

**הצעה לביטוח רפואי + SAFE STAY**  
**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  
 This form is intended for men and women alike. Please fill in this form fully and accurately

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., החילוץ 12 קומה 8 רמת גן 5252276**  
**פקס: 03-6386216, דוא"ל: y\_health@yedidim.co.il**

Name of agent	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
Name of supervisor	שם המפקח	Proposal no.	מספר ההצעה

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).

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

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

<b>A Insurance applicant personal details</b>	<b>פרטי המועמד לביטוח</b>		
First name שם פרטי	Middle name שם אמצעי	Last name שם משפחה	Passport No. מס' דרכון
Country of origin ארץ מוצא	Date of birth תאריך לידה	First date of insurance תאריך ראשון שבטחת	Gender <input type="checkbox"/> Male זכר <input type="checkbox"/> Female נקבה
The work for which you came to Israel העיסוק למענו הגעת לישראל		Insurance period requested תקופת הביטוח המבוקשת	
Zip code מיקוד		Town עיר	
E-mail for personal notifications and mailings דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		Cellphone No. מס' טלפון נייד	

\*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.  
 \*\*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. כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים.

<b>B Details of previous insurance policies</b>	<b>פרטי ביטוח קודמים</b>
Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:	האם 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
From מתאריך	To עד תאריך
Membership No. מס' חבר	Policy No. מס' פוליסה

# Health Condition Statement for Medical Insurance - Foreigners in Israel

Subject to the Health Insurance Proposal included, which is an inseparable part of the Health Condition Statement.

C Personal information of Insurance Candidate			
In the Health Condition Statement, answer the following questions by marking "✓" in the column of the correct answer. If you answer "Yes" to any of the questions, please attach an updated certificate from the attending physician addressing the stated problem, examination results, manner of treatment and current condition.			
General Questions		Yes	No
1.	<input type="checkbox"/> Do you use or have you used drugs? <input type="checkbox"/> Do you drink alcoholic beverages regularly (more than 2 glasses a day)?		
2.	During the last 5 years, have you been and/or are you in the process of the following medical and/or diagnostic tests that have not yet been completed and for which there is no final diagnosis: catheterization, scans, echocardiography, MRI, CT, ultrasound (not as part of routine prenatal care), biopsy, occult blood, colonoscopy or gastroscopy? (If so, attach an updated certificate from the attending physician regarding the reason for the tests, the results of the tests, and the final diagnosis)		
3.	Have you undergone surgery or been advised to undergo surgery in the last 5 years? Please provide details.		
4.	Have you been hospitalized in the last 5 years? Please specify the reason for hospitalization and the treatment you received.		
5.	During the past 10 years have you taken or been advised to take medication on a regular basis? Please specify the problem for which you are/were treated, the treatment, and the length of time you have been taking the medication.		
Have you been diagnosed with an illness, symptom, and/or disorder related to one or more of the issues specified below:			
1.	<input type="checkbox"/> Nervous system <input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis <input type="checkbox"/> Tremors <input type="checkbox"/> Muscular dystrophy or other degenerative disease <input type="checkbox"/> Parkinson's syndrome If the answer to one or more of these problems is positive, please attach an updated letter from the attending neurologist.		
2.	Eyes and vision (note eyeglasses only if the lens size is higher than 7)		
3.	<input type="checkbox"/> Heart <input type="checkbox"/> Blood vessels		
4.	Thyroid gland		
5.	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)		
6.	<input type="checkbox"/> Stomach <input type="checkbox"/> Intestines <input type="checkbox"/> Esophagus <input type="checkbox"/> Gall bladder <input type="checkbox"/> Liver <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hemorrhoids - have you undergone surgery <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes When? (date) ..... Was the problem resolved? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes		
7.	Hernia: location of hernia: <input type="checkbox"/> diaphragm <input type="checkbox"/> umbilicus <input type="checkbox"/> right groin <input type="checkbox"/> left groin. Did you undergo surgery for the hernia? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes When? (date) ..... Was the problem resolved? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes		
8.	AIDS or HIV carrier		
9.	Lupus		
10.	<input type="checkbox"/> Kidneys <input type="checkbox"/> Urinary tract		
11.	<input type="checkbox"/> Back and spine <input type="checkbox"/> Knees <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Joints		
12.	<input type="checkbox"/> Skin tumors		
13.	<input type="checkbox"/> Syphilis		
14.	Malignant tumors / malignant diseases (cancer)		
15.	For women: <input type="checkbox"/> Breasts <input type="checkbox"/> Gynecological system		

Specify: .....

