

טופס בקשה לעריכת ביטוח רפואי ברצף
עובדים זרים בישראל - למבוטחי הראל בלבד
Application for Continuing Medical Insurance for
Foreign Workers in Israel - For Harel Policyholders Only

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
This form is intended for men and women alike.

מהדורת דצמבר 2018 - שקלים

שם הסוכן / החברה
מס' הסוכן / החברה

Attn
Harel-Yedidim, Division for Overseas Visitors and Students
Beit M.A.H., 12 Hahilazon st, 8th Floor, Ramat Gan 5252276
Fax: +972-3-6874534 Email: y_health@yedidim.co.il

לכבוד
הראל-ידידים מחלקת חו"ל וסטודנטים
בית מ.א.ה., החילזון 12 קומה 8 רמת גן 5252276
פקס: 03-6386216, דוא"ל: y_health@yedidim.co.il

מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא את פרטי כתובת דוא"ל בפרטך האישיים. לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן (משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח).

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. The policy documents will be sent to your mobile phone number available to the Harel Company. If you wish to receive these documents by e-mail, you should fill in your e-mail address with the personal details.

Alternatively, if you want to receive these document by Israel Post, please note this here (the documents will be sent according to the most recent details that appear in our files at the time of sending).

A	העיסוק למענו הגעת לישראל
<input type="checkbox"/> OTHER INDUSTRY / אחר <input type="checkbox"/> CONSTRUCTION / בניין <input type="checkbox"/> AGRICULTURE / חקלאות <input type="checkbox"/> NURSING CARE / סיעוד	
I, the undersigned, hereby request to arrange medical insurance for the foreign worker employed by me, subject to the following: <input type="checkbox"/> The employee is now insured at Harel - the policy number is below Membership No. Insurance period: From / / TO / /	אני הח"מ מבקש בזאת לערוך ביטוח רפואי לעובד הזר המועסק עלי ידי בכפוף לפרטים הבאים: <input type="checkbox"/> העובד בוטח/מבוטח כעת בהראל - להלן מס' הפוליסה מס' חבר בקופת חולים תקופת ביטוח מבוקשת: / / מ / / ועד / /

B	פרטי העובד
Date of birth תאריך לידה	Last name שם משפחה
First name שם פרטי	Passport No. מס' דרכון
The work for which you came to Israel העיסוק למענו הגיע לישראל Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל	Country of origin ארץ מוצא Gender מין <input type="checkbox"/> Male זכר <input type="checkbox"/> Female נקבה
Address כתובת	Email דוא"ל

C	חישוב דמי ביטוח
Total insurance premium in ש"ח	סה"כ דמי ביטוח ב-ש"ח
Discounts % הנחה %	No. of days covered by the insurance מס' ימים לביטוח
Daily cost in ש"ח	עלות יומית ב-ש"ח

D	<input type="checkbox"/> Continuous extension with the same employer <input type="checkbox"/> Continuing extension with a new employer		הארכה ברצף אצל אותו מעסיק <input type="checkbox"/> הארכה ברצף אצל מעסיק חדש <input type="checkbox"/>	
	Details of policyholder		פרטי בעל הפוליסה	
Name of Employer / Policyholder		שם המעסיק	ID number	מס' ת.ז.
E-mail		דוא"ל	Address of Employer	כתובת
<input type="checkbox"/> Continuous extension without employer (Policy between employers) and up to 90 days.		<input type="checkbox"/> הארכה ברצף ללא מעסיק (פוליסה בין מעסיקים) ועד 90 יום.		

E	Payment by credit card Collection dates according to the arrangement of the Insured/ Payer with the credit card company		תשלום באמצעות כרטיס אשראי מועדי הגבייה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי		
	You can pay in several installments by the insurance period:		ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:		
No. of days	מס' ימים	90-1	180-91	240-181	365-241
No. of payments	מס' תשלומים	1	2	4	6
Provision of credit card holder		הוראת בעל כרטיס האשראי			
ID number	מס' ת.ז.	First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה
Exp. date	בתוקף עד	Card No.	מס' כרטיס		
<p>לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ככל שיבוצע חזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.</p> <p>For your information, the means of payment will be used to pay the insurance fees for all those insured under the policy/ies. The amounts and dates of charges will be according to the Company's determination, according to the terms of payment of the insurance policy/ies and the changes made to them from time to time.</p>					
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		תאריך		

