

דף מידע סגל אקדמי חדש

ביטוח בריאות קולקטיבי בחברת 'איילון'

באמצעות 'מועדון טוב' של עובדי המדינה

הארגון רואה בביטוח הבריאות הקולקטיבי חלק חשוב ביותר בהגנה על העובד ובני משפחתו.

הסבסוד, של הרובד הבסיסי בפוליסת הביטוח, הינו מתוך כוונה לתת מענה למגבלות הכיסוי, הנובעות מחוק הבריאות והביטוחים המשלימים של קופות החולים.

חבר הסגל החדש (בחצי משרה ומעלה ומשלם דמי חבר לארגון הסגל) זכאי להצטרף לביטוח הבריאות הקולקטיבי בהתאם לתנאים הבאים:

1. חבר הסגל זכאי לרובד הבסיסי – מסובסד ע"י הארגון (חינם עבור חבר הסגל)
2. חבר הסגל זכאי להצטרף לרובדי הרשות (ניתוחים בארץ ואמבולטורי) – התשלום עבור ההרחבות יבוצע בכרטיס אשראי של חבר הסגל. (ההצטרפות וולונטרית, אינה חובה)
3. חבר הסגל החדש זכאי לצרף בן/בת זוג, ילדים עד גיל 25 לרובדי הביטוח שהוא מבוטח בהם. תשלום עבור צירוף בן/בת זוג וילדים עד גיל 25 יבוצע בכרטיס אשראי של חבר הסגל.
4. חלון הזדמנויות : בשלושת החודשים מתחילת ההעסקה ניתן להצטרף לביטוח הבריאות ללא הצהרת בריאות (הצטרפות לאחר מכן תחייב הצהרת בריאות)
5. הצטרפות לביטוח :
 - א. חבר הסגל המעוניין ברובד הבסיסי בלבד אינו צריך למלא טופס הצטרפות. הצירוף של חברי הסגל נעשה באופן אוטומטי, אלא אם שלח מכתב בו מבקש לא להצטרף ובכך מוותר על ההטבה הניתנת לכל חברי הסגל.
 - ב. חבר הסגל המעוניין להוסיף בני משפחה / להוסיף הרחבות נוספות מעבר לרובד הבסיסי, צריך למלא טופס הצטרפות - ללחוץ כאן ולהעביר אותו במייל חוזר
Irgun_hasegel@univ.haifa.ac.il

מה כולל הביטוח ? וכמה זה עולה לנו ?

רובד בסיס (רובד חובה) מסובסד ע"י הארגון - עבור חבר הסגל
פרקים ד', ה', ו', ז', ח'
פרק ד - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים רפואיים מיוחדים בחו"ל.
פרק ה - ניתוחים בחו"ל טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל
פרק ו - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות כולל הרחבה לתרופות מותאמות אישית
פרק ז - אבחון מהיר, ליווי רפואי, בדיקת סקר תקופתית
פרק ח - הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה
כתב שירות - ביקור רופא (רופא עד הבית, רופא מומחה און ליין)

רובדי רשות (הצטרפות וולונטרית) משולם ע"י חבר הסגל בכרטיס אשראי		
רובד רשות ראשון שירותי ניתוח ואשפוז פרקים ט', י', י"א	רובד רשות שני טיפולים רפואיים נוספים פרק י"ב	
משלים שב"ן (אפשרות 1)	מהשקל הראשון (אפשרות 2)	שירותים רפואיים אמבולטוריים
ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן פרק ט' (1) (שירות הביטוח הנוסף של קופות החולים)	ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל במסלול מהשקל הראשון - פרקים ט' (2)	רפואה משלימה, יעוץ דיאטטי, אביזרים רפואיים, פיזיותרפיה, בדיקות היריון, טיפולים בהתפתחות הילד, טיפול פסיכולוגי ועוד.

***עלויות הרבדים - תשלום פרטי באמצעות כרטיס אשראי פרט**

לרובד בסיס המסובסד ע"י הארגון לחבר הסגל בלבד

רובד בסיס	רובד רשות ראשון- שירותי ניתוח ואשפוז		רובד רשות שני- טיפולים רפואיים נוספים
	אפשרות 1- משלים שב"ן	אפשרות 2- מהשקל הראשון	שירותים רפואיים אמבולטוריים
ילד עד גיל 20	17.54	13.47	15.87
עובד 21-30 מסובסד ע"י הארגון	32.33	29.48	34.02
בן/בת זוג 21-30	35.60	29.48	34.02
עובד 31-40 מסובסד ע"י הארגון	32.33	29.48	43.66
בן/בת זוג 31-40	35.60	29.48	43.66
עובד 41-50 מסובסד ע"י הארגון	32.33	65.77	68.61
בן/בת זוג 41-50	35.60	65.77	68.61
עובד 51-55 מסובסד ע"י הארגון	40.58	92.99	102.63
בן/בת זוג 51-55	44.64	92.99	102.63
עובד 56-60 מסובסד ע"י הארגון	40.58	92.99	134.38
בן/בת זוג 56-60	44.64	92.99	134.38
עובד 61-65 מסובסד ע"י הארגון	40.58	92.99	162.17
בן/בת זוג 61-65	44.64	92.99	162.17
עובד מעל 66 מסובסד ע"י הארגון	40.58	147.54	214.33
בן/בת זוג מעל 66	44.64	147.54	214.33

