

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 ושלים
 Please fill in this form fully and accurately

Agent Name	שם הסוכן
Agent No.	מס' הסוכן

לכבוד הראל-ידידים מחלקת חו"ל וסטודנטים
 בית מ.א.ה., החילוץ 12 קומה 8, רמת גן, טל: 03-6386216, פקס: 03-6874534 דוא"ל: y_health@yedidim.co.il

A		Insurance applicant personal details		פרטי המועמד לביטוח	
First name	שם פרטי	Middle name	שם אמצעי	Last name	שם משפחה
Country of birth	ארץ מוצא	Date of birth	תאריך לידה	Insurance first date	תאריך ראשון שבטוחת
The purpose for coming to Israel		העיסוק למענו הגעת לישראל		Insurance period requested	
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House No.	מס' בית
Email	מיקוד		דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	Cellphone No.	מס' טלפון נייד

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		אם היית מבוטח בהראל או בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:	
Insurance period	תקופת הביטוח	Company name	שם החברה	Policy No.	מס' פוליסה

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, תשמשה יסוד לחוזה שבני 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 לפוליסות 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	

D		Power of attorney		יפוי כוח	
<p>אני הח"מ,..... מס' דרכון..... מייפה בזאת את כוחו של המעסיק, מר/גב'..... ת.ז..... להגיש להראל ולקבל מהראל את כל ההתכתבויות להיות מורשה מטעמי ולטפל בשמי ועבורי, החל ממועד חתימתי, בכל עניין הנוגע לפוליסה לביטוח בריאות בהראל ("הפוליסה"), להגיש להראל את כל ההתכתבויות ו/או המסמכים לרבות באמצעות e-mail המפורט בטופס זה וכן הנני נתון לכם בזאת את הסמכותי למסור למיפיה הכוח את כל הפרטים שיידרשו על ידו/ה בקשר עם הפוליסה.</p> <p>I, the undersigned,, passport no., hereby authorize the employer, Mr./Mrs., 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.</p>					
Name / שם		Date / תאריך		Signature / חתימה	



פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי		Details of policyholder / present employer	
מס' טלפון	Telephone No.	מס' ת.ז.	ID number
מס' טלפון נייד	Cellphone No.	כתובת	Address of Employer
		דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	E-mail
		שם	Name of Employer / Policyholder

תשלום באמצעות כרטיס אשראי		Details of Payment	
ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:			
241-365	181-240	91-180	1-90
מס' תשלומים	מס' ימים	No. of days	No. of payments
6	4	2	1
פרטי המועמד לביטוח		Provision of credit card holder	
מספר דרכון	Passport No.	שם פרטי	First name
		שם משפחה	Last name
פרטי המשלם		Provision of credit card holder	
שם משפחה	Last name	שם פרטי	First name
		מס' ת.ז.	ID number
מס' כרטיס	Card No.	בתוקף עד	Exp. date
		/ /	
רחוב ומספר	St. and house No.	יישוב	Town
		מיקוד	Zip Code
		מס' טלפון נייד	Cellphone No.
דוא"ל			
Email			
<p>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 חברה לביטוח בע"מ ואשר מספר כרטיס האשראי שלי יהיה נקוב בהן. סכומי החיובים ומועדיהם ייקבעו על-ידי הראל חברה לביטוח בע"מ על-פי תנאי התשלום של פוליס/ות הביטוח.</p> <p>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 תאריך תחילת הביטוח הנ"ל ויאשר על ידו /או ע"י אישור פרטני של המבטח, אחרת יכנס הביטוח לתוקף מיום הגעת המסמכים הנ"ל והרשאה זו לחיוב חשבון, למשרדי המבטח ואישורם.</p> <p>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.</p>			
תאריך / Date		חתימת בעל כרטיס האשראי / Signature of the credit card holder	

The insured signed this Proposal Form after its content had been Explained to him in a language he understands. לופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

חתימת המעסיק		Signature of the Employer	
תאריך	Date	שם המעסיק	Name of the employer
		חותמת וחתימת המעסיק	Stamp & signature of the employer