

**טופס הצטרפות – ביטוח תאונות אישיות עבור חברי קרנות הסוהרים**

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

א. פרטי המועמדים לביטוח						
מבטוח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	המוטבים – במות המבטוח
חבר הקרנות					ז ♂	שם מלא   מספר זהות   קרבה
בן/בת זוג					ז ♂	
ילד (גיל 3-21)					ז ♂	
ילד (גיל 3-21)					ז ♂	
ילד (גיל 3-21)					ז ♂	
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון	דואר אלקטרוני

ב. תכנית הביטוח מבוקשת	
סוגי הכיסויים האפשריים (בחר את סוג החבילה)	
<input type="checkbox"/> מורחב (כולל את רובד הבסיס)	<input type="checkbox"/> בסיס
פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה או מחלה	ביטוח נכות ופטירה כתוצאה מתאונה
פיצוי במקרה של סיעוד עקב תאונה	פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה או מחלה
הוצאות רפואיות ושיקום לבעל אובדן כושר עבודה	ביטוח שבר כתוצאה מתאונה
	אירוע כוונה כתוצאה מתאונה
	הוצאות רפואיות עקב תאונה
	שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל
	ביטוח נסיעות רפואי לחו"ל
	חבות כלפי צד ג
	ביטוח נכות ופטירה כתוצאה מתאונה
	פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה או מחלה

ג. הצהרת בריאות רק למצטרפים לאחר ה 1.2.14 או לחברים חדשים בקרנות שהצטרפו לאחר 90 ימים ממועד תחילת העסקתם										
חבר		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		
לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	
										האם את/ה סובלת/ת או סבלת מ- (סמן ב-X) אירוע מוח TIA, C.V.A. 5 שנים אחרונות
										האם הנך סובל מפגיעה בשריר הלב
										מחלה ממארת או גידול סרטני (למעט סרטן עור מקומי) ב-5 השנים האחרונות
										האם עברת השתלה בעבר או האם ידוע לך על צורך בהשתלה
										האם הינך מוגבלת/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת
										מחלת פרקינסון, ניוון שרירים, ניוון מערכת עצבים, ניוון רשתית, עיוורון, טרשת נפוצה, אלצהיימר, דמנציה או תהליך דמנטי
										נכות שנקבעה בשיעור 75% ומעלה
										חולה בסכרת התלויה באינסולין עם פגיעה באיברי מטרה (עיניים, כלי דם, גפיים)

**ד. אופן התשלום והגבייה**

אופן התשלום: **חודשי**

אופן הגבייה:

כרטיס אשראי: (בחר את סוג הכרטיס המתאים):  ישראלרטי  אמריקן אקספרס  ויזה  דיינרס  לאומי קארד

שם בעל כרטיס האשראי: \_\_\_\_\_ מס' ת"ז: \_\_\_\_\_

מספר כרטיס אשראי: \_\_\_\_\_ תוקף: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסות ביטוח חיים/בריאות. טופס ביצוע תשלום זה נחתם על-ידי מבלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם הואיל וניתנה על-ידי הרשאה לאיילון חברה לביטוח בע"מ להעביר לחברת כרטיס האשראי חיובים מעת לעת בהוראת קבע כפי שתפרט חברת הביטוח לחברת כרטיס האשראי. אני מסכים כי הסדר זה יהיה בתוקף כל עוד לא אודיע בכתב לחברת הביטוח לפחות 30 יום לפני מועד סיום ההסדר. ידוע לי כי הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. ידוע לי כי ביצוע הסדר תשלום האמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על-ידי חברת הביטוח.

אם בעל הכרטיס אינו המועמד לביטוח יש לפרט את מהות הקשר בינו לבין המועמד/ים לביטוח

**ה. הצהרות והתחייבות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במקום הנדרש):**

אנו מצהירים ומתחייבים כלהלן:

- קבלה לביטוח:** ידוע לי כי הסכמת החברה לקבל את המועמד לביטוח כרוכה בין היתר, בהליך של חיתום שעל פיו, החברה מעריכה את הסיכון הביטוחי בהתבסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי, או כל מידע אחר רלוונטי ורק עם סימונו תודיעו לי אם קבלתם את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח.
- הצהרה בקשר למידע שנמסר בהצעה:** ידוע לי, כי התשובות והמידע שמסרתי במסגרת הצעה זו, ישמשו בסיס לחוזה הביטוח המבוקש ויהוו חלק בלתי נפרד הימנו וכן לצורך הוצאת פוליסות, גביית תשלומים בגין, תשלום תגולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.
- ידוע לי ואני מסכים ומאשר כי הכיסוי בתכנית הביטוח נקבע בהתאם לתנאי הפוליסה המלאים והמבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם כל תביעה בגין מקרה ביטוח שאירע לפני מועד התחלת הביטוח.**
- אישור שמירת נתונים אישיים ואמצעי התקשורת עם המועמד לביטוח:** בסעיף זה "החברה" משמעה איילון חברה לביטוח, לחברות וגופים בשליטת איילון אחזקות בע"מ. אני מאשר בזאת שהמידע המבוקש שמסרתי במסגרת הצעה זו נמסר ברצוני ובהסכמתי. המידע, הנתונים שמסרתי וכל עדכון שלהם ישמרו במאגרי המידע של החברה וישמשו לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול שוטף של תיק הביטוח ו/או תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסיים שרכשתי בחברה, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, וכן לצורך יצירת קשר לפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסיים נוספים, דיור ישיר, עיבודים סטטיסטיים ופילוח שיווקי. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתייחס אליי גם לסוכן ביטוח והביטוח המטפל בפוליסה. אם החברה תארגן את פעילותיה במסגרת תאגיד אחר או תתמזג עם גוף אחר, היא תהיה זכאית להעביר לתאגיד החדש העתק מן המידע שנאגר אודותיי ובלבד שתאגיד זה יקבל על עצמו כלפי הוראות הודעה זו.

אני מסכים כי מידע כאמור ישוגר אליי אף באמצעות פקסימיליה, מערכת חיוג אוטומטי, הודעה אלקטרונית, הודעת מסר קצר או אמצעי תקשורת אחר. אם לא אהיה מעוניין במידע או בפנייה כאמור מצד החברה, אוכל להודיע על כך לחברה בכל עת.

אינני מעוניין שתשלחו אליי עדכונים ו/או פניות לגבי מוצרים ו/או שירותים קיימים ו/או חדשים.

5. **היותו של המועמד הראשי של המועמדים לביטוח:** במקרה של מספר מבטחים בפוליסה אחת: אני/ו מאשר/ים כי המועמד הראשי הינו שלוח שלי/נו לכל דבר ועניין בקשר עם הפוליסה, ובכלל זה בכל הנוגע להודעות ביטול הפוליסה.

6. **החלפה/שינוי פוליסה:** האם יש בידך פוליסות תאונות אישיות בתוקף?  כן  לא.

אם התשובה היא "כן", כחלק מרכישת פוליסה זו, האם פוליסה לתאונות אישיות לרבות נספחים שברשותך:

א. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא, יסולקו באופן חלקי או מלא, יסתיימו בכל דרך אחרת?  כן  לא.

ב. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, בסכומי הביטוח או בפרמיה?  כן  לא

**ז. חתימות:**

תאריך	חתימת החבר	חתימת בן/בת הזוג