

נא ציין פרטי איש קשר



ביטוח • פנסיה • שוקי הון
אנשים לשרות אנשים



Proposal Form Health Insurance - Foreigners in Israel הצעה לביטוח רפואי - לשוהים זרים בישראל

Name of the Agent	שם הסוכן	Agent No.	מס' סוכן
אריק רוזן		322460	

☐ החלפה של העובד הנוכחי: מס' דרכון/מבוטח

☐ הארכה/חידוש

☐ ביטוח חדש

Insurance applicant personal details

1. פרטי המועמד לביטוח / העובד / התייר

Last Name	שם משפחה	First Name	שם פרטי	Passport No.	מס' דרכון
Israel Entry Date	תאריך כניסה לישראל	Country of birth	ארץ מוצא	Gender	מין
First	ראשון			M / F	ז / נ
Last	אחרון				
Home Address	כתובת בית	Home Phone	טלפון בית	Mobile Phone	טלפון נייד
מס' כללית נוכחי					
Insurance Co	חברת ביטוח	Insurance Co	חברת ביטוח	ביטוחים קודמים בישראל	
From date	מתאריך	From date	מתאריך	Previous Insurances in Israel	
To date	עד תאריך	To date	עד תאריך	No ☐ לא yes ☐ כן	

Details of policy holder

2. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק

Address	כתובת	ID Number	ת.ז.ח.פ.	Name	שם
Telephone Number	טלפון בית	Mobile Phone	טלפון נייד	Telephone Number	טלפון בית

Insurance program wanted

3. תוכנית ביטוח מבוקשת

- ☐ Care 4 u - Foreign worker with permit to work in Israel ☐ Care 4 u - לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף
- ☐ Tourist Medical Insurance ☐ Medical insurance לתיירים בישראל

תקופת הביטוח המבוקשת: מתאריך _____ עד תאריך _____

Insurance period requested: from _____ to _____

Insurance premium

4. דמי הביטוח

Total cost in \$	סה"כ פרמיה ב-\$	No. of days	מס' ימי הביטוח	Daily cost in \$	פרמיה יומית - \$
------------------	-----------------	-------------	----------------	------------------	------------------

Payment method

5. אופן תשלום --- לא ניתן להפיק פוליסה ללא אמצעי תשלום ---

Bank deposit	הפקדה בנקאית - מצ"ב	Standing order	הוראת קבע - מצ"ב	Checks	המחאות - מצ"ב
Credit Card	קרטיס אשראי	מסוג:	ויזה ☐ ישראכרט ☐ דינרס ☐ אחר ☐		
Telephone No.	טלפון	ID No.	ת.ז.	Name of card holder	שם בעל הכרטיס
No. of payment	מס' תשלומים	Exp. date	תוקף	Credit card No.	מספר כרטיס אשראי

This proposal has been duly signed by the insured after being told of its content in the language he understands.

The Applicant hereby declares that he is the insured and that he has read and understood the content of the proposal and that he agrees to the terms and conditions of the insurance contract and to the payment of the premium.

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

המבוטח hereby מצהיר כי הוא המבוטח וכי הוא קרא והבין את תוכן ההצעה וכי הוא מסכים לתנאי והתקשרות ההצעה וכן לשלם את הפרמיה.

Signature of policy holder	חתימת בעל הפוליסה	Name of policy holder	שם בעל הפוליסה	Date	תאריך
----------------------------	-------------------	-----------------------	----------------	------	-------

באתר האינטרנט של א.ר.ו.ז.ן: www.ayalon.co.il

!!! חשוב !!! אם לעובד יש כרטיס מגנטי של הכללית נא לרשום מספרו: