

SAFE STAY + הצעה לביטוח רפואי עובדים זרים בישראל

בכפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
 Please fill in this form fully and accurately

Agent Name	שם הסוכן
Agent No.	מס' הסוכן

לכבוד הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף ביטוח עובדים זרים/תיירים
 אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, פקס: 03-7348083 מייל: fax7930@harel-ins.co.il

The purpose for coming to Israel	העיסוק למענו הגעת לישראל
Other industry / אחר <input type="checkbox"/>	Construction / בניין <input type="checkbox"/> Agriculture / חקלאות <input type="checkbox"/> Nursing care / סיעוד <input type="checkbox"/>

A	Insurance applicant personal details	פרטי המועמד לביטוח					
First name	שם פרטי	Middle name	שם אמצעי	Last name	שם משפחה	Passport No.	מס' דרכון
Country of birth	ארץ מוצא	Date of birth	תאריך לידה	Insurance first date	תאריך ראשון שבוטחת	Gender	מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
The purpose for coming to Israel		העיסוק למענו הגעת לישראל		Insurance period requested		תקופת הביטוח המבוקשת	
				From	מתאריך	To	עד תאריך
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House No.	מס' בית	Street	כתובת: רחוב
Email	דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים			Cellphone No.	מס' טלפון נייד	Telephone No.	מס' טלפון

B	Details of previous insurance policies	פרטי ביטוח קודמים					
Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		האם היית מבוטח בהראל או בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> 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 הביטוח	Company name	שם החברה	Policy No.	מס' פוליסה	Membership No.	מס' חבר
From	עד תאריך						

C	Declaration of Insurance Candidate	הצהרת המועמד לביטוח
<p>1. אני הח"מ..... מצהירה/ה בזה שהתשובות הינן נכונות, מלאות וכנות ושלא העלמתי כל ענין מהותי הנוגע לביטוח זה. עליך להודיע לחברה על כל שינוי שיחול בכל עניין מהותי, או על דבר סידור ביטוחים נוספים. כמו כן, הנני מסכים/ה שהצעה זו והצהרתי, בין שנכתבו על ידי ובין שלא על ידי, תשמנה יסוד לחוזה שביני ובין הראל חברה לביטוח בע"מ. אני מסכים/ה לקבל את הפוליסה הנהוגה בחברתכם ומתחייבת/ל לשלם את הפרמיה המגיעה ביגה.</p> <p>2. מבוטח/ת נכבד/ה! כדי למנוע אי הבנות ואי דיוקים, הנך מתבקש/ת לקרוא את הפוליסה ואת דף המפרט שישלחו אלייך אחרי הפקת הפוליסה ולהעיר את הערותיך בהקדם האפשרי, בכל מקרה שבו תמצא/י כי הפוליסה אינה תואמת את הצעתך.</p> <p>3. המידע הכלול במסמך זה הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות וכן לכל דבר ועניין אחר הקשור לפוליסות ולטיפול בהן. החברה וחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ו/או מי מטעמן תעשנה בו שימוש, לרבות עיבודו, אחסונו ושימוש בו לכל ענין הקשור בפוליסות ולמטרות לגיטימיות אחרות, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.</p> <p>4. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת: www.harel-group.co.il.</p> <p>5. המוטבים במקרה מוות היורשים החוקיים אלא אם צוין אחרת. מוטבים:</p>		
<p>1. I, the undersigned,, hereby declare that my answers are true, full and honest, and that I have not concealed any material matter pertaining to this insurance. I hereby agree to notify the Company regarding any change that may occur in any material matter, or regarding additional insurance arrangements. In addition, I hereby agree that this offer and my declaration hereof, whether written in my hand or otherwise, shall serve as the foundation for the contract between me and Harel Insurance Company Ltd. I hereby agree to accept the policy customarily used by your Company and undertake to pay the premium owing therefor.</p> <p>2. Dear Insured! To avoid misunderstandings and inaccuracies, please read the policy and the specification schedule that will be sent to you after the policy is issued and provide your comments as soon as possible, if you should determine that the policy does not coincide with your offer.</p> <p>3. The information included in this document is necessary for your joining the policies and for all other intents and purposes pertaining to the policies and the handling thereof. The company and other companies of the Harel Group (Harel insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) and/or anyone on their behalf will use it, including the processing, storing, and usage thereof for any matter pertaining to the policies and other legitimate purposes, and this even by delivering the information to third parties acting on its behalf and on behalf of the Harel Group.</p> <p>4. Additional information regarding the privacy policy of institutional entities in the Harel Group can be found on the Group's internet website at :www.harel-group.co.il</p> <p>5. In the event of death the beneficiaries are the legal heirs unless otherwise stated. beneficiaries:</p>		
First name:	Last name:	Passport No.:
First name:	Last name:	Passport No.:
Name / שם	Date / תאריך	Signature / חתימה



