

טופס בקשה לעריכת ביטוח רפואי ברצף עובדים זרים בישראל - למבוטחי הרצל בלבד

Application for Continuing Medical Insurance for Foreign Workers in Israel - For Harel Policyholders Only

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.

This form is intended for men and women alike.

מהדורת 01/2025

שם הסוכן / החברה

מס' הסוכן / החברה

Attn.

Harel Insurance Company Ltd.

Foreign Employees / Tourists Insurance Section

3 Abba Hillel Street, PO. Box 10951, Ramat-Gan 5252202, Fax: 03-7348083

email: fax7930@harel-ins.co.il

לכבוד

הרצל חברה לביטוח בע"מ, אגף ביטוח עובדים זרים

אבא הלל 3, ת.ד. 10951, רמת גן 5252202

פקס: 03-7348083 מייל: fax7930@harel-ins.co.il

מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הרצל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא את פרטי כתובת דוא"ל בפרטך האישי.

לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן. (משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח).

You must provide full and honest answers to every essential matter you are asked about and not doing so may have an impact on the payment of insurance benefits. The policy documents will be sent to your mobile phone number available to the Harel Company. If you wish to receive these documents by e-mail, you should fill in your e-mail address with the personal details.

Alternatively, if you want to receive these document by Israel Post, please note this here
(the documents will be sent according to the most recent details that appear in our files at the time of sending).

A THE PURPOSE FOR COMING TO ISRAEL		א העיסוק למענו הגעת לישראל	
<p>Other industry / אחר <input type="checkbox"/> Construction / בנין <input type="checkbox"/> Agriculture / חקלאות <input type="checkbox"/> Nursing care / סיעוד <input type="checkbox"/></p> <p>Choice of Service Supplier in Continuation</p> <p>Important Note:</p> <p>1. You are entitled to continue with the health fund (kupat holim) from which you received services to date, in continuation and without medical underwriting</p> <p>2. You are entitled to change from the Clalit Health Services health fund to the Maccabi Health Services health fund, in continuation and without medical underwriting.</p> <p>If you choose to move from the Maccabi Health Services health fund to the Clalit Health Services health fund, the said move will be subject to medical underwriting and completion of a Health Condition Statement.</p> <p><input type="checkbox"/> Clalit Health Services</p> <p><input type="checkbox"/> Maccabi Health Services</p>		<p>בחירת ספק שירות ברצף ביטוח חשוב לדעת:</p> <p>1. הינך רשאי להמשיך עם קופת חולים ממנה קיבלת שירותים עד עתה, ברצף וללא חיתום רפואי.</p> <p>2. הינך רשאי לעבור מקופת חולים שירותי בריאות כללית לקופת החולים מכבי שירותי בריאות, ברצף וללא חיתום רפואי.</p> <p>ככל שתבחר לעבור מקופת החולים מכבי שירותי בריאות לקופת החולים שירותי בריאות כללית, המעבר האמור יהיה בכפוף לחיתום רפואי ומילוי הצהרת בריאות.</p> <p><input type="checkbox"/> שירותי בריאות כללית</p> <p><input type="checkbox"/> מכבי שירותי בריאות</p>	
<p>I, the undersigned, hereby request to arrange medical insurance for the foreign worker employed by me, subject to the following:</p> <p><input type="checkbox"/> The employee is now insured at Harel - the policy number is below</p> <p>.....</p> <p>Membership No.</p> <p>Insurance period:</p> <p>From / / TO / /</p>		<p>אני הח"מ מבקש בזאת לערוך ביטוח רפואי לעובד הזר המועסק על ידי בכפוף לפרטים הבאים:</p> <p><input type="checkbox"/> העובד בוטח/מבוטח כעת בהרצל - להלן מס' הפוליסה:</p> <p>מס' חבר בקופת חולים:</p> <p>תקופת ביטוח מבוקשת:</p> <p>מ: / /</p> <p>ועד: / /</p>	

B Employee details				ב פרטי העובד	
Date of birth	תאריך לידה	Last name	שם משפחה	First name	שם פרטי
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>.....</p>	
<p>The work for which you came to Israel</p>		<p>Date of entry to Israel</p>		<p>Country of origin</p>	
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>.....</p>	
<p>Address</p>		<p>כתובת</p>		<p>Cellphone No.</p>	
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>.....</p>	
<p>Email</p>		<p>.....</p>		<p>דוא"ל</p>	
<p>.....</p>		<p>.....</p>		<p>.....</p>	



33517

עמוד 1 מתוך 3

קוד מסמך: 33517

C Calculation of Insurance Premium				ג חישוב דמי ביטוח	
Total insurance premium in ₪	סה"כ דמי ביטוח ב-₪	Discounts הנחה	No. of days covered by the insurance	מס' ימים לביטוח	Daily cost עלות יומית ב-₪

