



אליהו חברה לבטוח בע"מ

"בית אליהו" רח' אבן-גבירול 2, ת.ד. 697 תל-אביב 61006, טל. 6920911, פקס. 6965415
www.eliahu.co.il

שים לב!

חובה לחתום בכל הטפסים ליד המקומות המסומנים ב-X כל האמור בלשון זכר מתייחס לגברים ונשים

הצעה לכריזת אוזנה ביטוח בריאות

מס' פוליסה/הצעה: _____

שם סוכן הביטוח: _____ מס' סוכן הביטוח: _____ שם מפקח: _____

אני/אנו הח"מ, מתכבדים בזאת להציע לאליהו חברה לבטוח בע"מ (להלן: "החברה"), להתקשר בחוזה ביטוח בריאות, בהתאם לאמור להלן:

1. פרטי המועמדים - שם משפחה _____

המועמד	מס' זהות	שם פרטי	תאריך לידה			מין	שם קופ"ח	מקצוע/ עיסוק
			שנה	חודש	יום			
מועמד ראשי						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
מועמד משני						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילד 1						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילד 2						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		
ילד 3						<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ		

כתובת: _____ רח' _____ מס' בית _____ עיר _____ מיקוד _____ טל: _____ טל' סולארי: _____

2. תאריך תחילת הביטוח: _____ / _____ / 01

3. אופן התשלום: חודשי רבע שנתי חצי שנתי שנתי
באמצעות: שרות שיקים כרטיס אשראי
 גביה רגילה - בתשלום שנתי בלבד

4. תושבות: האם המועמד הראשי הינו תושב ישראל? כן לא

5. תכנית הביטוח הבסיסית המבוקשת:

"בריאות מקיפה" (שיפוי) "בריאות משלימה" (פיצוי) "לחיות בראש שקט" - תרופות, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל

"משלים למשלים" "משלים למשלים" כולל "ברות ביטוח" אחר _____

הנני מצהיר כי הנני מבוטח בעל שבי"ן

X X _____ X

חתימת המועמד הראשי חתימת המועמד המשני

6. כיסויים נוספים לתוכנית הבסיסית

תרופות השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל כתב שירות אמבולטורי כתב שירות ביקורופא שחרור

"רפואת המחר" (ניתן לרכוש רק אם נרכש כסוי לביטוח תרופות. לידיעתך! ביטול כיסוי תרופות מבטל אוטומטית את הכיסוי)

אחר _____

7. כיסוי נוסף למחלות קשות - נא רשום סכומי הביטוח:

תוכניות ביטוח	מועמד ראשי		מועמד משני		לכל ילד (כולל נכות מתאונה)	
	תום תקופת הביטוח בגיל	סכום הביטוח	תום תקופת הביטוח בגיל	סכום הביטוח	תום תקופת הביטוח בגיל	סכום הביטוח
32 מחלות קשות <input type="checkbox"/> פרמיה משתנה <input type="checkbox"/> פרמיה משתנה עד גיל 50 או עד תאריך החידוש (לאחר גיל 50) המאוחר מביניהם, והופכת לפרמיה קבועה.						
10 מחלות קשות						
3 מחלות קשות						

ביטוח בריאות 12.2009

8. תחביבים ועיסוקים

מועמד ראשי	מועמד משני
האם יש סיכון מיוחד במקצועך, בעסוקיך הקבועים או המזדמנים או בתחביבך או באורח חיך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____	האם יש סיכון מיוחד במקצועך, בעסוקיך הקבועים או המזדמנים או בתחביבך או באורח חיך? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____
האם הנך עוסק באחד התחביבים / העיסוקים המפורטים להלן? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם הנך עוסק באחד התחביבים / העיסוקים המפורטים להלן? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
<input type="checkbox"/> טייס/עיסוק אחר בצוות אוויר <input type="checkbox"/> גלישת אוויר	<input type="checkbox"/> טייס/עיסוק אחר בצוות אוויר <input type="checkbox"/> גלישת אוויר
<input type="checkbox"/> רחיפה <input type="checkbox"/> צלילה <input type="checkbox"/> צניחה <input type="checkbox"/> דאיה	<input type="checkbox"/> רחיפה <input type="checkbox"/> צלילה <input type="checkbox"/> צניחה <input type="checkbox"/> דאיה
<input type="checkbox"/> מרוץ מכוניות/אופנועים <input type="checkbox"/> רכיבה על סוסים	<input type="checkbox"/> מרוץ מכוניות/אופנועים <input type="checkbox"/> רכיבה על סוסים
אחר _____ <input type="checkbox"/>	אחר _____ <input type="checkbox"/>