אני הח"מ, מס' דרכון מייפה בזאת את כוחו של המעסיק, מר/גב' ת.ז. להיות מורשה מטעמי ולטפל בשמי ועבורי, החל ממועד חתימתי, בכל עניין המוגע לפוליסה לביטוח בריאות בהראל ("הפוליסה"), להגיש להראל ולקבל מהראל את כל ההתכתבויות ו/או המסמכים לרבות באמצעות e-mail המפורט בטופס זה וכן הנני נותן לכם בזאת את הסכמתי למסור למיפופה הכוח את כל הפרטים שיידרשו על ידו/ה בקשר עם הפוליסה.

I, the undersigned, , passport no., hereby authorize the employer, Mr./Mrs. ,

I.D., to be my representative and handle for me and on my behalf, starting from the date of my signing hereof, every matter regarding the health insurance policy of Harel Insurance Company (hereinafter, the "Policy"), to deliver to Harel and receive from Harel all correspondence and/or documents including through the email address specified in this form. I also hereby give you my consent to submit to my representative all the information which may be required by him / her regarding the Policy.

Name / שם Date / תאריך Signature / חתימה

Details of policyholder / present employer

פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי

Name of Employer / Policyholder שם	ID number מס' ת.ז.	Telephone No. מס' טלפון
E-mail מידע ודיוורים	Address of Employer כתובת	Cellphone No. מס' טלפון נייד

Details of Payment

תשלום באמצעות כרטיס אשראי

You can pay in several installments by the insurance period: ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:

No. of days מס' ימים	1-90	91-180	181-240	241-365
No. of payments מס' תשלומים	1	2	4	6

Provision of credit card holder פרטי המועמד לביטוח

Last name שם משפחה	First name שם פרטי	Passport No. מספר דרכון
--------------------	--------------------	-------------------------

Provision of credit card holder פרטי המשלם

ID number מס' ת.ז.	First name שם פרטי	Last name שם משפחה
Exp. date בתוקף עד	Card No. מס' כרטיס	
Cellphone No. מס' טלפון נייד	Zip Code מיקוד	Town יישוב
		St. and house No. רחוב ומספר
Email דוא"ל		

אני הח"מ, נותן להראל בזאת הרשאה לחייב את החשבון כמשמעותו בתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי, בש"ח, בסכום השווה ל-..... לפי שער הדולר היציג ביום בו יחוייב חשבוני בבנק. החיוב יהיה ב..... תשלומים בסכום שיהיה נקוב ברשימת החיובים שיומצאו לכם על-ידי הראל לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על-ידי הראל לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליס/ות הביטוח. הרשאה זו תפקע בהודעה שלי להראל חברה לביטוח בע"מ. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה. לידיעתך ביטוח עובדים זרים ייכנס לתוקף בתאריך הרשום לעיל, בתנאי שטופס ההצעה לביטוח והצהרת הבריאות, מלאים וחתומים ע"י המבוטח והמעסיק והרשאה זו לחיוב חשבון, יגיעו למשרדי המבטח לפני תחילת הביטוח הנ"ל ויאשר על ידו /ואו ע"י אישור פרטי של המבטח, אחרת יכנס הביטוח לתוקף מיום הגעת המסמכים הנ"ל והרשאה זו לחיוב חשבון, למשרדי המבטח ואישורם. התחייבות המבטח לכיסוי ביטוחי הינה בתנאי שכרטיס האשראי הנ"ל שברשותך, תקף. בכל עסקה (בש"ח) העולה על שווה ערך של \$700, מותנה הכיסוי הביטוחי באישור העסקה ע"י חברת כרטיס האשראי.

.....
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
-----------------------------------	---------------------	--------------------------------	------------