



הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

**למשלוח הטופס לאגף בריאות - בדוא"ל bht@ayalon-ins.co.il או בפקס: 03-7569566**

שם סוכן	מס' סוכן	שם מפקח	מספר פוליסה (לשימוש פנימי)	תאריך התחלת הביטוח המבוקש * שנה / חודש / יום
---------	----------	---------	----------------------------	---

\* מועד התחלת הביטוח המבוקש יכול להיות מועד מילוי ההצעה או ה-1 לחודש העוקב בלבד. לתשומת לבך, התאריך המבוקש להתחלת הביטוח אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.

מועד עזיבת העבודה של העובד				
שם המעסיק / הקולקטיב	שנה	חודש	יום	בכל מקרה מועד התחלת הביטוח לא יהיה לפני מועד עזיבת העבודה.

עלך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן, אפשר שתהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח. מילוי הצעה זו עבור ילדים מתחת לגיל 18 יבוצע רק ע"י הורה / אפוטרופוס המוסמך לחתום עבורם על הצעה זו וחתימתו תישב כהסכמת הקטין.

**א. פרטי המועמדים לביטוח**

מסמכי הפוליסה, דף פרטי הביטוח והדיווחים השנתיים, יישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך או באמצעות כתובת דוא"ל הקיים ברשות חברת איילון. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל, נא מלא פרטים אלה בפרטייך האישיים, בטבלה ב. להלן.

**יש למלא פרטי קשר לגבי כל מועמד בגיר (מעל גיל 18). בהיעדר פרטי קשר כנ"ל, תראה המבטחת את פרטי הקשר של המועמד הראשי/בעל הפוליסה כפרטי הקשר של כל המועמדים לביטוח הבגירים בפוליסה.**

(חשוב לדעת: דיווחים, מידע ועדכונים ביחס למוצרים שלך ב"איילון", יישלחו לפרטי הקשר המעודכנים אצלנו במועד השליחה, כפי שרשמת בטופס זה, או בהתאם לעדכונים והודעות שימסרו לנו מעת לעת. לצפייה בפרטים המעודכנים אצלנו ולעדכון פרטים ניתן להיכנס לאזור האישי באתר איילון בכתובת: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il) או באמצעות פנייה טלפונית למוקד שירות לקוחות של איילון בטלפון 1-800-35-2001.

מועד זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	קופת חולים	סוג שב"ן
מועמד ראשי				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
בן/בת זוג				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילד 1				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילד 2				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילד 3				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילד 4				<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		

**ב. פרטים ליצירת קשר עם מועמד לביטוח מעל גיל 18 (יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בטבלה זו)**

מועמדים לביטוח (ילד מגיל 18 ואילך יש לרשום מטה)	כתובת (חובה למלא, אם מעוניין לקבל דיוור בדואר ישראל)				מספר טלפון נייד (חובה למלא)	כתובת דוא"ל	מבקש לקבל את הדיווחים והמידע מחברת הביטוח, ככל שלא יסומן, יישלח באמצעי דיגיטלי
	רחוב	מספר בית	יישוב	מיקוד			
מועמד ראשי							<input type="checkbox"/> דואר ישראל
מועמד שני							<input type="checkbox"/> דואר ישראל
שם הילד							<input type="checkbox"/> דואר ישראל
שם הילד							<input type="checkbox"/> דואר ישראל
שם הילד							<input type="checkbox"/> דואר ישראל



מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
------------	----------	---------	-----------

### ג. תוכניות הביטוח

- נא לסמן X לרכישת תוכנית אחת או יותר מתוכניות הבסיס ומהנספחים הנוספים - לכל המועמדים לביטוח. (בהעדר סימון לא תירכש תוכנית)
- ניתן לרכוש כל תוכנית בסיס בפני עצמה, ללא תלות ברכישה של שאר התוכניות.
  - לתשומת ליבך, ניתן לבטל את תוכנית/יות הביטוח שנרכשו בכל עת. ביטול תוכנית בסיס אחת אינה מבטלת באופן אוטומטי את יתר תוכניות הבסיס, אלא אם צוין אחרת. ייתכן וביטול תוכנית הבסיס יגרום לביטול אחד או יותר מהנספחים המשלימים המפורטים מטה.
  - רכישת נספחים נוספים, מותנית ברכישת תוכנית בסיס, ובהתאמה לסוג התוכנית כלהלן:

