

**טופס הצטרפות לביטוח תאונות אישיות קבוצתי
 חברי הסגל האקדמי הבכיר של אוניברסיטת חיפה**

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים.
 חברים/עובדים ובני משפחותיהם המצטרפים בתוך 90 יום ממועד תחילת הפוליסה 1/11/2014, פטורים מהצהרת בריאות.

א. פרטי המועמדים לביטוח						
מבוטח	מספר זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	המוטבים – במות המבוטח
חבר					ז ♂	שם מלא מספר זהות קרבה
בן/בת זוג					ז ♂	
ילד (עד 21)					ז ♂	
ילד (עד 21)					ז ♂	
ילד (עד 21)					ז ♂	
מבוטח נוסף קרבה: _____					ז ♂	
מבוטח נוסף קרבה: _____					ז ♂	
מבוטח נוסף קרבה: _____					ז ♂	
כתובת מגורים	רחוב	מספר בית	ישוב	מיקוד	מספר טלפון	דואר אלקטרוני

ב. פירוט הכיסויים בתכנית הביטוח	
✓ ביטוח נכות ופטירה כתוצאה מתאונה	✓ שירותים רפואיים בעת חופשה בישראל
✓ פיצוי נוסף במקרה של מצב סיעודי כתוצאה מתאונה	✓ הוצאות רפואיות מיוחדות
✓ פיצוי יומי בגין אשפוז בבית חולים עקב תאונה או מחלה	✓ חבות כלפי צד ג'
✓ ביטוח שבר כתוצאה מתאונה	✓ פיצוי שבועי בגין אי כושר עבודה עקב תאונה או מחלה
✓ אירוע כווייה כתוצאה מתאונה	✓ הוצאות הכשרה מקצועית לבעל אובדן כושר עבודה
✓ הוצאות רפואיות עקב תאונה	

ג. הצהרת בריאות											
יש למלא רק למצטרפים לאחר ה- 1.2.15 או לחברים חדשים שהצטרפו לאחר 90 ימים ממועד תחילת העסקתם/חברותם											
		ילד 3		ילד 2		ילד 1		בן/בת זוג		חבר	
		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. ב5 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/ביצוע 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

הנני מעוניין לשלם את תשלומי הביטוח בהורדה משכרי החדושי. באמצעות כרטיס האשראי המפורט להלן.

למעוניינים לשלם באמצעות כרטיס אשראי יש למלא את הפרטים הבאים:

אופן התשלום: **חדשי**

אופן הגבייה: למבוטח איילון בלבד: אבקש לגבות את הפרמיה על-פי אמצעי התשלום בפוליסה מס' _____ ובתנאי שאני המשלם.

כרטיס אשראי: (בחר את סוג הכרטיס המתאים): ישראלרנט אמריקן אקספרס ויזה דינרס לאומי קארד

שם בעל כרטיס האשראי: _____ מספר 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 ביני לבין המועמד/ים לביטוח.

תאריך	חתימת בעל הכרטיס	חתימת בן / בת הזוג
-------	------------------	--------------------

ה. הצהרות והתחייבויות המועמדים לביטוח (יש לסמן X במקום הנדרש)

אני הח"מ מבקש לבטח אותי בהתאם לתנאי תכנית/יות הביטוח שנבחרה/ו בהצגה זו לאחר שמצאתי אותה/ן מתאימה/ות לצרכיי ובהסתמך על כל האמור בהצעה זו אני מצהיר ומתחייב 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 סיומו תודיעה לי אם קיבלתי את ההצעה. תאריך התחלת הביטוח הינו המועד הקבוע בדף פרטי הביטוח, למעט מצטרפים עד לתאריך 31.01.15 /או לחברים חדשים שהצטרפו לאחר 90 ימים ממועד תחילת העסקתם/חברותם.
- 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 תגמולי ביטוח וביצוע פעולות נלוות.
- אישור שמירת נתונים אישיים ואמצעי התקשורת עם המועמד לביטוח:** בסעיף זה "החברה" משמעה איילון חברה לביטוח. 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 ביטוח ו/או תיק ההשקעות של המוצרים הפיננסיים שרכשתי בחברה, למתן שירותים במסגרת פוליסות הביטוח, וכן לצורך יצירת קשר לפנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח חיים, קופות גמל, קרנות פנסיה, קרנות נאמנות ומוצרים פיננסיים נוספים, דיוור ישיר, עיבודים סטטיסטיים ופילוחי שוק. במסגרת זאת החברה רשאית להעביר את המידע המתייחס אליי גם לסוכן הביטוח המטפל בפוליסה. אם החברה תארגן את פעילותה 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.**
 איני מעוניין שתשלחו אליי עדכונים ו/או פניות לגבי מוצרים ו/או שירותים קיימים ו/או חדשים.
- מינוי הסוכן כשלוחו של המועמד**
על פי חוק חוזה ביטוח התשמ"א – 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. אם אתה מעוניין במינוי סוכן הביטוח שלך כשלוחך, אנא אשר את הנוסח שלהלן:
נוסח המינוי – לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981:
אני ממנה בזה את סוכן הביטוח _____ להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של כתב השירות ולעניין כריתת כתב השירות עם חברתכם.
אני מאשר כי המועמד אישר למנותי כשלוחו תאריך _____ חתימת סוכן _____.
- ויתור על סודיות רפואית**
אני הח"מ נותן בזה רשות לקופת חולים או לכל גוף אחר ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים ו/או מוסדותיה הרפואיים ו/או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים, המעבדות ובתי החולים האחרים, למוסד לביטוח לאומי, לחברות הביטוח, לקרנות הפנסיה, לשלטונות צה"ל ומשרד הביטחון, למשרד הבריאות, ללשכת הבריאות המחוזית למסור לאיילון חברה לביטוח בע"מ, להלן "המבקש", את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי "המבקש" על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד, וכן כל ממצא ואבחנה המצויים ברשותכם והקשורים למצבי הרפואי, אני משחרר כל גוף או אדם שפורטו לעיל מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כאמור, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה ותביעה מסוג כלשהוא כלפי כל המוסר מידע כאמור. כן אני מייפה את "המבקש" לאסוף כל מידע שיראה בעיניו חשוב בכל הנוגע לבריאותי, ככל שהדבר דרוש לצורך בירור הזכויות והחובות המוקנות על פי תוכניות הביטוח. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבא במקומי. בקשה זו יפה גם כלפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל הגופים הנזכרים לעיל. כתב ויתור זה יחול גם על ילדינו הקטינים.

תאריך	חתימת המבוטח	חתימת בן / בת הזוג
-------	--------------	--------------------

ו. הצהרת סוכן:

אני מאשר כי:

- הסברתי למועמד/ים את פרטי תכנית הביטוח, התנאים והסייגים והקראתי לו/להם את טופס הגילוי נאות.
- הטופס הנ"ל מולא לפי המידע שנמסר על ידי המועמד/ים לביטוח הנ"ל ונחתם על ידם לאחר שהביעו את רצונם לרכוש את הפוליסה.

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