

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

Name of the Agent	שם הסוכן	Agent No	מס' סוכן
-------------------	----------	----------	----------

החלפה של העובד הנוכחי: מס' דרכון/מבוטח
 הארכה/חידוש
 ביטוח חדש

Insurance applicant personal details				1. פרטי המועמד לביטוח	
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	נ / ז
Last	אחרון				
e-mail	כתובת דואר אלקטרוני	Home Address	כתובת בית	Home Phone	טלפון בית
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 <input type="radio"/> לא yes <input type="radio"/> כן	

Details of policy holder			2. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק		
e-mail	כתובת דואר אלקטרוני	Address	כתובת	ID Number	ת.ז./נ.פ.
	טלפון איש קשר		שם איש קשר	Mobile Phone	טלפון נייד
					Telephone Number

Insurance program wanted		3. תוכנית ביטוח מבוקשת	
<input type="radio"/>	Care 4 u - Foreign worker with permit to work in Israel	<input type="radio"/>	Care 4 u - לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף
<input type="radio"/>	Tourist Medical Insurance	<input type="radio"/>	Medical insurance לתירימים 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	
<input type="radio"/>	Bank deposit	<input type="radio"/>	Standing order
<input type="radio"/>	המחאות - מצ"ב	<input type="radio"/>	הוראת קבע - מצ"ב
<input type="radio"/>	Credit Card	<input type="radio"/>	מסוג: ויזה <input type="radio"/> ישראכרט <input type="radio"/> דיינרס <input type="radio"/> אחר
Telephone No.	טלפון	ID No.	ת.ז.
			Name of card holder
No. of payment	מס' תשלומים	Exp. date	תוקף
			Credit card No.

טופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.
 מינוי סוכן כשלוחו של המבוטח: מוצרה 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
----------------------------	-------------------	-----------------------	----------------	------	-------