מועמד לביטוח	תוכנית בסיס 1	תוכנית בסיס 2	תוכנית בסיס 3	תוכנית בסיס 4	תוכנית בסיס 5	תוכנית בסיס 6
ראשי	השתלות וטיפולים / ניתוחים מיוחדים בחו"ל	תרופות שלא בסל הבריאות ובדיקה גנומית	ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל (אחידה)	ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - משלים שב" (אחידה)	בשביל החוסן (פיצוי מחלות קשות) עד 600,000 ₪ פיצוי למבוגר / ילד	בשביל החוסן - סרטן עד 600,000 ₪ פיצוי למבוגר / ילד
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____
ילד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____
ילד 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____
ילד 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____
ילד 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	סכום מבוקש _____	סכום מבוקש _____

בתוכניות "בשביל החוסן" ו"בשביל החוסן - סרטן":

גיל כניסה מינימלי: 0 שנים. עבור תינוקות עד גיל שנה יש לצרף לטופס ההצעה את תעודת השחרור מבית החולים. גיל כניסה מקסימלי: 64.5. סכום ביטוח מינימלי: 50,000 ש"ח, סכום ביטוח מרבי: עד 600,000 ש"ח, ילד: עד 600,000 ש"ח.

### ד. מידע למועמד לביטוח

נספחים נוספים (ריידרים) - לבחירה	כתב שירות									
	אבחון מהיר	ייעוץ רפואי און ליין	אילון עד הבית	אילון ספורטיבי	משלימה רפואה	ניהול משברים רפואיים בר גפן	ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל	אמבולטורי	טיפולם בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים	אבחונים וטיפולים בהתפתחות הילד
ראשי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
בן/בת זוג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ילד 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ד. מידע למועמד לביטוח

- לידיעתך, תוספות רפואיות לדמי הביטוח ו/או הנחות בדמי הביטוח, במידה וקיימות, תחושבנה מהתעריף הבסיסי של המוצר (לפני הנחה ככל שקיימת).
- ככל שביקשת במסגרת טופס הצטרפות זה לרכוש פוליסת ביטוח הכוללת מספר תכניות ביטוח, באפשרותך לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת מבלי שהביטול יותנה בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שרכשת יחד עם אותה תכנית ומבלי שביטולה של התכנית יגרום לביטולה של הנחה בתכנית אחרת. זאת, למעט ביטול מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס, אשר תומחרו מראש ביחד. על אף האמור לעיל, ככל ששיווקה של תכנית נוספת הותר רק ביחד עם תכנית בסיס מסוימת, ביטולה של תכנית הבסיס יביא לביטולה של התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עימה וכן במקרה של ביטול כל תכנית הבסיס, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו לתכנית הבסיס.
- לידיעתך, הוספת כיסוי נוסף, הרחבה או כתב שירות לפוליסת הביטוח שברשותך נתונה לבחירתך, והנך רשאי לבחור בהם או לוותר עליהם, מבלי שהדבר יפגע ביתר תנאי הפוליסה.
- ידוע לי כי רכישת תכנית בסיס אינה תלויה ברכישת תכנית נוספת/אחרת בסיס.
- ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
- אני מתחייב לדווח למבטח על כל שינוי אשר יחול במצבי הרפואי מיום מילוי הצהרת הבריאות ועד למועד הסכמת החברה לאשר את קבלתי לביטוח, ידוע לי כי אם לא אדווח על השינוי עלולות זכויותי על פי הפוליסה להיפגע.
- הליך הצטרפות - ככל שבמסגרת טופס הצעה זה מתבקש צירופם לביטוח של יותר ממועמד אחד לביטוח, במקום בו אפשר לצרף רק חלק מן המועמדים לביטוח ואילו חלק מהמועמדים לביטוח נדרשים להמשיך תהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור אף אחד מהמועמדים לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת הליכי החיתום עבור כלל המועמדים לביטוח.
- בעת מעבר מפוליסה קבוצתית לפוליסת פרט - לידיעתך, הכיסויים בפוליסה לביטוח קבוצתי ובפוליסת פרט אינם זהים. אם ברצונך לקבל מידע נוסף אודות היקף הכיסויים, באפשרותך לפנות לאילון בכל עת בכתובת [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).
- אם הנך מעשן ותקבע לך תוספת רפואית עקב כך או תעריף מתאים / מעשן - שתפסיק לעשן לתקופה רציפה של שנתיים ומעלה, אנא עדכן את הסוכן או את החברה על מנת שתבחן אפשרות לשינוי תעריף בכיסויים הרלוונטיים.
- דמי הביטוח בפוליסה ייקבעו לפי גיל המבטח במועד הצטרפותו לביטוח, וישתנו במהלך תקופת הביטוח על פי טבלת דמי הביטוח, בהתאם לגילו של המבטח. גיל המבטח לצורך חישוב דמי הביטוח, ייקבע באופן הבא: יראו את תאריך הולדתו של המבטח כאילו חל בראשון לחודש יום ההולדת.
- שירות צבאי - יובהר כי השימוש בעת השירות הצבאי בפוליסת ביטוח הבריאות שברשותך, כפוף להוראות הצבא שישתנו מעת לעת.
- רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח לכיסויי ניתוחים/השתלות/תרופות, בחברות הביטוח השונות בישראל וכן מדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להכנס למחשבון הביטוח בריאות ולמדד שירות חברות הביטוח באתר של רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון בכתובת [www.mof.gov.il](http://www.mof.gov.il).








מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
------------	----------	---------	-----------

**ה. הצהרת המועמדים לביטוח**

- אני/אנו החתומים מטה מבקשים בזה מאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/ החברה/ איילון") לבטח אותי/אוננו בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.  
(א) במסגרת תהליך המכירה נעשה בירור צרכי הוצע לי ביטוח התואם את צרכי.  
(ב) אני/אנו מצהירים בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני/נו החופשי.  
(ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך/ם לבין החברה ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.  
(ד) לא ידוע לי על כל עניין מהותי נוסף אשר עלול לשמש כשיקול מטעמכם לדחיית קבלת ההצעה.  
(ה) הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת כל המועמדים לביטוח ולאחר שניתנו אמצעי תשלום לגביית דמי ביטוח.
- בעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל - אחידה (כיסוי ניתוחים בארץ מחליף 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 חבר/ים ("שב"ן": "כללית מושלם/פליטיום", "מכבי מגן זהב", "לאומית זהב", "מאוחדת עדיף/שיא"), וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיך/ם.  
(ב) הכיסוי מכסה את ההוצאות הרפואיות הנזכרות בכיסוי ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, אשר מעבר לכיסוי המוקנה בשב"ן בו אתה/ם חבר/ים כלומר, הכיסוי מהווה ביטוח משלים, 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 ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל נמוכים מדמי הביטוח בכיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל, מהשקל הראשון, (ללא תלות בזכויות המוקנות בשב"ן).  
(ד) בעת סיום חברותך/ם בתוכנית השב"ן הנך/ם זכאי/ם לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תוכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

