

# אליהו חברה לביטוח בע"מ

## "לחיות רגוע" – הצעה לביטוח תאונות

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

שם הסוכן \_\_\_\_\_ מס' הסוכן \_\_\_\_\_ תאריך התחלת הביטוח \_\_\_\_\_ 0 1 | 2 0 0

מס' טלפון של המבוטח
מס' טלפון של בן/בת הזוג

תכנית הביטוח המבוקשת - סמן ב-✓ להלן! (חובה להקריא - "אני מבקש את הסכמתך מטעמך למילוי טופס הצעה לרכישת כיסוי ביטוחי")

הכיסוי	סכום הביטוח בש"ח	<input type="checkbox"/> תכנית א'	<input type="checkbox"/> תכנית ב'	<input type="checkbox"/> תכנית ג'
מוות מתאונה	75,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
נכות מתאונה	75,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פיצוי חד פעמי במקרה של סיעוד כתוצאה מתאונה	20,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
פיצוי בגין יום אשפוז כתוצאה מתאונה	150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### פרטי המועמדים לביטוח

מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
	רחוב	מס' בית	יישוב	מס' טלפון רגיל/נייד
			מיקוד	
				בן/בת זוג - עיסוק
				נא פרט תחביבי ספורט אתגרי
				האם הנך נוהג ברכב מנועי דו גלגלי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

### הצהרת בריאות

שאלות	כן*	לא
1. האם את/ה מוגבלת/בביצוע אחת מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נייזות, מחלות דמנציה?		
2. האם אתה סובל מבריחת סידן (אוסטופורוזיס)?		
3. האם אתה צורך/צרכת סמים או אלכוהול?		
4. האם נקבעו לך אחוזי נכות או שהנך בהליך כלשהו להכרת אחוזי נכות?		

\* במידה והמבוטח ענה "כן" על אחת התשובות בהצהרת הבריאות אין לקבל המועמד לתוכנית הביטוח.

שם סב המבוטח מצד האב \_\_\_\_\_ שם סב בן/בת הזוג מצד האב \_\_\_\_\_

### מוטבים במקרה מוות מתאונה:

שם משפחה ופרטי	מספר זהות	קרבה למבוטחים	% מסכום הביטוח

### אופן התשלום סמן ב-✓ להלן והשלם.

<input type="checkbox"/> באמצעות כרטיס אשראי	<input type="checkbox"/> בהוראת קבע בפוליסת חיים ובריאות קיימת באליהו מס' _____
סוג הכרטיס	שם בעל כרטיס האשראי
<input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> ישראכרט <input type="checkbox"/> דינרס <input type="checkbox"/> אמריקן אקספרס	מס' כרטיס האשראי
	מספר זהות
	תוקף הכרטיס
	שנה חודש

אני מאשרת/ת בזאת כי בעל הכרטיס אישר לי במפורש, שישלם את התשלומים בגין פוליסת הביטוח שרכש באמצעות כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, וכל כרטיס אשראי אחר שיופנק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה ויישא מספר אחר. הודעתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך שאליהו חברה לביטוח בע"מ תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיסי האשראי חייבים מעת לעת שתפרט לחברת כרטיסי האשראי, בגין פרמיות הביטוח בסכומים ובמועדים לפי הסכם הביטוח בין בעל הפוליסה לבין אליהו חברה לביטוח בע"מ.