התנאים הקובעים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה - [לחץ כאן](#)

***עלויות נכונות לחודש מאי 2025**

פרטי התקשרות עם חברת הביטוח :

טלפונים למידע כללי (הצטרפות, ביטול, שינויים) מוקד המידע פתוח בימים א-ה
בין השעות 08:00-17:00

1. מוקד איילון לעמיתי מועדון טוב : 1700-720-012 (שלוחה 1, שוב שלוחה 1, להקיש ת.ז. ו-#)
2. במוקד בריאות מועדון טוב : 1700-071-009
3. מוקד בריאות של חברת איילון חברת ביטוח : 1800-352-001 (לביטוח בריאות -שלוחה 2, סטטוס תביעה שלוחה 1, כל נושא שלוחה 3, הזנת ת.ז, טלפון וקוד זיהוי יאפשרו גישה לנציג)

להגשת תביעה לחברת איילון אפשר לפנות:

1. לפנות למוקד תביעות של מועדון טוב 1700-071-009 (שלוחה 2, נציג שירות - שלוחה 5)
2. **במייל מסודר** למוקד תביעות tviot_briut@ayalon-ins.co.il ולכתב בעותק את אירנה irena-n@ayalon-ins.co.il :
 - שורת נושא שכוללת את שמך, ת.ז. וסיבת הפניה
 - מילוי טופס תביעה **(לכל סוג תביעה בנפרד)** [לחצו כאן](#)
 - קבצים ובהם **סריקה ברורה** של כל הקבלות
 - מסמך אישור ניהול חשבון או צילום של צ'ק מבוטל
3. באזור האישי - [לחץ כאן](#)

התנאים הקובעים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה - [לחצו כאן](#)

בברכת בריאות איתנה

ועד ארגון הסגל האקדמי הבכיר

ארגון הסגל האקדמי הבכיר, אוניברסיטת חיפה I טל: 04-8240661 I
פקס: 04-8257013 I אתר הארגון [/http://astaff.haifa.ac.il](http://astaff.haifa.ac.il)

מס' קולקטיב	נכונים סוכנות לביטוח	תאריך התחלת הביטוח*	תאריך התחלת עבודה
		שנה / חודש / יום	שנה / חודש / יום

הטופס מיועד לעובדים קיימים וחדשים ובני משפחותיהם* המעוניינים להצטרף לביטוח.
*צירוף בני משפחה של החברה/ במועדון טוב מותנה בביטוח העובד ולמסלול שנבחר ע"י חברה/ במועדון טוב.

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

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 .							
שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין	שם קופת חולים	שב"ן (ביטוח משלים) מסוג	מספר זהות	
			☐ ז ☐ נ				בן/בת זוג
			☐ ז ☐ נ				ילד (עד גיל 25) 1
			☐ ז ☐ נ				2
			☐ ז ☐ נ				3
			☐ ז ☐ נ				4
			☐ ז ☐ נ				חתי / כלה
			☐ ז ☐ נ				נכד 1
			☐ ז ☐ נ				2
			☐ ז ☐ נ				3

פרטי התקשרות						
חבר/ה מועדון טוב	רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון נייד	מספר טלפון נוסף
חבר/ה מועדון טוב						
בן/בת זוג ☐ כתובת זהה לעובד						
ילד מעל גיל 18 ☐ כתובת זהה לעובד						
חתי / כלה						
חתי / כלה						
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. דמי הביטוח					
גיל המבוטח	רובד בסיס + הרחבה לבסיס (פרקים ד-ח*)	רובד רשות ראשון אופציה ראשונה: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ש"ח ושירותים רפואיים לאחר ניתוח וניתוחים וטיפולם בטכנולוגיות מתקדמות (פרקים ט (1), י, יא)	רובד רשות ראשון אופציה שניה: ניתוחים ומחליפי ניתוח בישראל במסלול מהשקל הראשון ושירותים רפואיים לאחר ניתוח וניתוחים וטיפולם בטכנולוגיות מתקדמות (פרקים ט (2), י, יא)	רובד רשות שני - שירותים אמבולטוריים (פרק יב)	רובד רשות שלישי - פיצוי בעת גילוי מחלה קשה (פרק יג)
ילד עד גיל 20	17.12	10.73	15.49	18.39	3.44
חברים בגילים:					
21 - 30 בן/בת זוג*:	31.55 34.74	28.77	33.20	35.00	9.24
40 - 31 בן/בת זוג*:	31.55 34.74	28.77	42.60	35.00	9.24
50 - 41 בן/בת זוג*:	31.55 34.74	64.18	66.95	35.00	27.26
55 - 51 בן/בת זוג*:	39.60 43.56	90.74	100.15	35.00	72.88
60 - 56 בן/בת זוג*:	39.60 43.56	90.74	131.13	35.00	113.77
65 - 61 בן/בת זוג*:	39.60 43.56	90.74	158.25	35.00	145.76
מגיל 66 ואילך בן/בת זוג*:	39.60 43.56	143.97	209.15	35.00	183.68
הכיסוי ייסתיים בגיל 70					

