

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

No Agent / מספר סוכן	Name of Agent / שם סוכן
----------------------	-------------------------

למשלוח הטופס לאגף בריאות - בדוא"ל hafaka@ayalon-ins.co.il או בפקס: 072-2229564

Status of insurance / סטטוס ביטוח

ביטוח חדש / New insurance הארכה / חידוש

:The purpose for coming to Israel / נא סמן את סיבת הגעתך לישראל

Other / אחר Industry / תעשייה Construction / בניין Agriculture / חקלאות Nursing care / סיעוד

1. תוכנית ביטוח מבוקשת / Insurance program wanted (Please mark X at the correct square / נא לסמן X בריבוע המתאים.)

Policy for Foreign worker with permit to work in Israel / פוליסה לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף

Tourist Medical Insurance / Medical insurance לתיירים בישראל

תקופת הביטוח המבוקשת / Insurance period requested
Up to Date / עד תאריך _____ from date / מתאריך _____

2. פרטי המועמד לביטוח / Insurance applicant personal details

Gender / מין <input type="checkbox"/> F / נ <input type="checkbox"/> M / ז	Date of birth / תאריך לידה	First Name / שם פרטי	Last Name / שם משפחה	Passport No / מספר דרכון
e-mail / כתובת דואר אלקטרוני		Israel entry day / תאריך כניסה לישראל		Country of birth / ארץ לידה
Address / כתובת בית בישראל			Another phone No / טלפון נוסף	Mobile phone / טלפון נייד
Zip code / מיקוד	Town / עיר	street,house no. / רחוב, מס' בית		
Insurance Co / חברת ביטוח _____ Membership No / מס' חבר קופ"ח _____ Up to date / עד תאריך _____ From date / מתאריך _____			Previous Insurances in Israel / ביטוחים קודמים בישראל No / לא <input type="checkbox"/> Yes / כן <input type="checkbox"/>	

3. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק / Details of policy holder

טלפון של איש קשר	שם איש קשר	שם פרטי / First Name	שם משפחה / Last Name	ID No / מספר זהות
e-mail / כתובת דואר אלקטרוני		Another phone No / טלפון נוסף		Mobile phone / טלפון נייד
Address / כתובת בית				
Zip code / מיקוד	Town / עיר	street,house no. / רחוב, מס' בית		

4. דמי הביטוח / Insurane premium

Total cost in NIS / סה"כ פרמיה בש"ח	No. of days / מס' ימי ביטוח	Daily cost in NIS / פרמיה יומית בש"ח
-------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

5. אופן התשלום / Payment method

המחאה הוראת קבע הפקדה בנקאית

Credit Card / כרטיס אשראי / מסוג: ישראלכרט ויזה דינינס אחר _____

Telephone No. / מס' טלפון	ID No / מס' זהות	Name of card holder / שם בעל הכרטיס
No. of payments / מס' תשלומים	Exp. date / תוקף	Credit card No. / מספר כרטיס אשראי

Signature of policy holder / חתימה	Name of policy holder / שם בעל הפוליסה	Date / תאריך
------------------------------------	--	--------------

