

## Healthy & Sure

הביטוח הרפואי לזרים בישראל

טל: 1-800-35-18-35 פקס: 03-6874814

### 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
_____ :From Date / מתאריך /	_____ :From Date / מתאריך /	Previous Insurances in Israel
_____ :To Date / עד תאריך /	_____ :To Date / עד תאריך /	<input type="radio"/> Yes כן
_____ :Policy # / מס' פוליסה /	_____ :Policy # / מס' פוליסה /	<input type="radio"/> No לא

### פרטי בעל הפוליסה / המעסיק

שם	ש.ת. / ח.פ.
_____	_____

טלפון בית	טלפון עבודה	טלפון נייד	תאריך תחילת העסקה
_____	_____	_____	_____

### פרטי איש הקשר

שם	ש.ת. / ח.פ.
_____	_____

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

### תוכנית ביטוח מבוקשת

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

**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- ₪: _____	

\_\_\_\_\_ תאריך      \_\_\_\_\_ שם בעל הפוליסה      \_\_\_\_\_ חתימת בעל הפוליסה