*פרמיה בן/בת זוג: תוספת 10%.
*מדד 13998 שפורסם ב-15.05.2024.

ד. תוכניות הביטוח					
רובד בסיס + הרחבה	רובד רשות ראשון + הרחבה		רובד רשות שני	רובד רשות שלישי	
- השתלות בישראל או בחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל. - ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל. - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות. - הוצאות רפואיות מיוחדות במקרה של גילוי מחלה קשה. - אבחון מהיר, ליווי רפואי ובדיקות סקר תקופתיות.	ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול משלים שב"ן עם השתתפות עצמית בשיעור 20% ועד 3,000 ש"ח. - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח. - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות.		ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל במסלול "מהשקל הראשון". - שירותים נלווים במהלך אשפוז ו/או לאחר ביצוע ניתוח. - ניתוחים וטיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות.	פיצוי במקרה של גילוי מחלות קשות נא סמן V במשבצת ולציין מספר מנות מבוקש.	
☐	☐	☐	☐	☐	חברה/מועדון טוב
☐	☐	☐	☐	☐	בן/בת זוג
☐	☐	☐	☐	☐	ילד* 1
☐	☐	☐	☐	☐	2
☐	☐	☐	☐	☐	3
☐	☐	☐	☐	☐	4
☐	☐	☐	☐	☐	חתן / כלה 1
☐	☐	☐	☐	☐	2
☐	☐	☐	☐	☐	נכד* 1
☐	☐	☐	☐	☐	2

* ילד / נכד - עד גיל 25

הצהרת הבריאות שלהלן, תחול לחוד על כל אחד מהבאים: המבוטח הראשי, בן/בת הזוג וכל אחד מהילדים המבוטחים. יש לענות על השאלות שלהלן בסימן ✓ בטור התשובה המתאימה, ולפי הצורך, להשלים את המידע הנדרש גם בגוף ההצהרה. בכל מקרה של תשובה חיונית (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).

																								חברה		בן/בת זוג		ילד 1		ילד 2		ילד 3		ילד 4	
		לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא		כן		לא													
שמות המועמדים																																			
גובה (בס"מ) _____ (מגיל 6 בלבד)																																			
משקל (בק"ג) _____																																			
1. האם עברת ניתוח או יעצו לך לעבור ניתוח ב-3 השנים האחרונות? נא פרטי/י																																			
2. האם עברת השתלה או ידוע לך הצורך לעבור השתלה נא פרטי/י ?																																			
3. האם אושפזת ב 3 השנים האחרונות (למעט אשפוז לצורך הריון או לידה) או ידוע לך על אשפוז עתידי? נא פרטי/י																																			
4. מהלך בירור תופעה או מחלה שטרם הסתיים: האם הופנית במהלך השנתיים האחרונות ו/או הנך נמצאת/ת כיום במהלך של הבדיקות הרפואיות ו/או האבחנתיות הבאות, עקב מחלה או חשד למחלה שטרם הסתיימו וטרם נקבעה אבחנה סופית: צנתור, מיפוי, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק ממעקב הריון שגרתי) ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה ? (אם כן, יש לצרף תעודה מהרופא המטפל עם התייחסות לסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה ואבחנה סופית)																																			
האם אובחנה אצלך מחלה, תופעה, הפרעה הקשורה באחד או יותר מהנושאים המפורטים להלן: (סמן ב- X)																																			
1. מערכת העצבים (ניורולוגיה) והמוח: מערכת העצבים ☐ אירוע מוחי ☐ אפילפסיה ☐ טרשת נפוצה ☐ ניוון שרירים או מחלה ניוונית אחרת ☐ פרקינסון ☐ רעד ☐ האם פנית לרופא בתלונות הקשורות בירידה בזיכרון ב 3 שנים האחרונות																																			
2. עיניים וראייה (יש לציין משקפיים רק אם מספר העדשות מעל 7)																																			
3. מערכת לב וכלי דם: ☐ לב ☐ כלי דם ☐ מחלת דם																																			
4. מחלות כרוניות עם המלצה לטיפול תרופתי במהלך 3 השנים האחרונות: ☐ סוכרת מטופלת באינסולין																																			
5. מערכת הנשימה: ☐ ריאות ודרכי הנשימה ☐ אסטמה																																			
6. מערכת העיכול: ☐ קיבה ☐ מעיים ומרכת העיכול ☐ ושט ☐ כבד																																			
7. מערכת השתן: ☐ כליות ☐ דרכי השתן																																			
8. אורתופדיה ומערכת השלד: ☐ גב ועמוד השדרה ☐ ברכיים ☐ מפרקים ☐																																			
9. גידולים ממאירים / מחלות ממאירות (סרטן) ב-5 השנים האחרונות - אם כן, יש לצרף מכתב אונקולוג																																			
10. לנשים (מגיל 14 בלבד): ☐ שדיים ☐ מערכת גניקולוגית ☐ בעיות פריון ☐ האם עברת לידה בניתוח קיסרי? אם כן מתי? _____																																			
11. האם הנך מוגבלת/ת בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ניידות/הליכה ו/או משתמש באמצעי עזר או בעזרת אדם נוסף, לביצוע אחת או יותר מהפעולות אלו?																																			
12. האם נעדרת מהעבודה עקב תאונה או מחלה לתקופה שעולה על שבוע ימים במהלך 12 החודשים האחרונים.																																			
13. נכות אחוזי נכות ומום מולד: האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין: מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? אם כן-פרט אחוזי הנכות וסיבת הנכות																																			

