

הביטוח הרפואי לזרים בישראל

פרטי המבוטח

Last Name	שם משפחה	Middle Name	שם אמצעי	First Name	שם פרטי	Country of origin	ארץ מוצא
-----------	----------	-------------	----------	------------	---------	-------------------	----------

Israel Entry Date	תאריך כניסה לישראל	Passport No.	מספר דרכון	Gender	מין	Date of birth	תאריך לידה
First	ראשון:			F / M			
Last	אחרון:						

Work Address	כתובת עבודה	Home Address	כתובת בית	Home Phone	טלפון בית	Mobile Phone	טלפון נייד
--------------	-------------	--------------	-----------	------------	-----------	--------------	------------

Insurance Co	חברת ביטוח:	Insurance Co	חברת ביטוח:	ביטוחים קודמים בישראל	Previous Insurances in Israel
	From Date / מתאריך		From Date / מתאריך	<input type="radio"/> Yes	כן <input type="radio"/>
	To Date / עד תאריך		To Date / עד תאריך	<input type="radio"/> No	לא <input type="radio"/>
	Policy # / מס' פוליסה		Policy # / מס' פוליסה		

פרטי בעל הפוליסה / המעסיק

שם	ת.ז. / ח.פ.	כתובת
----	-------------	-------

טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד	תאריך תחילת העסקה
-----------	-------------	------------	-------------------

פרטי איש הקשר

שם	ת.ז. / ח.פ.	כתובת
----	-------------	-------

טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד	קירבה למעסיק / עסק
-----------	-------------	------------	--------------------

תוכנית ביטוח מבוקשת

Healthy & Sure לתיירים וזרים בישראל **Healthy & Sure** לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים

נספחים:

מוות או נכות עקב תאונה אישית העברת גופה טיפול חירום בשיניים תאונת עבודה

תקופת הביטוח המבוקשת: **מיום:** _____ **עד יום:** _____

דמי הביטוח

מספר ימי הביטוח: _____ פרמיה יומית - \$: _____ סה"כ פרמיה ב- \$: _____

שער חליפין: _____ סה"כ פרמיה ב- ש: _____

חתימת בעל הפוליסה

שם בעל הפוליסה

תאריך