

אריק רוזן
63187

שם הסוכן / החברה
מס' הסוכן / החברה
מיל: info@rozen-ins.co.il

טל': 03-6735915
פקס': 03-6729025

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ מחלקת עובדים זרים

!!! להחזיר למייל או לפקס !!!

ענף החקלאות סיעוד / תעשייה / מסעדות

אני הח"מ מבקש בזאת לערוך ביטוח רפואי לעובד הזר המועסק על ידי בענף החקלאות בכפוף לפרטים הבאים:

העובד אינו מבוטח בהראל - נא לציין מס' חבר בחברת ביטוח קודמת:

העובד בוטח/מבוטח כעת בהראל - להלן מס' הפוליסה: מס' חבר בקופת חולים:

תקופת ביטוח מבוקשת: מ: / / ועד: / /

פרטי העובד (בלועזית)

מס' דרכון	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
ארץ מוצא	תאריך כניסה לישראל	העיסוק למענו הגיע לישראל		

פרטי המעסיק

מס' ת.ז.	שם פרטי	שם משפחה		
רח'	מס'	יישוב	מיקוד	מס' טלפון
מס' טלפון נייד	דוא"ל	Email		

חיתום לעובד / מבוטח UNDERWRITING EMPLOYEE / INSURED

במידה והתשובה היא "כן", יש למלא טופס הצהרת בריאות.

האם את/ה נמצאת במהלך בירור תופעה או מחלה ו/או סובלת מתופעה או מחלה כרונית או גידול ממאיר/סרטני?

לא כן

Are you currently undergoing a process of examination of a condition or a disease or/and suffering from a chronic disease or condition or a malignant tumor?

No Yes

תאריך: חתימת העובד:

חישוב דמי ביטוח (תשלום באשראי - התשלום בפועל יהיה לפי שער הדולר היציג ביום החיוב בבנק)

עלות יומית \$	מס' ימים לביטוח	הנחה %	סה"כ דמי ביטוח
---------------	-----------------	--------	----------------

הוראות תשלום

ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח

מס' ימים	מס' תשלומים
1-90	1
91-180	2
181-240	4
241-365	10

שם בעל כרטיס האשראי

מס' כרטיס

CVV (3 ספרות בגב הכרטיס)

בתוקף עד

רחוב

מס'

יישוב

מיקוד

מס' טלפון

מס' טלפון נייד

אני הח"מ, נותן להראל בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בש"ח, בסכום השווה ל- \$ לפי שער הדולר היציג ביום בו יחויב חשבוני בבנק, החיוב יהיה בתשלומים בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.

הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

ידוע לי שביטוח עובדים זרים ותיירים יכנס לתוקף בתאריך הרשום לעיל, בתנאי שטופס ההצעה לביטוח והצהרת הבריאות, מלאים וחתומים ע"י המבוטח והמעסיק, והרשאה זו לחיוב חשבון, יגיעו למשרדי המבטח לפני תאריך תחילת הביטוח הנ"ל ויאושרו על ידו ו/או ע"י אישור פרטני של המבטח.

ידוע לי שהתחייבות המבטח לכיסוי ביטוחי הינה בתנאי שכרטיס האשראי הנ"ל שברשותי, תקף.

ידוע לי כי בכל עסקה (בש"ח) העולה על שווה ערך של \$700, מותנה הכיסוי הביטוחי באישור העסקה ע"י חברת כרטיס האשראי.

תאריך: חתימת העובד:

הצהרת המעסיק והעובד

הריני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי העובד שפרטיו מצוינים לעיל הינו בריא. הצהרה זו הוסברה לעובד בשפתו.

תאריך: חתימת המעסיק: חתימת העובד:

טו"ד/הראל 6980/6935