

תאריך התחלת הביטוח
שנה _____ חודש _____ יום _____
____ / ____ / ____

טופס זה מיועד לעובדים קיימים וחדשים המצטרפים במהלך 90 ימים
החל מתאריך 01.05.2021

טלפון להתקשרות ולבירורים מוקד שיניים: 1-800-352-001

א. פרטי המועמדים לביטוח							
מספר טלפון נייד	מצב משפחתי	מין	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	
	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ק <input type="checkbox"/>	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					עובד/ת
	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ק <input type="checkbox"/>	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					בן/בת זוג
	X	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					1
		נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					2
		נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					3
	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ק <input type="checkbox"/>	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					4
	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ק <input type="checkbox"/>	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					5
	א <input type="checkbox"/> ג <input type="checkbox"/> נ <input type="checkbox"/> ר <input type="checkbox"/> ק <input type="checkbox"/>	נ <input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/>					6
תאריך תחילת עבודה		מיקוד	יישוב	מספר בית	רחוב	כתובת מגורים	
Email: @						כתובת דוא"ל עובד	
Email: @						כתובת דוא"ל בן/בת זוג	

כיסוי הביטוח	פרמיות חודשיות			רובד מבוקש עבור המבוטח	
	פרמיה לרובד בסיס ולרובד מורחב	פרמיה לרובד בסיס משמר	מבוטח	רובד בסיס משמר <input type="checkbox"/> רובד מורחב <input type="checkbox"/>	עובד/ת
רובד בסיס • טיפולים משמרים	135 ש"ח	45 ש"ח	עובד/ת	<input type="checkbox"/> רובד בסיס משמר <input type="checkbox"/> רובד מורחב <input type="checkbox"/>	עובד/ת
רובד מורחב • טיפולים משמרים • טיפולים משקמים, כירורגיים השתלות • טיפולים פריודנטליים	135 ש"ח	45 ש"ח	בן/בת זוג	<input type="checkbox"/> רובד בסיס משמר + אורטודנטיה <input type="checkbox"/> רובד מורחב	בן/בת זוג
רובד עבור ילדים בלבד • טיפולים משמרים + אורטודנטיים (יישור שיניים)	X	45 ש"ח	ילד / נכד	<input type="checkbox"/> רובד בסיס משמר + אורטודנטיה <input type="checkbox"/> רובד מורחב	ילד / נכד
	135 ש"ח	45 ש"ח	ילד בוגר מעל גיל 25	<input type="checkbox"/> רובד בסיס משמר <input type="checkbox"/> רובד מורחב	ילד / נכד
			ילד בוגר מעל גיל 25	<input type="checkbox"/> רובד בסיס משמר <input type="checkbox"/> רובד מורחב	ילד בוגר מעל גיל 25

ב. פרטי חשבון הבנק (לצורך תשלום תביעות)		
מספר חשבון	מספר סניף	שם בנק

חתימה	מספר זהות	שם המבוטח	תאריך	
				בן/בת זוג
				ילד/ה מעל גיל 18
				ילד/ה מעל גיל 18

תנאי הכיסוי הקובעים הינם על פי תנאי הפוליסה		
חתימת החברה/ה	מספר זהות	תאריך

ג. אישור מועמד לצירוף לביטוח – בחינת פוליסות קיימות עם פיצוי זהה/דומה

תצהיר מועמד ראשי לביטוח		תצהיר מועמד שני לביטוח	
<p>אני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה.</p> <p>יש לסמן את האפשרות המתאימה:</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה וכי ידוע לי שטופס הצטרפות זה לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת אשר מבטחת מקרה ביטוח המעניק פיצוי זהה/דומה לפוליסה קיימת נוספת על-שמי בחברת _____, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור הפוליסה הקיימת והחדשה, מאחר ובתהליך התאמת הצרכים אשר בוצע על-ידי בעל הרישיון, מצאתי אותן מתאימות לצרכיי.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בחברת _____ והכיסוי/פוליסה תבוטל לאחר קבלתי לביטוח על פי הצעה זו.</p>		<p>אני מאשר/ת לחברת איילון לצרף אותי לתכנית הביטוח החדשה כמפורט בטופס הצטרפות זה.</p> <p>יש לסמן את האפשרות המתאימה:</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שאין לי פוליסה קיימת עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בכל חברות הביטוח.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה וכי ידוע לי שטופס הצטרפות זה לביטוח הינו עבור פוליסה נוספת אשר מבטחת מקרה ביטוח המעניק פיצוי זהה/דומה לפוליסה קיימת נוספת על-שמי בחברת _____, וכי יגבו ממני דמי ביטוח עבור הפוליסה הקיימת והחדשה, מאחר ובתהליך התאמת הצרכים אשר בוצע על-ידי בעל הרישיון, מצאתי אותן מתאימות לצרכיי.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מאשר בזאת שקיימת על שמי פוליסה עם כיסוי ביטוחי זהה/דומה בחברת _____ והכיסוי/פוליסה תבוטל לאחר קבלתי לביטוח על פי הצעה זו.</p>	
תאריך	חתימת מועמד ראשי	תאריך	חתימת מועמד שני

הצהרת סוכן/בעל רישיון:

אני מאשר בזאת, כי תהליך התאמת צרכים למועמד/ים לביטוח, כלל התייחסות לביטוחים הרלוונטיים הקיימים ברשות המועמד/ים. ברור כאמור כלל לכל הפחות בחינה של רשימת מוצרי הביטוח המונפקת באמצעות הר הביטוח, ובאמצעות פניה לחברות המבטחות בהן קיימות פוליסות, ככל וקיימות.

תאריך	חתימת הסוכן	חתימת הסוכנות

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 אודותיי, המצוי או שיהיה מצוי בידי איילון חברה לביטוח בע"מ ישמש את איילון ו/או מי מטעמם, 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, חיסכון 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 העובד	חתימה	שם בן/בת זוג	חתימה

ב. הרינו להודיע 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 חיוב 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.

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 המרוכז 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 במרוכז באתר האינטרנט המאובטח של משרד האוצר, את מוצרי הביטוח שלי בחברת איילון ובכל חברות הביטוח בישראל.

תאריך	חתימת מועמד ראשי	חתימת מועמד שני

הוראה לתשלום באמצעות כרטיס אשראי

גבייה אישית - במידה וצרפתי את בן/בת זוגי ו/או את ילדי להסכם ו/או במידה וביקשתי להרחיב את הכיסויים, אני מתחייב/ת להעביר מידי חודש בחודשו את דמי ביטוח השיניים עבורי ועבור בני משפחתי, ל"איילון חברה לביטוח בע"מ" מכרטיס האשראי:

שם	מס' זהות	כתובת	בעל כרטיס אשראי
אני/מר/גב'	_____	_____	_____
שם ספרו	_____	_____	_____
תאריך	_____	_____	_____

סוג כרטיס: ויזה דינרס ישראכארט אחר _____

בתוקף עד _____

חתימת בעל הכרטיס _____