**סעיפים חובה למענה**

- לבעלי שב"ן המבקשים להצטרף לכיסוי ניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בישראל - מהשקל הראשון:  
האם הוצע לך/לכם לרכוש תוכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, דהיינו תוכנית שמתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים, אך בחרתם/ם לרכוש כיסוי מהשקל הראשון?  כן  לא
  - בעת צירוף ילדים לביטוח: הסכמה והצהרה זו, כולל הצהרות הבריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה וחתיתמתך/ם על המסמכים הינה גם בשמם כאפוטרופוס. הנך/ם מוסמך/ים לחתום על מסמכים אלו עבורם?  כן  לא
  - קבלת מידע מהותי: האם נמסר לך טרם חתימתך על טופס זה מידע מהותי לגבי הביטוח ו/או הוספת הכיסוי, ההרחבה או כתב השירות לפוליסת ביטוח קיימת שברשותך, לפי העניין, אשר כלל, לכל הפחות, את תיאור עיקרי הכיסוי הביטוחי ו/או הגילוי הנאות; פרמיית הביטוח, לרבות האם היא קבועה או משתנה; תקופת הביטוח; סכומי ביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים; הודעה על קיומן של תקופת אכשרה, תקופת המתנה, החרגות לכיסוי הביטוחי, החרגות בדבר מצב רפואי קודם, סכומי ביטוח או השתתפות עצמית (אם ישנם) ואודות אפשרותך לקבל פרטים מלאים עליהן?  כן  לא
- במידה וברצונך לקבל מידע מפורט אודות פרטים מהותיים כמפורט בסעיף 5 ו/או את מסמך תנאי פוליסת הביטוח ואת כתבי השירות הנלווים לה, ביכולתך לפנות לאיילון ו/או לסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו ולקבלם בכתב.

מועמד	תאריך	שם המועמד	מספר זהות	חתימה
ראשי				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
עד לחתימה (סוכן הביטוח):	שם מלא		מספר זהות	מספר רישיון
	תאריך	חותמת		חתימה
				

**ו. אישור תנאי קבלה מראש**

- אני מסכים ומאשר מראש:
- רכישת התוכנית/ות המבוקשת/ות גם במקרה בו נדרש עקב הליך החיתום לשלם תוספת חיתומית על דמי הביטוח בגובה של עד 50% בגין \_\_\_\_\_.
  - ידוע לי כי החברה תהיה רשאית לקבוע תנאי חיתום אחרים ו/או להתנות את קבלתי לתוכנית/ות המבוקשת/ות בתוספת רפואית גבוהה יותר בגין מצבי הבריאותי ובמקרה זה תשלח אלי הודעה בתום הליך החיתום.
  - יודגש כי אין חובה לחתום על אישור תנאי קבלה מראש. ניתן לבחירתך, להגיש לחברה את טופס ההצעה ללא חתימה מטה על סעיף זה. במקרה זה, בתום הליך החיתום יישלח טופס אישור תנאים לחתימתך, כתנאי להפקת הפוליסה.

תאריך	שם מועמד ראשי	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה
				



מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
------------	----------	---------	-----------

## ז. 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).

סמן כן / לא - פרט אם יש צורך.											
אם התשובה היא "כן" יש למלא שאלון מחלות מפורט (שמספרו רשום בסוגריים)											
ראשי		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא

### פרטים כלליים

שמות המועמדים	
גובה (בס"מ)	(ילדים מגיל 10 בלבד)
משקל (בק"ג)	

### אורח חיים / עישון

1. האם אתה שותה באופן קבוע יותר משלוש כוסות אלכוהול ביום (7)?	
2. האם אתה צורך או צרכת סמים בעבר (7)?	
3. האם אתה מעשן כיום? נא ציין כמה שנים אתה מעשן _____ וכמות סיגריות ביום ____ . במידה והפסקת לעשן - נא ציין מתי (חודש ושנה) _____ . (השאלה מתייחסת לכל מוצרי הטבק, לרבות סיגריות אלקטרוניות, מכשיר אידיו אלקטרוני).	

