

טופס בקשה לעריכת ביטוח רפואי ברצף
עובדים זרים בישראל - למבוטחי הראל בלבד
Application for Continuing Medical Insurance for
Foreign Workers in Israel - For Harel Policyholders Only

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

This form is intended for men and women alike.

מהדורת דצמבר 2018 - שקלים

שם הסוכן / החברה אריק רזן
מס' הסוכן / החברה 63187

א.רוזן סוכנות לביטוח
להחזיר לפקס 03-6729025
מייל info@rozen-ins.co.il

Attn.
Harel Insurance Company Ltd.
Foreign Employees / Tourists Insurance Section
3 Abba Hillel Street, PO. Box 1951, Ramat-Gan 5211802, Fax: 03-7348083
email: fax7930@harel-ins.co.il

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף ביטוח עובדים זרים
אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802
מס' הפוליסה: 367367367

מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא את פרטי כתובת דוא"ל בפרטך האישיים.
לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן (משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח).

You must provide full and honest answers to every essential matter you are asked about and not doing so may have an impact on the payment of insurance benefits. The policy documents will be sent to your mobile phone number available to the Harel Company. If you wish to receive these documents by e-mail, you should fill in your e-mail address with the personal details.
Alternatively, if you want to receive these documents by Israel Post, please note this here (the documents will be sent according to the most recent details that appear in our files at the time of sending).

A	העיסוק למענו הגעת לישראל
<p>OTHER INDUSTRY / אחר <input type="checkbox"/> CONSTRUCTION / בניין <input type="checkbox"/> AGRICULTURE / חקלאות <input type="checkbox"/> NURSING CARE / סיעוד <input type="checkbox"/></p> <p>I, the undersigned, hereby request to arrange medical insurance for the foreign worker employed by me, subject to the following:</p> <p><input type="checkbox"/> The employee is now insured at Harel - the policy number is below</p> <p>Membership No.</p> <p>Insurance period:</p> <p>From / / TO / /</p>	<p>אני הח"מ מבקש בזאת לערוך ביטוח רפואי לעובד הזר המועסק על ידי בכפוף לפרטים הבאים:</p> <p><input type="checkbox"/> העובד בוטח/מבוטח כעת בהראל - להלן מס' הפוליסה:</p> <p>מס' חבר בקופת חולים:</p> <p>תקופת ביטוח מבוקשת:</p> <p>מ: / /</p> <p>ועד: / /</p>

B	פרטי העובד		
Date of birth תאריך לידה	Last name שם משפחה	First name שם פרטי	Passport No. מס' דרכון
The work for which you came to Israel העיסוק למענו הגיע לישראל		Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל	Country of origin ארץ מוצא
Address כתובת		Email דוא"ל	Gender מין
			Male זכר <input type="checkbox"/>
			Female נקבה <input type="checkbox"/>

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



^dt33517

D	<input type="checkbox"/> Continuous extension with the same employer	הארכה ברצף אצל אותו מעסיק	D
	<input type="checkbox"/> Continuing extension with a new employer	הארכה ברצף אצל מעסיק חדש	
Details of policyholder		פרטי בעל הפוליסה	
Name of Employer / Policyholder שם המעסיק		ID number מס' ת.ז.	Telephone No. מס' טלפון
E-mail דוא"ל		Address of Employer כתובת	Cellphone No. מס' טלפון נייד
<input type="checkbox"/> Continuous extension without employer (Policy between employers) and up to 90 days.		<input type="checkbox"/> הארכה ברצף ללא מעסיק (פוליסה בין מעסיקים) ועד 90 יום.	

E	Payment by credit card	תשלום באמצעות כרטיס אשראי			ה
	Collection dates according to the arrangement of the Insured/ Payer with the credit card company	מועדי הגבייה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי			
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	6	
Provision of credit card holder		הוראת בעל כרטיס האשראי			
ID number מס' ת.ז.	First name שם פרטי	Last name שם משפחה	Cellphone No. מס' טלפון נייד		
Exp. date בתוקף עד	Card No. מס' כרטיס				
<p>לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.</p> <p>ככל שיבוצע חזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.</p> <p>For your information, the means of payment will be used to pay the insurance fees for all those insured under the policy/ies. The amounts and dates of charges will be according to the Company's determination, according to the terms of payment of the insurance policy/ies and the changes made to them from time to time.</p>					
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 תוכנו 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	
				

