

שם הסוכן / החברה: אריק רוזן
מס' הסוכן / החברה: 63187

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף ביטוח עובדים זרים
אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802
טל: 03-729025-03
פקס: 03-729025-03
info@rozen-ins.co.il

א א

ענף החקלאות **סיעוד / תעשייה / מסעדות**

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

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

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

תקופת ביטוח מבוקשת: מ / / ועד / /

ב ב

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
דוא"ל			
Email			

ג ג

חיתום לעובד / מבוטח (נדרש למילוי במידה והמבוטח עובר מחברת ביטוח אחרת)

Underwriting employee / insured (To be filled in case the insured transfers from another insurance)

האם את/ה נמצאת/ת במהלך בירור תופעה או מחלה ו/או סובלת/ת 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

חתימת העובד / תאריך

ד ד

הצהרת המועמד לביטוח (במידה ומילא חלק ג')

Declaration of Insurance Candidate (Provided that he filled Part C)

1. אני הח"מ מצהיר/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 הראל חברה 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 הערותייך בהקדם האפשרי, בכל מקרה שבו תמצא/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 הצטרפותי וטיפולכם בפוליסות. הנני נותן/ת את הסכמתי לכך שהחברה וחברות אחרות בקבוצת הראל תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל עניין הקשור בפוליסות.

4. 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.

5. המוטבים במקרה מוות היורשים החוקיים אלא אם צוין אחרת. **מוטבים:**

First name:	Last name:	Passport No.:
First name:	Last name:	Passport No.:

חתימה / תאריך

Power of attorney **יפוי כוח**

אני הח"מ, מס' דרכון מייפה בזאת את כוחו של המעסיק, מר/גב' ת.ד., להיות מורשה מטעמי ולטפל בשמי ועבורי, החל ממועד חתימתי, בכל עניין הנוגע לפוליסה לביטוח בריאות בהראל ("הפוליסה"), להגיש להראל ולקבל מהראל את כל ההתכתבויות ו/או המסמכים לרבות באמצעות e-mail המפורט בטופס זה וכן הנני נותן לכם בזאת את הסכמתי למסור למיופה הכוח את כל הפרטים שיידרשו על ידו/ה בקשר עם הפוליסה.

I, the undersigned, , passport no , hereby authorize the employer, Mr./Mrs , 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.

Signature / חתימה Date / תאריך Name / שם

Calculation of Insurance Premium (Credit card payment will be according to the representing exchange rate on the day in which the payment will be presented to the bank) **חישוב דמי ביטוח** (תשלום באשראי - התשלום בפועל יהיה לפי שער הדולר היציג ביום החיוב בבנק)

Total insurance premium in \$	סה"כ דמי ביטוח	Discounts %	הנחה %	No. of days covered by the insurance	מס' ימים לביטוח	Daily cost in \$	עלות יומית \$
-------------------------------	----------------	-------------	--------	--------------------------------------	-----------------	------------------	---------------

Details of policyholder / present employer **פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי**

Name of Employer / Policyholder	שם	ID number	מס' ת.ד.	Telephone No.	מס' טלפון
E-mail	דוא"ל	Address of Employer	כתובת	Cellphone No.	מס' טלפון נייד

Consent to use email **הסכמה לשימוש בדוא"ל**

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.

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.

Signature of the Policy Holder/present employer / חתימת בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי ID. No. מס' תעודת זהות Date תאריך

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	90-1	180-91	240-181	365-241
No. of payments	מס' תשלומים	1	2	4	8

Provision of credit card holder **הוראת בעל כרטיס האשראי**

ID number	מס' ת.ד.	שם פרטי	First name	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 פוליס/ות 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 ייכנס 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 שהחתיבות 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. טופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו וטוכנו בשפה המובנת לו.

Signature of the Employer **חתימת המעסיק**

Stamp & signature of the employer	חותמת וחתימת המעסיק	Name of the employer	שם המעסיק	Date	תאריך
-----------------------------------	---------------------	----------------------	-----------	------	-------

טל: 09227/9860