9. כיסויים ביטוחיים קיימים

מועמד ראשי	מועמד משני
האם אתה מבטח בביטוח חיים בחברתנו: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם אתה מבטח בביטוח חיים בחברתנו: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
האם אתה מבטח בחברת ביטוח אחרת: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם אתה מבטח בחברת ביטוח אחרת: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
פרט: _____	פרט: _____
האם נדחתה הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר בחברת ביטוח כלשהי, או התקבלה בתנאים או במגבלות מיוחדים לרבות תוספת פרמיה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____	האם נדחתה הצעתך לביטוח חיים או ביטוח רפואי בעבר בחברת ביטוח כלשהי, או התקבלה בתנאים או במגבלות מיוחדים לרבות תוספת פרמיה: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט: _____
האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לפיצויים במקרה של איבוד כושר העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט (כולל סכום): _____	האם יש לך ביטוח כלשהו לפיו אתה זכאי לפיצויים במקרה של איבוד כושר העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט (כולל סכום): _____

10. החלפה/שינוי

האם יש בידך פוליסות בריאות בתוקף? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן האם פוליסת הבריאות כוללת כיסויים ביטוחיים שבתוקף: (א) עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	האם יש בידך פוליסות בריאות בתוקף? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן האם פוליסת הבריאות כוללת כיסויים ביטוחיים שבתוקף: (א) עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא; יסתיימו בכל דרך אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
(ב) כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	(ב) כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו, האם יחולו שינויים מהותיים בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (א) ו-(ב) מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.	תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (א) ו-(ב) מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.
הסוכן: למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	הסוכן: למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן
X _____ תאריך	X _____ תאריך
X _____ חתימת הסוכן	X _____ חתימת הסוכן

הצטרפות לתוכנית משלים למשלים (למבוטח הרוכש את התוכנית)

ידוע לי כי:

1. הכיסוי הניתן לי על ידי החברה בפרק "משלים למשלים" (להלן "הפרק") מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפרק, שהם מעל ומעבר להשתתפות הביטוח המשלים, וזאת עד לתקרה הקבועה בפרק.
2. למימוש הכיסוי על פי הפרק, עלי לפנות ראשית לקופת חולים למימוש זכויותי על פי תוכנית הביטוח המשלים בה אני חבר, ולאחר מכן לפנות לחברה למימוש זכויותי על הפרק.
3. דמי הביטוח בגין הפרק נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות מהביטוח המשלים).
4. במקרה שרכשתי הרחבה לברות ביטוח – כי בעת סיום החברות בתכנית הביטוח המשלים הנני זכאי לפנות לחברה ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי "מהשקל הראשון" תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית הביטוח המשלים או מהמועד בו יכנס הביטוח לתוקף, לפי המאוחר מביניהם, אך במקרה שהביטוח נעשה ביוזמתי – המועד בו נכנס הביטוח לתוקף.

