

## טופס בקשה להצטרפות לפוליסת MEDICAL INSURANCE

מאת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ מס' סובן: 322460

לכבוד

איילון חברה לביטוח בע"מ מחלקת עובדים/שוהים זרים  
הנני מבקש להצטרף לתוכנית הבטוח מדיקל אינשורנס

פרטי המבוטח:

תקופת ביטוח מ - \_\_\_\_\_ עד - \_\_\_\_\_

מס' דרכון \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

שם פרטי בעברית \_\_\_\_\_ שם משפחה בעברית \_\_\_\_\_

שם פרטי באנגלית \_\_\_\_\_ שם משפחה באנגלית \_\_\_\_\_

ארץ מוצא \_\_\_\_\_ תאריך כניסה לישראל \_\_\_\_\_

מס' טלפון במקום בו שוהה / בלימודים \_\_\_\_\_

שם מקום הלימודים \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

איש קשר \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

כתובת הורים בחו"ל \_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_

כללי:

☐ רצ"ב בזה הצהרת בריאות חתומה על ידי המבוטח.☐ טרם הגיע לישראל. עם הגעתן לארץ תועבר הצהרת הבריאות חתומה על ידי המבוטחדמי הביטוח ליום: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ ש"ח  
מס' ימים X דמי ביטוח X שער הדולר

אופן תשלום:

☐ כרטיס אשראי: שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_  
מס' כרטיס אשראי \_\_\_\_\_ תוקף הכרטיס \_\_\_\_\_☐ ויזה ☐ דיינרס ☐ ישראלכרט ☐ אמריקן אקספרס  
מס' תשלומים \_\_\_\_\_☐ הוראת קבע (רצ"ב טופס)☐ המחאות

סה"כ בדולר \_\_\_\_\_ ש"ח לפי שער \_\_\_\_\_

חתימת הסוכן \_\_\_\_\_ חתימת המבוטח \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

☐ האם לבלש "סל הריון" ☐ כן ☐ לא