.....

.....

**D Statement of insurance candidate**

- I hereby declare that all the answers are correct, complete and given of my own free will.
- The answers specified on the Health Statement and any other information to be provided to the insurer as well as the insurer's commonly accepted terms and conditions for this purpose shall serve as essential stipulations of the insurance contract between you and the insurer and shall be inseparable part thereof.
- The insurer may decide to either except or reject the application without having to justify its standpoint. For your information, the insurance contract enters into force only after the insurer issues a written confirmation on admission of the insured for insurance and after the initial insurance premiums are paid in full. This precondition of full payment of the initial insurance premiums shall not apply if the insurer receives means of payment through which the insurance premium can be collected.
- The information included in this document is essential for your joining the policy 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 the said information, including the processing, storage and use thereof for any purpose pertaining to the policies and other legitimate purposes, even by delivery of the said information to third parties operating on behalf of the Harel Group.
- Did any insurance company decline or cancel at any time you application for health insurance?  No  Yes, Specify

The Insurance Candidate has signed this Health Condition Statement Form after having received an explanation of its content in a language in which he / she is fluent.

Date ..... Signature of Insurance Candidate ..... Signature of witness .....

**E Declaration of Insurance Candidate****ה הצהרת המועמד לביטוח**

- אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבטח/החברה/הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. (א) אף שאין חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע ייאסף, יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.  
(ב) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.  
(ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- יותר על סודיות רפואית: אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי איליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצבוננו ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
- הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח. אם נדרשים להמשך התהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור המועמד לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור המועמד לביטוח.
- (א) אני מסמך את סוכן הביטוח שלי בפוליסה, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה זו.  
(ב) אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.  
(ג) במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל בכל עת, בטלפון \*הראל (2735).
- הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרות לקבל פרטים מלאים עליהן.

**6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת**

(א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.

(ב) הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).

אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת [www.hrl.co.il/pirsum](http://www.hrl.co.il/pirsum) או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חטיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.  
מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il).

**7. מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח**

באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות. בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.

1. I, the undersigned, hereby request of Harel Insurance Company Ltd. (herein: "the Insurer/Company/Harel") to insure me based on the said in this proposal.
- (a) Although it is not legally required that you provide some of the information requested in this document, the information is essential to adding you to the policies and handling matters related to them. The information will be collected, maintained and processed by the Company and other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) and third parties that operate for them and/or on their behalf will use them for the purpose of handling the policy and for other legitimate purposes, including actuary calculations. Additional details can be found in the privacy policy on the Company website.
- (b) I hereby declare that all the answers are correct and complete and have been provided of my own free will.
- (c) The answers specified in the Health Declaration and any other information provided to the Company, as well as the customary terms of the Company regarding this matter shall serve as fundamental terms of the insurance contract between you and the Company and shall constitute an integral part thereof.
2. Waiver of medical confidentiality: I, the undersigned, hereby give permission to the HMO (kapat holim) and/or its medical institutions and/or the IDF and also to all the other physicians and psychiatrists, medical institutions and other hospitals, the National Security Council (Malal) and/or the Ministry of Defense and/or any other insurance company and/or any other institution and party, insofar as necessary in order to examine the rights and obligations according to the policy and/or for the purpose of the procedure of examining my acceptance for the insurance requested, to provide Harel with all the information and details held by the company, without exception, in the form requested by the Requester, regarding my health condition/s, any disease that I have suffered from in the past and/or that I suffer now and/or that I will suffer in the future, and I relieve you of the duty to maintain medical confidentiality and waive confidentiality in favor of the "Requester." This waiver is binding of my estate and legal representatives and anyone who comes in my place. This waiver shall also apply to my minor children.
3. Procedure of Joining: The company is permitted to decide whether to accept or deny the proposal. For your information, the insurance contract will become effective only after the Company issues written confirmation of acceptance of the candidate for insurance. If further processing requires the clarification of terms, underwriting and acceptance for insurance, the policy shall not be issued for the insurance candidate and shall not become effective until completion of the procedures for the insurance candidate.
4. (a) I authorize my insurance agent for the policy, whose details appear at the beginning of this proposal, to submit to Harel and to receive from Harel in my name and for me all notices and/or documents related to the process of underwriting and the process of joining this policy.
- (b) I agree that the insurance policy of the insurance plans requested in this proposal be delivered to me by means of the agent whose details appear at the beginning of this proposal.
- (c) If you wish to receive the policy and/or the information in the framework of the underwriting procedure and the procedure of joining this policy directly, as well, you may contact Harel at any time, by phoning Harel (\*2735).
5. I hereby confirm that I received essential information regarding the insurance, which included, at the very least, a description of the main elements of the coverage, the insurance premium, the insurance period, the main insurance amounts and the main limitations of liability, and regarding my possibility of obtaining full details about them.

