

Proposal for health insurance - Foreigners in Israel

Subject to the enclosed Health Declaration which constitutes an integral part of the Insurance Proposal



להחזיר לפקס: 03-6729025

הצעה לביטוח רפואי - עובדים זרים בישראל

בכפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם. Please fill in this form fully and accurately

שם הסוכן	אריק רוזן	Agent Name
מס' הסוכן	63187	Agent No.

א.רוזן סוכנות לביטוח

A		Insurance applicant personal details (up to age 65)		פרטי המועמדים לביטוח (עד גיל 65) / 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	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
The purpose for coming to Israel		העיסוק למענו הגעת לישראל		Insurance period requested		תקופת הביטוח המבוקשת	
Zip code		Town		House No.		Street	
Email		Cellphone No.		Telephone No.		מס' טלפון	

B		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		אם היית מבוטח בהרצל או בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:					
If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:		Insurance period		Company name		Policy No.		Membership No.	
From		To		שם החברה		מס' פוליסה		מס' חבר	

C		Declaration of Insurance Candidate		הצהרת המועמד לביטוח							
1. אני הח"מ		צהירה/ה בזה שהתשובות הינן נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמתי כל ענין מהותי הנוגע לביטוח זה. הנני מסכים/ה להודיע לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמשה יסוד לחוזה שביני ובין הרצל לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייב/ת לשלם את הפרמיה המגיעה בגינה.		2. מבוטח/ת נכבד/ה! כדי למנוע אי הבנות ואי דיוקים, הנך מתבקש/ת לקרוא את הפוליסה ואת דף המפרט שישלחו אלייך אחרי הפקת הפוליסה ולהעיר את הערותיך בהקדם האפשרי, בכל מקרה שבו תמצאו/י כי הפוליסה אינה תואמת את הצעתך.		3. אני מצהיר/ה כי המידע הכלול במסמך זה ניתן מרצוני ובהסכמתי המלאה וכי ידוע לי כי הוא הכרחי לצורך הצטרפתי וטיפולכם בפוליסות. הנני נותן/נת את הסכמתי לכך שהחברה וחברות אחרות בקבוצת הרצל תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות.		4. <input type="checkbox"/> אני מסכים/ה כי בכל מקום בו מכוון החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי כי יתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.		5. המוטבים במקרה מוות היורשים החוקיים אלא אם צוין אחרת. מוטבים:	

1. I, the undersigned, hereby declare that my answers are true, full and honest, and that I have not concealed any material matter pertaining to this insurance. I hereby agree to notify the Company regarding any change that may occur in any material matter, or regarding additional insurance arrangements. In addition, I hereby agree that this offer and my declaration hereof, whether written in my hand or otherwise, shall serve as the foundation for the contract between me and Harel Insurance Company Ltd. I hereby agree to accept the policy customarily used by your Company and undertake to pay the premium owing therefor.

2. Dear Insured! To avoid misunderstandings and inaccuracies, please read the policy and the specification schedule that will be sent to you after the policy is issued and provide your comments as soon as possible, if you should determine that the policy does not coincide with your offer.

3. I hereby declare that the information included in this document was divulged willingly and with my full consent, and I am aware that it is necessary for the purpose of my joining and your management of the policies. I hereby grant my consent for the Company and other Harel Group to use this document, including the processing, storing and use thereof for any matter related to the policies.

4. I agree that anywhere by virtue of the law and/or the policies that I hold in your company the Company and/or anyone acting on its behalf is required to deliver to the Insured written information and/or document the Company or anyone acting on its behalf shall be entitled to deliver the information and/or the document to me by email to the last email address that was provided to you instead of delivery of written materials. I am aware that it is possible that materials pertaining to my private affairs as defined in the Protection of Privacy Law might be delivered to me and therefore I am the only person who can open my email account by using my private password.

