

**A. ROZEN INSURANCE AGENCY****Proposal Form****Health Insurance - Foreigners in Israel****ביטוח רפואי - לשהים זרים בישראל****טופס הצעה**

Insurance period requested	תקופת הביטוח המבוקשת
From <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	To <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

אני החתום מטה (להלן "המועמד לביטוח"), מבקש מאיילון חברה לביטוח בע"מ (להלן: המבטח), לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה ובהתאם לתוכנית הביטוח המבוקשת כפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח.  
 I the undersigned (hereinafter "the Insurance applicant"), hereby request to insure me based on everything that is stated in this proposal.

1. Insurance applicant Personal Details (up to age 65)				פרטי המועמד לביטוח עד גיל 65	
First Name <input type="text"/>	שם פרטי <input type="text"/>	Occupation of the Insured <input type="text"/>	עיסוק שלשמו הגיע לארץ <input type="text"/>	Last Name <input type="text"/>	שם משפחה <input type="text"/>
Date of first entry to Israel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			תאריך כניסה ראשון לישראל <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gender <input type="text"/>	מין <input type="text"/>
Country of Birth <input type="text"/>			ארץ לידה <input type="text"/>	Male <input type="radio"/>	זכר <input type="radio"/>
Date of birth <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			תאריך לידה (לפי תעודה) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Female <input type="radio"/>	נקבה <input type="radio"/>

2. Israeli address of the Insurance applicant				כתובת המועמד לביטוח בישראל	
Zip code <input type="text"/>	מיקוד <input type="text"/>	Town <input type="text"/>	יישוב <input type="text"/>	House No. <input type="text"/>	מס' בית <input type="text"/>
Street <input type="text"/>			רחוב <input type="text"/>		
Cellphone number <input type="text"/>	מספר טלפון נייד <input type="text"/>	Telephone number <input type="text"/>	מספר הטלפון <input type="text"/>		

3. Details of Policyholder - Only for policies: Care 4 U				פרטי בעל הפוליסה/המעסיק - למלא רק עבור פוליסות מסוג Care 4 U	
Name of Employer <input type="text"/>	שם המעסיק <input type="text"/>	ID number <input type="text"/>	ת.ז.ח.פ. <input type="text"/>	מעסיק נוכחי Present Employer	
Cellphone number <input type="text"/>	מספר טלפון נייד <input type="text"/>	Telephone number <input type="text"/>	מספר טלפון <input type="text"/>		
Address of Employer <input type="text"/>		כתובת המעסיק <input type="text"/>			

4. Details of Previous Insurance Policies				פרטי ביטוח קודמים	
Have you ever been insured by "Ayalon" <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes, Policy Numbers: <input type="text"/>				האם היית מבטוח בעבר ב"איילון" <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, ציין מספרי פוליסה: <input type="text"/>	
Have you ever been insured by another insurance company? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes, Indicate company(ies) and Policy Numbers:				האם היית מבטוח בעבר בחברת ביטוח אחרת <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן, אם כן, ציין באיזו חברה ומספרי פוליסות בכל חברה: <input type="text"/>	
Policies Numbers <input type="text"/>	מספרי הפוליסות <input type="text"/>	Company name <input type="text"/>	שם חברה <input type="text"/>	Policies Numbers <input type="text"/>	מספרי הפוליסות <input type="text"/>
1. <input type="text"/>		2. <input type="text"/>		3. <input type="text"/>	
4. <input type="text"/>		5. <input type="text"/>		6. <input type="text"/>	

5. Type of Insurance, suitable to Status of the Insurance applicant In Israel				סוג הביטוח בהתאמה לסטטוס המועמד לביטוח בישראל	
Mark <input type="radio"/>	Status of the Insurance applicant in Israel <input type="text"/>	סטטוס המועמד לביטוח בישראל <input type="text"/>	סמן <input type="radio"/>	עובד זר Care 4 U <input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	Foreigners Care 4 U		<input type="radio"/>	תייר - ביטוח רפואי <input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	Tourist Medical Insurance		<input type="radio"/>		

6. Calculation of Insurance Premium				אופן התשלום	
Credit Card no. <input type="text"/>	מס' כרטיס באשראי: <input type="text"/>	Name of Card Holder <input type="text"/>	שם בעל הכרטיס: <input type="text"/>	<input type="radio"/> כ. אשראי <input type="radio"/> ש. בעל הכרטיס	
Checks <input type="radio"/>	המחאות <input type="radio"/>	Standing Order <input type="radio"/>	הוראת קבע <input type="radio"/>	No. of Payment <input type="text"/>	מס' תשלומים <input type="text"/>
No. of Days Covered by the Insurance <input type="text"/>			מספר הימים לביטוח <input type="text"/>	Daily Cost in \$ <input type="text"/>	עלות יומית \$ <input type="text"/>

7. Details of Beneficiary in the event of Death				פרטי המוטב במקרה פטירה	
First Name <input type="text"/>	שם פרטי <input type="text"/>	Last Name <input type="text"/>	שם משפחה <input type="text"/>	ID number <input type="text"/>	ת.ז. של המוטב <input type="text"/>

8. Signature of the Employer				חתימת המעסיק (יש למלא במקרה של פוליסת Care 4 U בלבד)	
Stamp & Signature of the Employer <input type="text"/>	חותמת וחתימת המעסיק <input type="text"/>	Name of the Employer <input type="text"/>	שם המעסיק <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	תאריך <input type="text"/>

This proposal has been duly signed by the insured after being told of its content in the language he understands.  
 The appointment of an agent as delegate of the insured, it is hereby declared and agreed upon that the insurance agent is the representative of the Insurer "Ayalon Insurance Company" Ltd., in everything connected with this insurance proposal, including negotiations towards signing the insurance contract and everything stemming from it.

טופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.  
 מינוי סוכן כשלווח של המבוטח מוצהר ומוסכם כי סוכן הביטוח הוא נציגו ובא כוחו של המבוטח כלפי "איילון חברה לביטוח" בע"מ, בכל הקשור להצעת ביטוח זו, לרבות משא ומתן לקראת כריתת חוזה הביטוח וכל הנבע מכך.

Signature of the Insurance applicant <input type="text"/>	חתימת המועמד לביטוח <input type="text"/>	Passport No. <input type="text"/>	מס' דרכון <input type="text"/>	Name of the Insurance applicant <input type="text"/>	שם המועמד לביטוח <input type="text"/>
Signature of the Agent <input type="text"/>		חתימת הסוכן <input type="text"/>		Name of the Agent <input type="text"/>	שם הסוכן <input type="text"/>
322460		arik rozen		מס' סוכן <input type="text"/>	