## 6. Agreement to Use of Information and Receipt of Advertising Material

no yes

(a) Do you agree, beyond the requirements of the law or agreement, that the information included in this document, as well as additional information about you that is or will be possessed by other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) will be used by the Harel Group and/or anyone on their behalf, including for any matter related to the other products and services of the companies in the Harel Group (in the field of insurance, long-term savings and finances) and in their marketing, including allowing the said companies to inform you of products and services, and also for the purpose of handling other policies and/or insurance products, long-term savings and financing that you hold, processing and storing the information, and also for additional uses associated with the above-said uses and required in order to complete them, and for other related legitimate purposes, including by means of transferring the information to third parties acting on behalf of and in the name of the Harel Group.

(b) We hereby inform you that there is a possibility that you will receive from the Company or from other companies in the Harel Group to which your details are provided (insofar as you consented to providing them with your details), marketing offers and advertising materials about products and services of the company and/or the companies in the Harel Group, as relevant, by means of fax, email, an automatic dialing system or short message service (SMS) texts.

If you do not agree to receive marketing offers and advertising material as said, you may inform us of your refusal or change a previous choice at any time using the "Refusal of Advertising and Marketing Offers Form" which is available on the Company website at [www.hrl.co.il/pirsum](http://www.hrl.co.il/pirsum) or by contacting us in writing at the address: Harel Building, Health Division, Personal Overseas and Foreign Resident Health Division, 3 Aba Hillel, POB 1951, Ramat Gan 5211802, or by calling: 03-7547777.

Additional information about the privacy policy of the institutional bodies of the Harel Group is found on the Group website at [www.harel-group.co.il](http://www.harel-group.co.il)

## 7. Beneficiaries in case of death

You may appoint beneficiaries, using the form "Application for update / Change of beneficiaries in case of death". In the absence of beneficiary appointment, the amounts will be paid to the legal heirs under the law, according to inheritance or probate order.

1. בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח ניתן להאריך את תקופת הביטוח ברצף, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין התקופה שבין סיום תקופת הביטוח לבין הארכת הביטוח וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום.
2. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
1. According to the terms of the Policy, in the period of 90 days from the date of termination of the insurance period, it is possible to extend the insurance period continuously, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and extension of the insurance, provided that you continue to work as a foreign worker. After the passage of 90 days from the date of termination of the insurance period, new inclusion in the Policy will involve an underwriting procedure.
2. Insofar as you are a person with disabilities, as defined in the Equal Rights for Persons with Disabilities Law, 5748 - 1998, that is, "a person with a physical, mental or intellectual, including cognitive impairment, whether permanent or temporary, which significantly limits his functioning in one or more of the central spheres of life," please notify us of this through your insurance agent, whose details appear at the beginning of this proposal.



