

Meno Medic Top -

Proposal for Health Insurance

פקס, 03-6729025

משרד 03-6735915

הצעה לביטוח עובדים זרים

2/2019

All questions must be answered clearly and fully.

Do not use lines or symbols instead of words.

The form is for both men and women.

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

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים

או בסימנים במקום מילים.

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

חובה לבחור אחת מבין האפשרויות הבאות : please select accordingly

☐ a new candidate / חדש

☐ renewal/extension / חידוש ברצף/ הארכת תקופת ביטוח

(in this case there is no need to fulfill a Health declaration - במקרה זה אין צורך למלא הצהרת בריאות)

Name of agent.	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
אריק רוזן		548231	
Company/collective Name.	שם החברה/קולקטיב	Private company no.	מספר הסוכן בפוליסה / agreement no. in collective policy / פרמיה ליום payment per day
		מס' ח.פ.	

A. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק הנוכחי

ID number	מס' ת.ז.	First Name	שם פרטי	Last Name	שם משפחה
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
E-mail for receipt of notices, information and mailings	דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון

B. פרטי המועמד לביטוח

First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה	Passport no.	מס' דרכון
Country of origin	ארץ מוצא	Date of birth	תאריך לידה	First date of insurance	תאריך ראשון שבטוח
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
E-mail for personal notifications and mailings	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון
* I am aware and I agree that if I do not fill in an address, the address of the employer will serve the Company for sending notices and/or documents in any matter related to insurance.			* ידוע לי ואני מסכים לכך שכל שלא אמלא כתובת - כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים.		

C. תקופת ביטוח מבוקשת

To	עד לתאריך	From	מתאריך
* Note: The requested date does not bind the Company; the effective starting date of the insurance is as noted on the Insurance Details Page.		* לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.	

D. Please select The Insurance candidate's occupation

Other industry / אחר	Construction / בניין	Agriculture / חקלאות	Nursing care / סיעוד
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

E. פרטי ביטוח קודמים

Have you ever been insured by Menora Mivtahim company or any other company? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes		האם היית מבוטח בחברת מנורה מבטחים או בחברת ביטוח אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן	
If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:		אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:	
Insurance period	תקופת ביטוח	Company name.	שם החברה
To	עד לתאריך	From	מתאריך
Policy no.	מס' פוליסה	Member ship no.	מס' חבר