



**ПРЕДЛОЖЕНИЕ О СТРАХОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ИНОСТРАНЦЕВ В ИЗРАИЛЕ**  
(на условиях приложенной Декларации о здоровье, представляющей собой неотъемлемую часть данного Предложения о страховании)

**Mango Insurance Agency Ltd** Tel:09-9518518 Fax:09-9518519 Email:info@mango.ms

|   |
|---|
| Продление полиса №                              |
| Желаемый период страхования<br>С _____ До _____ |

Я, нижеподписавшийся (далее в тексте «Кандидат на страхование»), настоящим прошу страховую компанию «Харэль» Лтд. (далее в тексте «Страхователь») за-страховать меня на основании данных, приведенных в данном Предложении.

**А. Личные данные Кандидата на страхование (до возраста 65 лет)**

|                        |                               |                 |   |
|------------------------|-------------------------------|-----------------|---|
| Имя                    | Отчество                      | Фамилия         | Паспорт №   |
| Цель приезда в Израиль | Дата первого въезда в Израиль | Страна рождения | Пол<br><input type="radio"/> мужской<br><input type="radio"/> женский |
|                        |                               |                 | Дата рождения<br>1 9  |

**Б. Израильский адрес Кандидата на страхование**

|                       |                       |            |       |
|-----------------------|-----------------------|------------|-------|
| Почтовый индекс       | Город                 | Дом №      | Улица |
| № мобильного телефона | № мобильного телефона | № телефона |       |

**В. Данные о владельце полиса: только для полисов Safe Stay\ Safe Stay+**

|                              |                                   |                    |                                      |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| <b>НЫНЕШНИЙ РАБОТОДАТЕЛЬ</b> | ФИО работодателя                  | Адрес работодателя | Род занятий Кандидата на страхование |
|                              | Дата начала работы                | № телефона         | № мобильного телефона                |
| <b>ПРЕЖНИЕ РАБОТОДАТЕЛИ</b>  | ФИО работодателя                  | Адрес работодателя | Род занятий Кандидата на страховани  |
|                              | Период работы<br>с _____ по _____ | № телефона         | № мобильного телефона                |

**Г. Данные о предыдущих страховых полисах – Были ли вы ранее застрахо- ваны в компании «Харэль»?**

нет  да, Укажите № полисов:

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Были ли вы когда-нибудь застрахованы в какой-либо другой страховой компании?  нет  да Укажите компанию(нии) и № полисов в каждой из них:

| Название компании | № страховых полисов |
|-------------------|---------------------|
| 1.                |                     |
| 2.                |                     |

**Д. Вид страхования, соответствующий статусу Кандидата на страхование в Израиле**

| Отметка               | Статус Кандидата на страхование в Израиле  | Тип страхования |
|-----------------------|--|-----------------|
| <input type="radio"/> | Иностранный рабочий  | Safe Stay       |
| <input type="radio"/> | Иностранный рабочий  | Safe Stay+      |
| <input type="radio"/> | Иностранный рабочий без работодателя   | Stay & Care     |
| <input type="radio"/> | Турист\ Беженец\ Духовное лицо\ Дипломат\ Претендент на израильское гражданство  | Tour & Care     |
| <input type="radio"/> | Духовное лицо\ Дипломат\ Претендент на израильское гражданство\ Временный житель   | Live & Care     |
| <input type="radio"/> | Прочее – (Если ваш статус в Израиле не соотно- сится ни с одним из вышеуказанных, просим вас связаться со Страхователем для подбора наиболее подходящей для вас страховой программы) |                 |

**Е. Расчет страхового взноса**

|                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Ежедневная стоимость в \$ _____     | Скидки\доп.платежи % _____            |
| Кол-во дней страхования _____       | Общий страховой взнос в \$ _____      |
| Взнос за открытие полиса в \$ _____ | Общий страховой взнос в шекелях _____ |
| Обменный курс доллара \$ _____      |                                       |

**Подпись работодателя \ владельца полиса**

|       |                  |                               |
|-------|------------------|-------------------------------|
| _____ | _____            | _____                         |
| Дата  | ФИО работодателя | Подпись и печать работодателя |

**Застрахованный подписал настоящий бланк Предложения после того, как содержание бланка было разъяснено ему на понятном ему языке.**

**Подпись Кандидата на страхование**

|       |                              |                                  |
|-------|------------------------------|----------------------------------|
| _____ | _____                        | _____                            |
| Дата  | ФИО Кандидата на страхование | Паспорт №                        |
|       |                              | Подпись Кандидата на страхование |

**Назначение страхового агента в качестве уполномоченного лица Застрахованного:**

Настоящим заявлено и согласовано, что страховой агент является представителем и уполномоченным лицом Застрахованного в страховой компании «Харэль» Лтд. по всем вопросам, связанным с настоящим Предложением о страховании, включая пе- реговоры, предшествующие подписанию договора о страховании, и все вытекаю- щие из этого вопросы.

|          |            |                           |                                  |
|----------|------------|---------------------------|----------------------------------|
| _____    | _____      | _____                     | _____                            |
| № агента | ФИО агента | Подпись страхового агента | Подпись Кандидата на страхование |