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

<b>H Receipt of all the information in the Policy</b>	<b>אישור המבוטח לפעילות סוכן</b>
<p>הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב'..... לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.</p> <p>חתימת המבוטח:.....</p> <p>לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.</p> <p>I hereby permit my insurance agent for the Policy, Mr/Ms ....., to handle on my behalf and for me all matters related to this claim, including submitting to Harel and receiving from Harel on my behalf and for me all correspondence and/or documents related to a claim, including details of the policies under which I am insured by Harel that are not necessarily policies for which the insurance agent to whom I assign power of attorney in this consent of mine is the handling agent, and to serve as my representative for all intents and purposes related to this claim.</p> <p>Signature of the Insured.....</p> <p>For your information, copies of the correspondence and/or the documents related to the claim will in any case be sent to the your insurance agent for the Policy.</p>	

<b>I Agent's Declaration (required clause that the agent must sign)</b>	<b>הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)</b>
<p>הצהרת הסוכן לבירור צרכי המועמד והצעת ביטוח תואם לצרכיו:</p> <p>אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה בררתי את צרכי המועמד/ים לביטוח בהתאם להוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח והצעתו/לו/הם ביטוח התואם/ים לצרכיו/הם</p> <p>תאריך:..... שם הסוכן:..... חתימת הסוכן:.....</p> <p>Agent's Declaration of Inquiring About the Needs of the Candidate and an Insurance Proposal Fitting His Needs:</p> <p>I confirm that as part of the sales process, I inquired about the insurance needs of the candidate/s, according to the instructions of the circular of the Supervisor of Insurance regarding inclusion in insurance, and I offered him/them insurance that fits his/their needs.</p> <p>Date..... Name of agent..... Signature of agent.....</p>	

<b>J Payment by credit card - Collection dates according to the arrangement of the Insured/Payer with the credit card company</b>	<b>תשלום באמצעות כרטיס אשראי מועדי הגבייה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי</b>																									
<p>You can pay in several installments according to the insurance period: ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:</p> <table border="1"> <tr> <td>No. of days מס' ימים</td> <td>1-90</td> <td>91-180</td> <td>181-240</td> <td>241-365</td> </tr> <tr> <td>No. of payments מס' תשלומים</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> </table> <p>Insurance applicant personal details פרטי המועמד לביטוח</p> <table border="1"> <tr> <td>Last name שם משפחה</td> <td>First name שם פרטי</td> <td>Passport No. מספר דרכון</td> </tr> </table> <p>Provision of credit card holder פרטי המשלם</p> <table border="1"> <tr> <td>ID number מס' ת.ז.</td> <td>First name שם פרטי</td> <td>Last name שם משפחה</td> </tr> <tr> <td>Exp. date בתוקף עד</td> <td>Card No. מס' כרטיס</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cellphone No. מס' טלפון נייד</td> <td>Zip Code מיקוד</td> <td>Town רחוב ומספר</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>St. and house No. יישוב</td> </tr> </table> <p>Email דוא"ל</p> <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 החזר 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 שיופק ויישא 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. If a refund of insurance fees is made, the refund will be made to this means of payment, unless the Company decides to make the refund to another means of payment. If the policy/ies is/are renewed, the credit card will be charged according to the charges that arise from the renewed policy/ies. This permission will also hold for charging a card that bears a different number that is issued as a replacement for the card whose number is noted on this form.</p> <p>.....</p> <p>חתימת בעל כרטיס האשראי / Signature of the credit card holder</p> <p>תאריך / Date</p>		No. of days מס' ימים	1-90	91-180	181-240	241-365	No. of payments מס' תשלומים	1	2	4	6	Last name שם משפחה	First name שם פרטי	Passport No. מספר דרכון	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 רחוב ומספר			St. and house No. יישוב
No. of days מס' ימים	1-90	91-180	181-240	241-365																						
No. of payments מס' תשלומים	1	2	4	6																						
Last name שם משפחה	First name שם פרטי	Passport No. מספר דרכון																								
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 רחוב ומספר																								
		St. and house No. יישוב																								

טופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

The insured signed this Proposal Form after its content had been explained to him in a language he understands.

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



Studio Harel D980/24241 1/2/2018