



א.רוזן סוכנות לביטוח | להחזיר למייל info@rozen-ins.co.il | פקס' 03-6729025 טל' משרד 03-6735915

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

☐ החלפה של העובד הנכחי: מס' דרכון/מבוטח מס' כרטיס כללית נוכחי: 7.....	☐ הארכה/חידוש	☐ ביטוח חדש
---	-----------------------------------	---------------------------------

1. פרטי המועמד לביטוח העובד הזר / התייר			
Last Name	שם משפחה	First Name	שם פרטי
		Passport No.	
Israel Entry Date	תאריך כניסה לישראל	Country of birth	ארץ מוצא
First	ראשון	Gender	מין
Last	אחרון	M / F	נ / ז
Home Address		Home Phone	Mobile Phone
תלפון בית <<< מס' כרטיס כללית נוכחי / קודם 7.....		כתובת בית בישראל תלפון בית	טלפון נייד Mobile Phone
Insurance Co	חברת ביטוח	Insurance Co	חברת ביטוח
From date	מתאריך	From date	מתאריך
To date	עד תאריך	To date	עד תאריך
ביטוחים קודמים בישראל Previous Insurances in Israel No ☐ לא yes ☐ כן			

2. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק			
e-mail	כתובת דואר אלקטרוני איש קשר	Address	כתובת בישראל
ID Number	ת"ז/ח"פ	Name	שם
Mobile Phone	טלפון נייד בישראל	Telephone Number	טלפון בית
שם איש קשר		טלפון איש קשר בישראל	

3. תוכנית ביטוח מבוקשת	
☐ Policy for Foreign worker with permit to work in Israel ☐ Tourist Medical Insurance	☐ פוליסה לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף ☐ Medical insurance לתיירים בישראל
תקופת הביטוח המבוקשת: מתאריך _____ עד תאריך _____ Insurance period requested: from _____ to _____	

4. דמי הביטוח	
Total cost in NIS	סה"כ פרמיה בש"ח
No. of days	מס' ימי הביטוח
Daily cost in NIS	פרמיה יומית בש"ח

5. אופן תשלום			
☐ המחאות - מצ"ב ☐ Checks ☐ הוראת קבע - מצ"ב ☐ Standing order ☐ הפקדה בנקאית - מצ"ב ☐ Bank deposit			
☐ כרטיס אשראי ☐ Credit Card ☐ 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	

טופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו. בשל העובדה כי מדובר בביטוח שכעת מחודש והיה קיים באמצעות חברת ביטוח אחרת, חשוב לדעת כי: 1. במעבר בין חברות ביטוח, במידה והנך מחדש הביטוח בחברת איילון כעת, והייתה לך החרגה כלשהי לבעיה רפואית בביטוח קודם, ההחרגה תמשיך להיות תקפה בביטוח נוכחי בחברת איילון. 2. כמו כן, במידה והנך נמצא במהלך בירור רפואי לתופעה או מחלה ו/או סובלת מתופעה או מחלה כרונית או גידול ממאיר/סרטני, אנא ציין ופרט זאת על גבי טופס זה. ☐ כן ☐ לא

מינוי סוכן כשלוחו של המבוטח:
מוצג ומוסכם כי סוכן הביטוח הוא נציגו ובא כוחו של המבוטח כלפי איילון חברה לביטוח בע"מ בכל הקשור להצעת ביטוח זו, לרבות משא ומתן לקראת כריתת חוזה הביטוח וכל הנובע מכך.

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