X
X
X X

תאריך
חתימת המועמד הראשי
חתימת המועמד המשני

הצהרות ואישורי המועמד/ים לביטוח

הצהרה זו, כולל הצהרות בריאות שלעיל, יחולו גם על הילדים ששמותיהם נקובים בהצעה ואני/נו חותמים על המסמכים גם בשמם כאפוסטרופסים. אני/נו מצהירים/ים, מסכים/מים ומתחייבים/ים בזה כי:

1. כל התשובות והמידע כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות.
2. כל התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר למבטח וכן התנאים המקובלים לעניין זה, ישמשו אצל המבטח תנאי יסודי לחוזה בנינו ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
3. הרשות בידכם להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה מבלי שתהיה חובה להצדיק או להסביר את ההחלטה.
4. ידוע לי/לנו, כי אם המבטח קיבל את הצעתנו/נו ואישר בכתב את הסכמתו לעריכת הפוליסה על פי הצעה זו, בטרם נפרע תשלום ראשון לפוליסה, יכנסו הכיסויים הביטוחיים שבפוליסה לתוקפם ממועד קיבולה של הצעה זו על ידי המבטח, ולפניהם משורת הדין, יעניק לי/לנו המבטח, בתקופה שבין מועד קיבול ההצעה ועד ה-1 לחודש שלאחר מועד זה, כיסוי ביטוחי בהתאם לתנאי הצעה זו ו/או הפוליסה, ללא תשלום, והכל בכפוף לכך שלא חל, מיום חתימתנו/נו על הצהרת בריאות או מיום הבדיקה הרפואית, אם היתה כזו, ועד ליום שבו אישר המבטח בכתב את הסכמתו לעריכת הפוליסה על פי ההצעה, שינוי בבריאותנו/נו, במצבינו/נו הגופני, במקצוענו/נו ו/או בעיסוקנו/נו באופן שהיה משפיע על עצם קבלתנו/נו לביטוח או על תנאי קבלתנו/נו לביטוח, אילו ידע עליהם המבטח ביום בו אישר בכתב את עריכת הפוליסה על פי הצעה זו.
5. מובהר, למען הסר ספק, כי אין בהענקת הכיסוי הביטוחי ללא תשלום, כאמור לעיל, כדי לגרוע מתנאי ההצעה ו/או הפוליסה, לרבות קיומן של תקופות המתנה ו/או אכשרה, אם וככל שקיימות בפוליסה, ואלו יעמדו בתוקפן וימנו החל ממועד קיבול ההצעה על ידי המבטח. כי כל פרטי המידע והנתונים שמסרתנו/נו לעיל וכן כל מידע שיימסר על ידינו/נו ו/או בקשר אלינו/נו בעתיד למבטח ו/או לסוכן הביטוח ו/או למי מטעמם, לרבות כל מידע אישי ו/או רפואי ו/או מידע שיימסר בקשר עם הפקת הפוליסה ו/או בקשר עם כל תביעה ו/או במסגרת ויתור על סודיות רפואית, יישמרו במאגרי המידע של המבטח ו/או סוכן הביטוח ו/או של מי מטעמם וישמשו את המבטח ו/או סוכן הביטוח ו/או את מי מטעמם לבחינת ההצעה, להוצאת פוליסות, לניהול שוטף של הפוליסה, למתן שירותים במסגרת הפוליסה, לטיפול ולניהול תביעות ולבדיקתן על ידי המבטח ו/או סוכן הביטוח ו/או מי מטעמם וכן לצורך יצירת קשר עימי ולפניה בהזמנה להציע הצעות לרכישת פוליסות ביטוח אחרות.
6. אני/נו מצהירים/ים ומאשרים/ים בזה, כי הוצע לי/לנו לרכוש את תכנית "משלים למשלים" של החברה המקנה כיסוי ביטוחי משלים לשב"ן, וכן לרכוש "ברות ביטוח" לתכנית זו.
7. ידוע לי, כי חבות החברה על פי הפוליסה כפופה לתקופת אכשרה בת 90 יום המתחילה לגבי כל מבוטח במועד קיבול ההצעה ע"י המבטח. פוליסת הביטוח לא תחול בנוגע למקרה ביטוח הנובע ממצב רפואי קודם, כהגדרתו בתנאים הכלליים של הפוליסה, ובכפוף להוראות התנאים הכלליים של הפוליסה בעניין זה.

קיבול ההצעה יעשה אך ורק על ידי המבטח ולא על ידי גורם אחר כלשהו.

