

01 במרץ 2026

מבוטח/ת יקר/ה שלום רב,

הנדון: הודעה על שינוי בדמי הביטוח בפוליסת בריאות קבוצתית לעובדי אוניברסיטת חיפה סגל האקדמי ובני משפחותיהם

1. בהתאם לסעיף 5(ב) לתקנות הפיקוח על שירותים פיננסים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), תשע"ה - 2015, אנו מבקשים להודיעכם אודות שינוי בדמי הביטוח ברובד הבסיס וכן ברובד השירותים האמבולטוריים החל מ- 01.05.2026, וזאת בהתאם לסעיף 7.4 לתנאים הכללים בפוליסה - התאמת הפרמיה.
2. עליך לאשר בחתימה מטה לנכות את דמי הביטוח החדשים. באם לא תתקבל הסכמתך המפורשת, הכיסוי הביטוחי ברבדים ברשות בני משפחתך המבוטחים, ככל שהינם מבוטחים, יסתיים בתאריך 30.04.2026.
3. להלן דמי הביטוח החודשיים הנהוגים כיום ב (ש):

גיל	רובד בסיס	רובד ניתוחים "משלים שבן"	רובד ניתוחים "שקל ראשון"	רובד שירותים אמבולטוריים	רובד ביטוח מחלות קשות
ילד עד גיל 20	17.91	11.22	16.20	19.23	3.60
חברים בגילאים:					
21 - 30 בן/בת זוג*:	33.00 36.33	30.09	34.72	36.61	9.66
31 - 40 בן/בת זוג*:	33.00 36.33	30.09	44.55	36.61	9.66
41 - 50 בן/בת זוג*:	33.00 36.33	67.12	70.02	36.61	28.51
51 - 55 בן/בת זוג*:	41.42 45.56	94.90	104.74	36.61	76.22
56 - 60 בן/בת זוג*:	41.42 45.56	94.90	137.14	36.61	118.99
61 - 65 בן/בת זוג*:	41.42 45.56	94.90	165.51	36.61	152.45
מגיל 66 ואילך בן/בת זוג*:	41.42 45.56	150.57	218.74	36.61	192.10

להלן דמי הביטוח החודשיים הנהוגים החל מיום 01.05.2026 ב (ש):

גיל	רובד בסיס	רובד ניתוחים "משלים שבן"	רובד ניתוחים "שקל ראשון"	רובד שירותים אמבולטוריים	רובד ביטוח מחלות קשות
ילד עד גיל 20	21.76	11.22	16.20	23.36	3.60
חברים בגילאים:					
21 - 30 בן/בת זוג*:	40.10 44.14	30.09	34.72	44.48	9.66
31 - 40 בן/בת זוג*:	40.10 44.14	30.09	44.55	44.48	9.66
41 - 50 בן/בת זוג*:	40.10 44.14	67.12	70.02	44.48	28.51
51 - 55	50.33	94.90	104.74	44.48	76.22

				50.36	בן/בת זוג*:
118.99	44.48	137.14	94.90	50.33	56 - 60
				50.36	בן/בת זוג*:
152.45	44.48	165.51	94.90	50.33	61 - 65
				55.36	בן/בת זוג*:
192.10	44.48	218.74	150.57	50.33	מגיל 66 ואילך
				55.36	בן/בת זוג*:

דמי הביטוח צמודים למדד 14640 שפורסם ביום 15 לנובמבר 2025.

4. הנך מתבקש להעביר לחברה טרם מועד השינוי את הסכמתך לשינוי בדמי הביטוח המפורט לעיל, עבור בני/בנות הזוג וילדים בוגרים ככל שמבוטחים בפוליסה באמצעות סוכנות הביטוח בפוליסה: נכונים

• בחתימה בשולי מכתב זה ומשלוח החתימה לחברה בדוא"ל לכתובת: mtov@ayalon-ins.co.il

5. פניה לסוכנות נכונים במספר הטלפון: 1-700-720-012

6. בשאר תנאי הפוליסה לא יחול כל שינוי.

מובהר בזאת באם לא תתקבל הסכמת המבוטח על התאמת הפרמיה כאמור לעיל, הפוליסה תבוטל ב- 30.04.26

בברכה

איילון חברה לביטוח