



Proposal Form Health Insurance - Foreigners in Israel הצעה לביטוח רפואי - לשוהים זרים בישראל

Name of the Agent	שם הסוכן	Agent No	מס' סוכן
אריק רודן		322460	

ביטוח חדש
 הארכה/חידוש
 התלפה של העובד הנוכחי: מס' דרכון/מבוטח

1. פרטי המועמד לביטוח / העובד / התייר Insurance applicant personal details

Last Name	שם משפחה	First Name	שם פרטי	Passport No.	מס' דרכון
Israel Entry Date	תאריך כניסה לישראל	Country of birth	ארץ מוצא	Gender	מין
First	ראשון			M / F	נ / ז
Last	אחרון				
Home Address	כתובת בית	Home Phone	טלפון בית	Mobile Phone	טלפון נייד
Insurance Co	חברת ביטוח	Insurance Co	חברת ביטוח	ביטוחים קודמים בישראל	
From date	מתאריך	From date	מתאריך	Previous Insurances in Israel	
To date	עד תאריך	To date	עד תאריך	No <input type="checkbox"/> לא yes <input type="checkbox"/> כן	

2. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק Details of policy holder

Address	כתובת	ID Number	ת.ז./ח.פ.	Name	שם
טלפון בית	טלפון איש קשר	Mobile Phone	שם איש קשר	טלפון נייד	Telephone Number

3. תוכנית ביטוח מבוקשת Insurance program wanted

Care 4 u - Foreign worker with permit to work in Israel
 Tourist Medical Insurance

תקופת הביטוח המבוקשת: מתאריך _____ עד תאריך _____

Insurance period requested: from _____ to _____

4. דמי הביטוח Insurance premium

Total cost in \$	סה"כ פרמיה ב-\$	No. of days	מס' ימי הביטוח	Daily cost in \$	פרמיה יומית - \$
------------------	-----------------	-------------	----------------	------------------	------------------

5. אופן תשלום Payment method --- לא ניתן להפיק פוליסה ללא אמצעי תשלום ---

Bank deposit	הפקדה בנקאית - מצ"ב	Standing order	הוראת קבע - מצ"ב	Checks	מחאות - מצ"ב
Credit Card	מסוג: ויזה / ישראכרט / דיינרס	אחר			
Telephone No.	טלפון	ID No.	ת.ז.	Name of card holder	שם בעל הכרטיס
No. of payment	מס' תשלומים	Exp. date	תוקף	Credit card No.	מספר כרטיס אשראי

This proposal has been duly signed by the insured after being told of its content in the language he understands.

טופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

The appointment of an Agent as delegate of the Insured is hereby declared null and void. The Insured hereby agrees to indemnify and hold the Agent harmless from and against all and any claims, damages, losses and expenses of whatsoever nature and in whatsoever amount that may be brought against the Agent, or incurred by the Agent, in connection with or as a result of the Insured's signature on this proposal and any documents related thereto, whether or not such claims, damages, losses and expenses are caused in whole or in part by the negligence of the Agent.

מנהלת הפיקוח על שירותיו

Signature of policy holder	חתימת בעל הפוליסה	Name of policy holder	שם בעל הפוליסה	Date	תאריך
----------------------------	-------------------	-----------------------	----------------	------	-------