X
X
X X

תאריך
שם המועמד הראשי
חתימת המועמד הראשי

X X
X X

שם המועמד המשני
חתימת המועמד המשני

הצהרה ואישור סוכן הביטוח

אני הח"מ סוכן הביטוח, המתווך בין בעל הפוליסה והמועמד לבין החברה, מצהיר בזאת כי שאלתי את המועמד/ים לביטוח את כל השאלות המופיעות למעלה וכי התשובות הן כפי שנמסרו לי אישית על ידו/ם, כי קבלתי ממנו/מהם את כל הפרטים והמסמכים שפורטו/צורפו למסמך זה וכי המסמך נחתם בפני. הריני מאשר כי בדקתי אישית את נכונות פרטי המועמד/ים לביטוח באמצעות תעודת זהות שלו/הם.

אני מאשר, כי הצעתי למועמד/ים לביטוח לרכוש את תכנית "משלים למשלים" וכן לרכוש "ברות ביטוח" לתכנית זו.

X
X
X

תאריך
שם הסוכן
חתימת הסוכן



אליהו חברה לבטוח בע"מ

"בית אליהו" רח' אבן-גבירול 2, ת.ד. 697 תל-אביב 61006, טל. 6920911, פקס. 6965415
www.eliahu.co.il

תשלום בכרטיס אשראי

אני/מר/גב' _____ ת.ז. _____

בעל כרטיס אשראי מסוג _____ שמספרו _____

בתוקף עד _____ / _____ / _____

מאשר בזאת, כי ברצוני לשלם החיובים שיתחייבו ממני בגין פוליסת ביטוח חיים/בריאות. טופס ביצוע תשלום 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 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 התשלום באמור לעיל מותנה באישור חברת האשראי לגבי כל חיוב שיועבר אליה על ידי חברת הביטוח.

תאריך _____ / _____ / _____ חתימת בעל הכרטיס X

הוראה לחיוב חשבון

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה	קוד מוסד	אסמכתא/מס' של הלקוח בחברה
_____	_____	בנק סניף	6 2 4	_____

לכבוד _____ בנק _____ סניף _____ כתובת _____

אני הח"מ _____ שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות/ח.פ. _____

כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

- נותנים/ים לכם בזה הוראה לחיוב חשבוננו/ינו הנ"ל בסניפכם בגין פרמיית ביטוח חיים או בריאות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם באמצעי מגנטי, או ששימות ע"י אליהו חברה לבטוח בע"מ, כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה" ידוע לנו כי:
- הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולאליהו חברה לבטוח בע"מ, שתיכנס לתוקף, יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכח/נוכח בבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנכתבו בכתב ההרשמה, אם נקבעו.
- ידוע לי/לנו כי הפרטים שצויינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לי/לנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תשלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראת בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
- הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לי/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר לאליהו חברה לבטוח בע"מ בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.
- אני מסכים לכך כי פרטים המתייחסים אלי ו/או לרכושי המבוטח באליהו חברה לבטוח בע"מ (להלן: "אליהו") יוחזקו במאגר מידע של אליהו וימסרו לכל ספקי השרות הקשורים במישרין לביטוח זה ו/או לבנקים ו/או לחברות האשראי הקשורים ישירות לגביית דמי הביטוח.

פרטי ההרשאה
סכום החיוב ומועדו, יקבע מעת לעת ע"י אליהו חברה לבטוח בע"מ עפ"י תנאי הפוליסה/ות ותוספותיה/הן.

תאריך _____ / _____ / _____ חתימת בעל החשבון X

אישור הבנק

לכב' אליהו חברה לבטוח בע"מ ת.ד. 697 ת"א 61006

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוננו/נכם בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת: כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען: כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעל/י החשבון או כל עוד לא הוצא/ו בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

מס' חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה	קוד מוסד	אסמכתא/מס' של הלקוח בחברה
_____	_____	בנק סניף	6 2 4	_____

תאריך _____ / _____ / _____ בנק וסניף: _____ חתימה וחותמת הסניף: _____