א.רוזן סוכנות לביטוח

טל': 03-6735915

פקס: 03-6729025

טופס בקשה לעריכת ביטוח רפואי ברצף מחברה אחרת –עובדים זרים

שם סוכן	אריק רוזן	מספר סוכן	322460

1. אני מבקש בזאת לערוך ביטוח רפואי לעובד הזר המועסק על ידי בענף הסיעוד/בניה /חקלאות (נא לסמן בעיגול) בכפוף לפרטים הבאים:

☐ מס כללית של העובד הזר הינו ___--___/___/___/___/___/___/___/___/___/___ >> !!! חשוב מאוד !!! <<חשוב

☐ תקופת הביטוח המבוקשת: מתאריך: _____/___/___ ועד תאריך _____/___/___

() דמי הביטוח: פרמיה יומית _____ $

2. **פרטי העובד/ת (בלועזית):**

מספר דרכון	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה
__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__			__/__/__/__/__/__/__/__
מין ז / נ	ארץ המוצא	תאריך כניסה לישראל	

3. **חיתום למבוטח:**

במידה והתשובה "כן" יש למלא טופס הצהרת בריאות מלאה

האם את/ה נמצא/ת במהלך ברור תופעה או מחלה ו/או סובל/ת מתופעה או מחלה כרונית או גידול ממאיר סרטני? 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? هل تخضع/ين في الوقت الحالي لفحوصات حالة أو مرض و/أو تعاني/ن من حالة أو مرض مزمن أو ورم سرطاني؟	כן / לא No / Yes نعم / لا

4. **פרטי מעסיק:**

שם פרטי	שם משפחה	טלפון נייד	טלפון נייד
כתובת דואר אלקטרוני _____		תעודת זהות / ח.פ. __/__/__/__/__/__/__/__/__	
כתובת: עיר	רחוב	מספר	

5. **כללי**

הביטוח יכנס לתוקפו בתנאי שבקשה זו הגיעה למשרדי המבטח לא יאוחר מיום תחילת הביטוח.

6. **אופן התשלום**

❍ המחאה – מצ"ב Checks ❍ הוראת קבע – מצ"ב Standing order ❍ הפקדה בנקאית – מצ"ב Bank deposit

❍ כרטיס אשראי – Credit card מסוג: ❍ ויזה ❍ ישראכרט ❍ דיינרס ❍ אחר _____

שם בעל הכרטיס	תעודת זהות __/__/__/__/__/__/__/__/__	טלפון
מספר כרטיס אשראי __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__	תוקף __/__/__/__/__	מספר תשלומים

7. **הצהרת מעסיק ועובד**

הריני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי העובד שפרטיו מצוינים הינו בריא לחלוטין וכשיר לעבודה ואינו סובל מכל מחלה או מום הדורש טיפול רפואי.

טופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

תאריך	**חתימת העובד**	**חתימת המעסיק**