוח בע"מ | אבא הלל סילבר 12, רמת גן 5250606, ת"ד 10957 | mail@ayalon-ins.co.il | www.ayalon-ins.co.il

ג. 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
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

ד. הצהרת המועמדים לביטוח

אני החתום מטה מבקש, לבטח אותי ואת בני משפחתי עפ"י הצעה זו. אני מצהיר כי כל תשובותי כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות (רלוונטי רק לטופס עם הצהרת בריאות) מלאות וכנות. ידוע לי שתשובתי 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				

ה. 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
---------------	-------	--------------	-------	----------------------

ו. 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/>

ז. 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 במרוכז 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' לדיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז 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

ח. 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 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 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