### רקע רפואי

1. האם אתה נמצא כעת או הומלץ לך להיות, בבירור ו/או במעקב רפואי או תחת השגחה רפואית?	
2. האם אתה נוטל או הומלץ לך ליטול תרופות באופן קבוע?	
3. האם ב-5 השנים האחרונות אושפזת או עברת ניתוח ו/או יעצו לך לעבור ניתוח? אם כן, נא פרט.	
4. האם בחמש שנים האחרונות עברת בדיקה רפואית אבחנתית לרבות בדיקות הדמיה ו/או פולשניות, שאינן בדיקות שגרתיות ו/או שנמצא בהן ממצא שהצריך בירור/מעקב?	
5. האם נקבעה לך נכות ו/או אתה נמצא בתהליך לקבלת אחוזי נכות (16)?	
6. היסטוריה משפחתית (32): האם למיטב ידיעתך התגלו בקרב אחד מקרוביך מדרגה ראשונה בלבד (אם, אב, אח, אחות), אחת מהמחלות הבאות: מחלת לב, שבץ מוחי, סרטן שד, מעי ושחלות, סוכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, אלצהיימר, מחלת פרקינסון.	

### פירוט המחלות לפי מערכות - האם אצל מישהו מבין המועמדים לביטוח אובחנו במהלך חייהם מומים / מחלות / הפרעות / באחת או יותר המערכות הבאות?

1. מערכת עצבים, המוח, ו/או הפרעות התפתחותיות: אירוע מוחי, מיגרנה, אפילפסיה (3), טרשת נפוצה, ניוון שרירים, פרקינסון, שיתוקים, בעיות בהתפתחות, קשב וריכוז, האם פנית לרופא בתלונות הקשורות לירידה בזיכרון ב-3 השנים האחרונות?	
2. נפש: מחלה שאובחנה ע"י פסיכולוג, פסיכיאטר (17) או רופא משפחה ו/או הפרעות אכילה. נא פרט.	
3. מחלות ממאירות, גידולים: לרבות גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני. נא פרט.	
4. מערכת ריאות ודרכי נשימה (2): לרבות אסטמה, פוליפיס, ציסטות, מחלה חסימתית, COPD, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, סיסטיק פיברוזיס, דלקות חוזרות, אלרגיות, תסחיף.	
5. מערכת הראייה (8): לרבות ליקוי ראייה מעל מס' 8, הפרדות רשתית, גלאוקומה, קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס.	
6. מערכת אף אוזן גרון: לרבות פגיעה בשמיעה (20), דלקות אוזניים חוזרות, מנייר, טינטון, סינוסיטיס חוזרת, סטיית מחיצת האף, פוליפיס, שקדים, פגיעה במיתרי הקול.	
7. מערכת הלב (11), כלי דם: לרבות יתר לחץ דם (12), כאבים בחזה, התקף לב, מחלות ורידים ועורקים, מחלת לב כרונית, מפרצת, בעיות בקרישת דם, הפרעות קצב, מסתמים.	
8. מערכת העיכול (6): לרבות בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהוא, קרוהן, קוליטיס, מחלות כבד/מרה/לבלב (19).	
9. מערכת כליות ודרכי שתן (13): לרבות אי ספיקת כליות, כליה פוליציסטית, אבנים בכליות, צניחת שלפוחית, דלקות, דם ו/או חלבון בשתן, דליפת שתן, ערמונית (23).	
10. מחלה מטבולית, הורמונאלית (אנדוקרינולוגיה): לרבות טרום סוכרת, סוכרת היריון, סוכרת (15), בלוטת התריס, הזעת יתר.	
11. מערכת השלד, שריר, פרקים (21) ורקמת חיבור, לרבות בעיות ברכיים גב, עמוד שדרה (5), בריחת סידן, לופוס, פיברומיאלגיה, גאוט, (1) FMF.	
12. מחלות עור ומין: לרבות פסוריאזיס, פמפיגוס, פפילומה/ קונדילומה (18).	
13. איידס, נשא HIV, מחלות זיהומיות.	
14. לנשים: בעיות גיניקולוגיות ו/או בעיות פיריון, ניתוח קיסרי, הגדלת/הקטנת שד (14).	

