



סוכנות לביטוח בע"מ  
פקס: 09-9518519  
טל: 09-9518518

**בקשה להארכה ברצף לביטוח רפואי של עובד/ת זר/ה.**

**1. בקשת המעסיק:** אני הח"מ, מבקש בזאת להאריך את הביטוח הרפואי, כלהלן:

|                           |  |                     |          |
|---------------------------|--|---------------------|----------|
| שם העובד הזר              |  | מס' דרכון           |          |
| המבוטח בפוליסה מס'        |  | שמסתיימת בתאריך     |          |
| לתקופת ביטוח החל מהתאריך  |  | ועד לתאריך          |          |
| המבוטח נכנס לישראל בתאריך |  | ועיסוקו בישראל הינו |          |
| <b>פרטי המעסיק המבקש:</b> |  |                     |          |
| שם משפחה                  |  | שם פרטי             | מס' זהות |
| כתובת                     |  | מס' טלפון           |          |
| תאריך                     |  | חתימת המעסיק        |          |

**2. באין מעסיק – בקשת המבוטח:** **Insured application (in case there is no employer):**

|   |            |  |                               |
|---|------------|--|-------------------------------|
| אני הח"מ, המבוטח בפוליסה שמספרה                     |            | I the undersigned, insured by a policy No. |                               |
| שמסתיימת בתאריך                                     |            | Expiry date:                               |                               |
| <b>מבקש בזאת להאריך את ביטוחי הרפואי</b>            |            |  |                               |
| <b>Hereby request to extend my insurance policy</b> |            |  |                               |
| החל מהתאריך   | FROM       | נכנסתי לישראל לראשונה בתאריך               | Date of first entry to Israel |
| ועד לתאריך  | TO         | עיסוקי בישראל                              | Employment in Israel          |
| שם משפחה  | LAST NAME  | מס' דרכון                                  | Passport No.                  |
| שם פרטי   | FIRST NAME | מס' טלפון                                  | Phone No.                     |
| כתובת בישראל  |            | Address in Israel                          |                               |
| תאריך   | Date       | חתימת המבוטח                               | Signature                     |

**3. כללי** **General**

|  |   |
|--|---|
| <p>The insurance policy will come into effect provided this application together with the payment due will be received by the insurer prior to the expiry date of the original policy.<br/>Enclosed please find:</p> <p><input type="checkbox"/> Premium payment form authorizing you to debit my Israeli credit card.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 / 2 / 3 / 4 Checks – payment for the premium.</p> <p><input type="checkbox"/> Cash.</p> | <p>הביטוח יכנס לתוקף בתנאי שבקשה זו והתשלום, יגיעו למשרדי המבטח לפני תאריך תום תקופת הביטוח בפוליסה המוארכת. רצ"ב מועבר אליכם:</p> <p><input type="checkbox"/> טופס הרשאה לחיוב כרטיס אשראי ישראלי, לתשלום דמי הביטוח.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 / 3 / 2 / 1 המחאות לתשלום דמי הביטוח.</p> <p><input type="checkbox"/> מזומן.</p> |
|--|---|