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

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

ו. הצהרת המועמדים לביטוח

1. 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 שתשובותיי 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), למעט מבטוחים אשר עוברים ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית או פרטית קיימת (רצף יינתן לכיסויים חופפים).

2. הצהרת ויתור על סודיות רפואית:

אני הח"מ, הואיל ובקשתי להיות מבטוח על ידי "איילון חברה לביטוח בע"מ" (להלן "חברת הביטוח"), הריני מאשר ומרשה למסור לחברת הביטוח את המידע המצוי ברשותכם אודותיי, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שתדרוש חברת הביטוח, לרבות פרטים על מצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי. אני משחרר בזה אתכם מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע לאמור לעיל כלפי חברת הביטוח וכלפי כל נושא משרה ו/או עובד ו/או ב"כ ו/או חוקר ו/או רופא ו/או מומחה אחר של חברת הביטוח או מטעמה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע כאמור. כתב ויתור זה יחול על ידי הקטנים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. כתב ויתור זה מחייב אותי ואת עזבוני ואת באי כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי. בחתימתי להלן, אני מאשר את הויתור על סודיות רפואית כאמור לעיל.

מועמד	תאריך	שם המועמד	מספר זהות	חתימה
חברה/מועדן טוב				
בן/בת זוג				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				
ילד מעל גיל 18				

ז. 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 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, 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. ☐ מסכים ☐ לא מסכים

תאריך	שם חברה/מועדן טוב	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 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 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.

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 קטנים 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 כגיר לצורך זיהוי או אם ברצונך להוסיף בגיר נוסף לצורך זיהוי, עליך למלא את פרטיו בעמוד הראשון בטופס, טבלה ב. לידיעתך, רק בגיר שיוגדר לצורך זיהוי יוכל לצפות במרוכז באתר האינטרנט "הר הביטוח" במוצרי הביטוח של קטין. בהם הוגדר כגיר לצורך זיהוי, בכל חברות הביטוח בישראל.

חתימת חברה/מועדן טוב	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
		

סה"כ פרמיה	תאריך השיחה / מילוי הטופס	שם הנציג	שעת השיחה

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.
The form is intended for women and men alike.

נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.
Please be sure to complete this form precisely and in full.

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		סוג כרטיס		בתוקף עד		שם			
		☐ ויזה ☐ ישראכארט ☐ 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 שיופנק 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									
לכבוד בנק _____ סניף _____ ("הבנק") ☒ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות. ☐ או- ☐ הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: ☐ תקרת סכום החיוב - ₪ _____ ☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום _____									
מס' חשבון		סוג חשבון		סניף		בנק			
639									
קוד מוסד (המוטב)		אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח אצל המוטב (ככל שקיים)							
שם המוסד (המוטב): איילון חברה לביטוח בע"מ									
אם יישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.									

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.
- ההרשאה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה בכתב מאתנו לבנק שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה לבנק, וכן ניתנת לביטול ע"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 ייעשה בערך יום ממתן 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.
- ההרשאה 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)					

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