### פירוט ממצאים חיוביים בשאלות הצהרת הבריאות (נא לציין את מס' הסעיף אליו הינך מתייחס)

שם המועמד	תשובה לסעיף	שנת האירוע	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'	מצב כיום

מועמד ראשי	שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
------------	----------	---------	-----------

### ט. הליך התאמת צרכים

- אני מאשר כי: (אנא סמן)**
- בוצע עבורי הליך התאמת צרכים במסגרתו בוצעה פנייה ל"הר הביטוח" וכי פורטו בפני כל הנושאים הנדרשים לי להשוואה בין הביטוחים שהוצעו לי ובמקרה בו היו לי ביטוחים קיימים רלוונטיים, אז גם בין הביטוחים הקיימים הרלוונטיים לבין הביטוח המוצע, וזאת בין היתר, לגבי תנאי הפוליסות, פרמיות הביטוח, שיפור תנאי הכיסוי הביטוחי ובתנאי השירות. נוכח זאת, מצאתי את הביטוח המוצע תואם את צרכי. במקרה בו נקבע לי החרגות לכיסוי הביטוחי במסגרת של הליך חיתום רפואי בפוליסה המוצעת, אני מאשר כי בוצעה לי גם השוואה בין החרגות שנקבעו לי בפוליסה המוצעת לאלו שבפוליסה הקיימת.
  - נמסר לי העתק של מסמך התאמת צרכים.
  - נמסר לי מידע מהותי לגבי הפוליסה המוצעת הכולל, לכל הפחות את עיקרי תיאור הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח העיקריים וגבולות אחריות ופירוט אמצעי תשלום אפריים. כמו כן, נמסר לי מידע על תקופת ההמתנה, החרגות לכיסוי ביטוחי, החרגה בדבר מצב רפואי קודם, ככל שקיימות בתוכניות הביטוח.

שאלון ביטוחים קיימים					
האם ברשות אחד או יותר מהמועמדים לביטוח יש פוליסת ביטוח מסוגה של הפוליסה אליה הוא מבקש להצטרף, במסגרת הצעה זו?	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
אם קיים - אני מעוניין:	להשאיר את הפוליסה הקיימת בתוקף ללא שינוי*				
	להקטין בפוליסה את סכום הביטוח בפוליסת פיצוי**				
לבטל את הפוליסה הקיימת**					

**אם מעוניין לבטל - אופן הגשת הביטול**

באמצעות סוכן הביטוח  באמצעות חברת הביטוח איילון  באופן עצמאי

\* ברכישת פוליסה מסוג פיצוי (מחלות קשות) - תוכנית הביטוח המבוקשת הנוספת ייתכן ומכסה מקרה ביטוח דומה לתוכנית הביטוח הקיימת ברשותך. במקרה של ביטוח זהה יתקבלו תגמולי ביטוח מכל אחת מהתוכניות בפוליסת הפיצוי לפי סכומי הביטוח. אנו מאשרים כי דמי הביטוח ייגבו מכל אחת מהפוליסות - הנוספת והקיימת.

\*\* יש לצרף טופס בקשת ביטול מלאה וחתומה (לרבות מספרי הפוליסות אותן יש לבטל). ללא טופס זה לא יהיה ניתן לבטל את הפוליסה/ות. לתשומת ליבך, לאחר משלוח הודעת ביטול על ידי הסוכן ו/או חברת הביטוח אל החברה המבטחת בפוליסה המקורית, יימסר לך העתק מהבקשה. מומלץ לך לוודא מול חברת הביטוח המקורית, שהפוליסה אכן בוטלה וכי לא גובים ממך דמי ביטוח בגינה. ככל שחברת הביטוח שהתבקשה לבטל את הפוליסה לא עשתה כן, ניתן לפנות אל איילון לביטול הנושא.

חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני	חתימת ילד מעל גיל 18
------------------	-----------------	----------------------

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

תאריך	שם מועמד ראשי	חתימה	שם בן/בת זוג	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 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 איילון בכתובת: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il) או באמצעות פנייה בכתב לכתובת: רחוב אבא הלל סילבר 12, רמת גן או באמצעות פנייה טלפונית למספר 1-800-35-2001.

ג. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת איילון קיים באתר האינטרנט של איילון בכתובת: [www.ayalon-ins.co.il](http://www.ayalon-ins.co.il).

