

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

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

<input type="radio"/> החלפה של העובד הנוכחי: מס' דרכון/מבוטח	<input type="radio"/> הארכה/חידוש	<input type="radio"/> ביטוח חדש
--	-----------------------------------	---------------------------------

Insurance applicant personal details 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	Date of birth תאריך לידה
First ראשון		M / F ז / נ	
Last אחרון			
Home Address כתובת בית	Home Phone טלפון בית	Mobile Phone טלפון נייד	
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 פרטי בעל הפוליסה/המעסיק			
Address כתובת	ID Number ת.ז.ח.פ.	Name שם	
טלפון איש קשר	שם איש קשר	Mobile Phone טלפון נייד	Telephone Number טלפון בית

Insurance program wanted תוכנית ביטוח מבוקשת	
<input type="radio"/> Foreigners Care 4 u	<input type="radio"/> Care 4 u - לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים
<input type="radio"/> Tourist Medical Insurance	<input type="radio"/> Medical insurance לתיירים בישראל
תקופת הביטוח המבוקשת: מתאריך _____ עד תאריך _____	
Insurance period requested: from _____ to _____	

Insurance premium דמי הביטוח	
Total cost in \$	סה"כ פרמיה ב-\$
No. of days	מס' ימי הביטוח
Daily cost in \$	פרמיה יומית - \$

Payment method אופן תשלום			
<input type="radio"/> המחאות - מצ"ב	<input type="radio"/> Standing order הוראת קבע - מצ"ב	<input type="radio"/> Bank deposit הפקדה בנקאית - מצ"ב	<input type="radio"/> Checks כרטיס אשראי
<input type="radio"/> Credit Card 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 שם בעל הכרטיס	
No. of payment מספר תשלומים	Exp. date תוקף	Credit card No. מספר כרטיס אשראי	

טופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.  
**מינוי סוכן כשלוחו של המבוטח:**  
 מוצהר ומוסכם כי סוכן הביטוח הוא הקשור להצעת ביטוח זו, לרבות משא 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
--	--------------------------------------	------------

