



טופס בקשה לעריכת ביטוח רפואי ברצף מחברה אחרת – עובדים זרים

שם סוכן	הנדורגר שלום
מספר סוכן	757120

1. אני מבקש בזאת לערוך ביטוח רפואי לעובד הזר המועסק על ידי בענף הסיעוד/בניה/חקלאות (נא לסמן בעיגול) בכפוף לפרטים הבאים:

מס כללית של העובד הזר הינו _____ --
 תקופת הביטוח המבוקשת: מתאריך: _____ ועד תאריך _____

מחיר לתקופה בדולר \$ _____

2. פרטי העובד/ת (בלועזית):

מספר דרכון	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה
_____	_____	_____	____/____/____
מין נ / ז	ארץ המוצא	תאריך כניסה לישראל	
_____	_____	_____	

3. חיתום למבוטח: במידה והתשובה "כן" יש למלא טופס הצהרת בריאות מלאה

כן / לא	האם את/ה נמצא/ת במהלך ברור תופעה או מחלה ו/או סובל/ת מתופעה או מחלה כרונית או גידול ממאיר סרטני?
No / Yes	Are you currently undergoing a process of examination of a condition or a disease or/and suffering from a chronic disease or condition or a malignant tumor?
כן / לא	ตอนนี้คุณกำลังอยู่ในระหว่างกระบวนการตรวจร่างกายเพื่อหาสภาวะหรือโรค และ/หรือกำลังทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังหรือสภาวะหนึ่งหรือเนื่องจากรายอยู่หรือไม่?
لا / نعم	هل تخضع/ين في الوقت الحالي لفحوصات حالة أو مرض و/أو تعاني/ن من حالة أو مرض مزمن أو ورم سرطاني؟

4. פרטי מעסיק:

שם פרטי	שם משפחה	טלפון נייד	טלפון נייד
_____	_____	_____	_____
כתובת דואר אלקטרוני		תעודת זהות / ח.פ.	
_____		_____	
עיר	רחוב	מספר	מספר
_____	_____	_____	_____

5. כללי הביטוח יכנס לתוקפו בתנאי שבקשה זו הגיעה למשרדי המבטח לא יאוחר מיום תחילת הביטוח.

6. אופן התשלום

<input type="radio"/> הוראת קבע – מצ"ב Standing order	<input type="radio"/> הפקדה בנקאית – מצ"ב Bank deposit	
<input type="radio"/> כרטיס אשראי – Credit card	<input type="radio"/> מוסג: <input type="radio"/> ויזה <input type="radio"/> ישראל כרטיס <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אחר _____	
שם בעל הכרטיס	תעודת זהות	טלפון
_____	_____	_____
מספר כרטיס אשראי	תוקף	מספר תשלומים
____/____/____	____/____	_____

7. הצהרת מעסיק ועובד

הריני מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי לעיל נכונים וכי העובד שפרטיו מצוינים הינו בריא לחלוטין וכשיר לעבודה ואינו סובל מכל מחלה או מום הדורש טיפול רפואי.

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

תאריך	חתימת העובד	חתימת המעסיק
_____	X	X

להחזיר לפקס 04-9892480