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

רשות שוק ההון ביטוח וחסכון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שמאפשר לך לראות במרכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים, נא סמן X במקום המתאים:

מועמד ראשי  מועמד שני  ילד ראשון  ילד שני  ילד שלישי  ילד רביעי

לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל.

**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 הנך מעוניין שהגורם המשלם יוגדר כבגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטי בעמוד הראשון בטופס, טבלה ב. לידיעתך, 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 מועמד ראשי	חתימת מועמד שני	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם
חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם	חתימת ילד מעל גיל 18 - שם

### יב. הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

- הצהרת הסוכן על עמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח: אני מאשר שבמסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה, עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט בררתי את צורכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכי/הם ומסירתי לו/להם את כל המידע המהותי הנדרש.
- אני החתום מטה סוכן הביטוח מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידם.

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

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.  
**מועדי הגבייה:** בתשלום בכרטיס אשראי - בהתאם להסדר של המבוטח עם חברת האשראי, תשלום בהוראת קבע - בהתאם למועדי החיוב הנהוגים בחברה.  
**לתשומת ליבך,** במידה ופרטי האשראי שמסרת שונים מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה, יעודכן אמצעי התשלום לפרטי האשראי החדשים עבור כלל הכיסויים והמבוטחים הכלולים בפוליסה.

## הוראה לתשלום (במידה והמשלם אינו מבוטח או בעל הפוליסה, יש לצרף בנוסף טופס "הצהרת משלם שאינו המבוטח או בעל הפוליסה")

**הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי \***

אני מר/גב' \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ בעל כרטיס אשראי \_\_\_\_\_

שם ספרו	בתוקף עד	סוג כרטיס
_____	_____	<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> ישראלכארט <input type="checkbox"/> אחר _____

מאשר בזאת כי שובר זה נחתם על ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על ידי הרשאה לחברת הביטוח להעביר לחברת כרטיסי האשראי חיובים מעת לעת כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיסי האשראי. הנני מסכים כי הסדר תשלום זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום, על מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר התשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הכרטיס \_\_\_\_\_

## בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון - ביטוח בריאות

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
639			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	שם המוסד (המוטב): <b>איילון חברה לביטוח בע"מ</b>	

אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.

לכבוד \_\_\_\_\_ בנק \_\_\_\_\_ סניף \_\_\_\_\_ ("הבנק")

הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות.  
 הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות:  
 תקרת סכום החיוב - \_\_\_\_\_ ₪.  
 מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום \_\_\_\_\_.

**לתשומת לבכם: אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל, משמעה בחירה בהרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות**

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק \_\_\_\_\_ מס' זהות / ח"פ \_\_\_\_\_ ("הלקוחות")

מבקשים בזה להקים בחשבוננו הנ"ל ("החשבון") הרשאה לחיוב חשבוננו, בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם ע"י המוטב באמצעות קוד המוסד, בכפוף למגבלות שסומנו לעיל (ככל שסומנו).

2. **ידוע לנו כי:**
- עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת ההרשאה לחיוב החשבון.
  - הרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
  - נהיה רשאים לבטל חיוב מסוים, ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו בכתב לבנק, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שהודעת הביטול ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הודעת הביטול.
  - נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו.
  - הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שבינינו לבין המוטב.
  - הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממועד החיוב האחרון, בטלה.
  - אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראות הרשאה זו, בכפוף להוראות כל דין והסכם שבינינו לבין הבנק.
  - הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
3. **אנו מסכימים שבקשה זו תוגש לבנק ע"י המוטב.**
- תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הלקוחות \_\_\_\_\_

מס' חשבון	סוג חשבון	סניף	בנק
639			
קוד מוסד (המוטב)	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)	שם המוסד (המוטב): <b>איילון חברה לביטוח בע"מ</b>	

קבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, וכל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על-ידכם.

תאריך	בנק	סניף	חתימה וחותמת הסניף
_____	_____	_____	_____