5. In the event of death the beneficiaries are the legal heirs unless otherwise stated. **beneficiaries:**

First name:	Last name:	Passport No.:	
First name:	Last name:	Passport No.:	
Name / שם		Passport No. / מס' דרכון	Signature / חתימה

D		Power of attorney		יפוי כוח	
I, the undersigned,		, hereby authorize the employer, Mr./Mrs.		אני הח"מ,	
I.D.		, to be my representative and handle for me and on my behalf, starting from the date of my signing hereof, every matter regarding the health insurance policy of Harel Insurance Company (hereinafter, the "Policy"), to deliver to Harel and receive from Harel all correspondence and/or documents including through the email address specified in this form. I also hereby give you my consent to submit to my representative all the information which may be required by him / her regarding the Policy.		להיות מורשה מטעמי ולטפל בשמי ועבורי, החל ממועד חתימתי, בכל עניין הנוגע לפוליסה לביטוח בריאות בהרצל ("הפוליסה"), להגיש להרצל ולקבל מהרצל את כל ההתכתבויות ו/או המסמכים לרבות באמצעות e-mail המפורט בטופס זה וכן הנני נותן/נת לכם בזאת את הסכמתי למסור למיפופה הכוח את כל הפרטים שידרשו על ידו/ה בקשר עם הפוליסה.	
Name / שם		Passport No. / מס' דרכון		Signature / חתימה	

E ה	Calculation of Insurance Premium (תשלום דמי הביטוח (תשלום באשראי - התשלום בפועל יהיה לפי שער הדולר היציג ביום החיוב בבנק) (Credit card payment will be according to the representing exchange rate on the day in which the payment will be presented to the bank)						
	Total insurance premium in \$	סה"כ דמי ביטוח \$	Discounts %	הנחות %	No. of days covered by the insurance	מס' הימים לביטוח	Daily cost in \$

F פ	Details of policyholder / present employer פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי					
	Name of Employer / Policyholder	שם	ID number	מס' ת.ז.	Telephone No.	מס' טלפון
E-mail	דוא"ל	Address of Employer	כתובת	Cellphone No.	מס' טלפון נייד	

G ג	Consent to use email הסכמה לשימוש בדוא"ל				
	I agree that anywhere by virtue of the law and/or the policies that I hold in your company the Company and/or anyone acting on its behalf is required to deliver to the Insured written information and/or document the Company or anyone acting on its behalf shall be entitled to deliver the information and/or the document to me by email to the last email address that was provided to you instead of delivery of written materials. I am aware that it is possible that materials pertaining to my private affairs as defined in the Protection of Privacy Law might be delivered to me and therefore I am the only person who can open my email account by using my private password.		אני מסכים/ה כי בכל מקום בו מכוח החוק ו/או הפוליסות שיש לי בחברתכם, נדרשת החברה, או מי מטעמה, להעביר למבוטח מידע ו/או מסמך בכתב, תהיה לחברה או למי מטעמה אפשרות להעביר אלי את המידע ו/או המסמך בדואר אלקטרוני לכתובת האי-מייל האחרונה שנמסרה לכם, במקום בכתב. ידוע לי כי יתכן וישלח אלי חומר הנוגע לענייני הפרטיים כמוגדר בחוק הגנת הפרטיות, ולפיכך אפשרות פתיחת הדואר האלקטרוני תהיה על ידי בלבד וזאת באמצעות סיסמה אישית שלי.		
Signature of the Policy Holder/present employer	חתימת בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי	ID. No.	מס' תעודת זהות	Date	תאריך

H ה	Details of Payment פרטי תשלום				
	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	8 X
Provision of credit card holder הוראת בעל כרטיס האשראי					
ID number	מס' ת.ז.	First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה
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 יחייב 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 בשיבוור 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 ויאושר על ידו ו/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	

The insured signed this Proposal Form after its content had been Explained to him in a language he understands.

Signature of the Employer חתימת המעסיק				
Stamp & signature of the employer	חותמת וחתימת המעסיק	Name of the employer	שם המעסיק	Date