A.ROZEN INSURANCE AGENCY
FAX : 03-6729025
א.רוזן סוכנות לביטוח

PROPOSAL FORM FOR FOREIGN NATIONALS MEDICAL INSURANCE, HEALTH DECLARATION AND WAIVER OF MEDICAL SECRECY

מס' סוכן: 322460

I hereby request to insure myself and my family members from __/__/__ until __/__/__.

First Name: _____ Family Name: _____

(עברית) שם פרטי: _____ (עברית) שם משפחה: _____

Passport No: _____ Nationality: _____

Date of birth: _____ Sex: M/F Personal Status: S/M/D/W

Contactin Israel: _____

No	Family Name	First name	Nationality	Birth Date/sex	Passport No.
1				/	
2				/	
3				/	
4				/	

Address in Israel: _____
City Street No. Zip Code

Place of work: _____ Address: _____

Home phone no. _____ Work phone no: _____

Mobile phone: _____

Address abroad _____ City: _____ Street: _____

Home phone no. abroad: _____ Name of Doctor: _____

Hospitalization and prior diseases abroad: _____

WAIVER OF MEDICAL CONFIDENTIALITY

I hereby release the hospitals and the physicians from their obligation concerning medical confidentiality, and I empower them to furnish Ayalon Insurance company Ltd all the data required by the latter, and undertake to cause that a similar power of attorney be given by each of the forgoing persons.

I hereby agree to release the waiver of confidentiality.

_____ _____
Signature Date

☐ האם לבלול "סל הריון" ☐ כן ☐ לא

דמי הביטוח ליום: $_____

אופן תשלום:

☐ כרטיס אשראי: שם בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____ כתובת _____

מס' כרטיס אשראי _____ תוקף הכרטיס _____

☐ ויזה ☐ דיינרס ☐ ישראכרט/ מסטרקארד ☐ אמריקן אקספרס

מס' תשלומים _____

☐	הוראת קבע (רצ"ב טופס)
☐	המחאות

סה"כ בדולר _____ ₪ לפי שער _____

חתימת הסוכן _____ חתימת המבוטח _____ תאריך: _____

הרואה 18 רמת-גן 52432 טל: 03-6735915 פקס: 03-6729025
18 HA-ROEH ST. RAMAT-GAN 52432 Tel: 03-6735915 Fax: 03-6729025