

Proposal for health insurance - Foreigners in Israel
Subject to the enclosed Health Declaration which constitutes an integral part of the Insurance Proposal info@rozen-ins.co.il

להחזיר לפקס: 03-6729025
א.רוזן סוכנות לביטוח



הצעה לביטוח רפואי - עובדים זרים בישראל
בכפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח
Please fill in this form fully and accurately הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
I the undersigned (hereinafter "the insurance applicant"), hereby request אני החתום מטה (להלן "המועמד לביטוח") מבקש
that the Harel Insurance Company Ltd. (hereinafter "the Insurer"), insure מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן "המבטח") לבטח
me based on everything that is stated in this proposal. אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו.

Agent Name	אריק רוזן	שם הסוכן
No. Of Units Sold		מס' יחידת מכירה
Agent No.	63187	מס' הסוכן

Insurance applicant personal details (up to age 65)		פרטי המועמדים לביטוח (עד גיל 65) / פרטי העובד הזר	
First name שם פרטי	Middle name שם אמצעי	Last name שם משפחה	Passport No. מס' דרכון
Country of birth ארץ מוצא	Date of birth תאריך לידה	Insurance first date תאריך ראשון שבטוחת	Gender <input type="checkbox"/> Male זכר <input type="checkbox"/> Female נקבה
The purpose for coming to Israel העיסוק למענו הגעת לישראל		Insurance period requested תקופת הביטוח המבוקשת	
		From עד תאריך To	
Zip code מיקוד	Town עיר	House No. מס' בית	Street רחוב
Cellphone No. מס' טלפון נייד	Telephone No. מס' טלפון		

Details of present employer פרטי המעסיק הנוכחי		
Name of Employer שם	ID number מס' ת.ז.	Telephone No. מס' טלפון
E-mail כתובת אימייל	Address of Employer כתובת	Cellphone No. מס' טלפון נייד

Details of previous insurance policies פרטי ביטוח קודמים			
Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes האם היית מבטח בהראל או בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			
If yes, indicate company and the policy number\health care provider membership number: אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:			
Insurance period תקופת הביטוח	Company name שם החברה	Policy No. מס' פוליסה	Membership No. מס' חבר
From עד תאריך To			

Calculation of Insurance Premium חישוב דמי הביטוח (תשלום באשראי - התשלום בפועל יהיה לפי שער הדולר היציג ביום החיוב בבנק)			
Total insurance premium in \$ סה"כ דמי ביטוח \$	Discounts % הנחות %	No. of days covered by the insurance מס' הימים לביטוח	Daily cost in \$ עלות יומית \$

Details of Payment פרטי תשלום				
You can pay in several installments by the insurance period: ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:				
No. of days מס' ימים	1-90	91-180	181-240	241-365
No. of payments מס' תשלומים	1	2	4	10
הוראת בעל כרטיס האשראי				
ID number מס' ת.ז.	First name שם פרטי	Last name שם משפחה	Cellphone No. מס' טלפון נייד	
Exp. date בתוקף עד	Card No.	מס' כרטיס		
אני הח"מ, נותן לכם בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בש"ח, בסכום השווה ל- \$ לפי שער הדולר היציג ביום בו יחוייב חשבוני בבנק. החיוב יהיה ב- תשלומים 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 פוליסות הביטוח. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק 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 המבטח והמעסיק והרשאה זו לחיוב חשבון, יגיעו למשרדי המבטח לפני תאריך תחילת הביטוח הנ"ל ויאושר על ידו /או ע"י אישור פרטני של המבטח, אחרת יכנס הביטוח לתוקף מיום הגעת המסמכים הנ"ל והרשאה זו לחיוב חשבון, למשרדי המבטח ואישורם. 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.				
Signature of the credit card holder חתימת בעל כרטיס האשראי		Date תאריך		

Consent to the use of information and to receive advertisement הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת			
I agree that email messages will be sent to me, with reports, information and any other document, regarding the insurance policies, containing material concerning my private matters as defined in the Protection of Privacy Law, and therefore, the ability to open the email will be mine only, through my personal password. אני מסכים כי יישלחו אלי בדואר אלקטרוני דיווחים, מידע וכל מסמך אחר במסגרת הפוליסות הכוללים חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.			
Insured Client's Signature חתימת המבוטח		Name of Insured Client שם המבוטח	Date תאריך

Signature of the Employer חתימת המעסיק			
Stamp & signature of the employer חותמת וחתימת המעסיק	Name of the employer שם המעסיק	Date תאריך	
Signature of the Insurance applicant חתימת המועמד לביטוח הזר			
Signature of the insurance applicant חתימת המועמד לביטוח	Passport No. מס' דרכון	Name of the insurance applicant שם המועמד לביטוח	Date תאריך