



!!! להחזיר למייל או לפקס !!!

סימוכין: בקשה להארכה ברצף - עוז 903

טלפקס: 03-6735915

לכבוד  
הראל חברה לביטוח בע"מ  
בית הראל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951  
רמת גן 52118  
מחלקת ביטוח עובדים זרים

**בקשה להארכה ברצף לביטוח רפואי של עובד/ת זר/ה.**

**1. בקשת המעסיק:** אני הח"מ, מבקש בזאת להאריך את הביטוח הרפואי, כלהלן:

שם העובד הזר		מס' דרכון	
המבוטח בפוליסה מס'		שמסתיימת בתאריך	
לתקופת ביטוח החל מהתאריך		ועד לתאריך	
המבוטח נכנס לישראל בתאריך		ועיסוקו בישראל	
ארץ לידה:			
<b>פרטי המעסיק המבקש:</b>			
שם משפחה		שם פרטי	מס' זהות
כתובת		מס' טלפון	
תאריך		חתימת המעסיק	

**2. באין מעסיק – בקשת המבוטח:** **Insured application (in case there is no employer):**

I the undersigned, insured by a policy No.		אני הח"מ, המבוטח בפוליסה שמספרה	
Expiry date:		שמסתיימת בתאריך	
<b>מבקש בזאת להאריך את ביטוחי הרפואי</b>			
<b>Hereby request to extend my insurance policy</b>			
Date of first entry to Israel	נכנסתי לישראל לראשונה בתאריך	FROM	החל מהתאריך
Employment in Israel	עיסוקי בישראל	TO	ועד לתאריך
Passport No.	מס' דרכון	LAST NAME	שם משפחה
Phone No.	מס' טלפון	FIRST NAME	שם פרטי
Address in Israel			כתובת בישראל
Signature	חתימת המבוטח	Date	תאריך

**3. כללי** **General**

The insurance policy will come into effect provided this application together with the payment due will be received by the insurer prior to the expiry date of the original policy. Enclosed please find:	הביטוח יכנס לתוקף בתנאי שבקשה זו והתשלום, יגיעו למשרדי המבטח לפני תאריך תום תקופת הביטוח בפוליסה המוארכת. רצ"ב מועבר אליכם:
<input type="checkbox"/> Premium payment form authorizing you to debit my Israeli credit card.	<input type="checkbox"/> טופס הרשאה לחיוב כרטיס אשראי ישראלי, לתשלום דמי הביטוח.
<input type="checkbox"/> 1 / 2 / 3 / 4 Checks – payment for the premium.	<input type="checkbox"/> 4 / 3 / 2 / 1 המחאות לתשלום דמי הביטוח.
<input type="checkbox"/> Cash.	<input type="checkbox"/> מזומן.