CMC
Clal Medi Care

א.רוזן סוכנות לביטוח
להחזיר לפקס 03-6729025

כלל בריאות
מקבוצת כלל ביטוח פנסיה ופיננסים
טל' 03-6735915

Healthy & Sure

הביטוח הרפואי לזרים בישראל

שם הסוכן: אריק רוזן
מס' הסוכן: 73429

פרטי המבוטח

Last Name שם משפחה	Middle Name שם אמצעי	First Name שם פרטי	Country of origin ארץ מוצא

Israel Entry Date תאריכי כניסה לישראל	Passport No. מספר דרכון	Gender מין	Date of birth תאריך לידה
First ראשון: _____ Last אחרון: _____		F / M	

Work Address כתובת עבודה	Home Address כתובת בית	Home Phone טלפון בית	Mobile Phone טלפון נייד

ביטוחים קודמים בישראל Previous Insurances in Israel	חברת ביטוח: _____ Insurance Co	חברת ביטוח: _____ Insurance Co
○ כן Yes ○ לא No	מתאריך / From Date: _____ עד תאריך / To Date: _____ מס' פוליסה / Policy #: _____	מתאריך / From Date: _____ עד תאריך / To Date: _____ מס' פוליסה / Policy #: _____

פרטי בעל הפוליסה / המעסיק

שם	ת.ז. / ח.פ.	כתובת

טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד	תאריך תחילת העסקה

פרטי איש הקשר

שם	ת.ז. / ח.פ.	כתובת : _____ Email: _____

טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד	קירבה למעסיק / עסק

תוכנית ביטוח מבוקשת

לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים ☐ **Healthy & Sure** לתיירים וזרים בישראל ☐ **Healthy & Sure**

נספחים:

☒ מוות או נכות עקב תאונה אישית ☒ העברת גופה ☒ טיפול חירום בשיניים ☐ תאונת עבודה

תקופת הביטוח המבוקשת: **מיום:** _____ **עד יום:** _____

דמי הביטוח

מספר ימי הביטוח: _____ פרמיה יומית - $: _____ סה"כ פרמיה ב- $: _____

שער חליפין: _____ סה"כ פרמיה ב - ₪ _____

תאריך	שם בעל הפוליסה	חתימת בעל הפוליסה

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד

טופס הצעה