D <input type="checkbox"/> Continuous extension with the same employer <input type="checkbox"/> Continuing extension with a new employer Details of policyholder			ד <input type="checkbox"/> הארכה ברצף אצל אותו מעסיק <input type="checkbox"/> הארכה ברצף אצל מעסיק חדש פרטי בעל הפוליסה		
Name of Employer / Policyholder		שם המעסיק	ID number	מס' ת.ז.	Telephone No. מס' טלפון
E-mail		דוא"ל	Address of Employer כתובת		Cellphone No. מס' טלפון נייד
<input type="checkbox"/> Continuous extension without employer (Policy between employers) and up to 90 days. <input type="checkbox"/> הארכה ברצף ללא מעסיק (פוליסה בין מעסיקים) ועד 90 יום.					

E Waiver of medical confidentiality		ה ויתור על סודיות רפואית			
<p>אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי הפוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלתי לביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצבוננו ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p> <p>I, the undersigned, hereby give permission to the HMO (kupat holim) and/or its medical institutions and/or the IDF and also to all the other physicians and psychiatrists, medical institutions and other hospitals, the National Security Council (Malal) and/or the Ministry of Defense and/or any other insurance company and/or any other institution and party, insofar as necessary in order to examine the rights and obligations according to the policy and/or for the purpose of the procedure of examining my acceptance for the insurance requested, to provide Harel with all the information and details held by the company, without exception, in the form requested by the Requester, regarding my health condition/s, any disease that I have suffered from in the past and/or that I suffer now and/or that I will suffer in the future, and I relieve you of the duty to maintain medical confidentiality and waive confidentiality in favor of the "Requester". This waiver is binding of my estate and legal representatives and anyone who comes in my place. This waiver shall also apply to my minor children.</p>					
signature חתימה		Name of the Insurance Candidate שם המועמד לביטוח		Date תאריך	
Witness to Signature (insurance agent)		עד לחתימה (סוכן הביטוח)			
stamp חותמת	signature חתימה	ID No. License ת"ז מס' רישיון	Name שם	Date תאריך	

F Power of Attorney of Agent		י יפוי כוח לסוכן	
<p>הנני מאשר בזאת לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב: _____ לטפל בשמי ובעבורי בכל עניין הנוגע לפוליסה, לרבות אך לא רק, הליך ההצטרפות לפוליסה, הליכי חיתום, חידוש או הארכת הפוליסה לתקופות נוספות, הגשת תביעות, שינויים ופעולות אחרות בפוליסה וכיוצ"ב, ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לעניינים כאמור לעיל. הנני נותן לכם בזאת את הסכמתי לכך שסוכן הביטוח ישמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לפוליסה ואת אישורי למסור לסוכן הביטוח את כל הפרטים שיידרשו על ידו, בכל פעולה הקשורה בפוליסה, לרבות פירוט פוליסות אחרות בהן אני מבטח בהראל, שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל.</p> <p>חתימת המבוטח: _____ לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.</p> <p>I hereby authorize my insurance agent for the Policy, Mr./Ms. _____, to handle any matter regarding the Policy, including but not limited to the process of inclusion in the Policy, underwriting procedures, renewal or extension of the Policy for additional periods, submission of claims, changes and other actions in the Policy and so forth, in my name and for me. This includes submitting all correspondence and/or documents related to the above-said matters to "Harel" and receiving them from "Harel". I hereby give you my consent that the insurance agent serve as my delegate in any matter regarding the Policy and my permission to send the insurance agency all the details required by him, in any action related to the Policy, including details of other Policies with which I am insured at Harel, which are not necessarily policies in which the insurance agent to whom I give power of attorney in this agreement of mine is the attending agent.</p> <p>Signature of the Insured _____ For your information, copies of the correspondence and/or the documents related to the claim will in any case be sent to the your insurance agent for the Policy.</p>			

G Information for the Insurance Candidate		ז מידע למועמד לביטוח	
<p>בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח ניתן להאריך את תקופת הביטוח ברצף, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין התקופה שבין סיום תקופת הביטוח לבין הארכת הביטוח (תשלום בגין התקופה כאמור יכול להתבצע ע"י המבוטח או המעסיק) וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום.</p> <p>According to the terms of the Policy, during 90 days following the end of the insurance period, the insurance period may be extended as a continuation, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and the extension of the insurance (payment for the said period may be made by the Insured or by the Employer), and as long as you continue to be employed as a foreign worker. After the passing of 90 days from the end of the insurance period, inclusion under a new policy will involve an underwriting process</p>			

Signature of the Employer		חתימת המעסיק	
Stamp & signature of the employer	חותמת וחתימת המעסיק	Name of the employer שם המעסיק	Date תאריך

H

Payment by credit card
Collection dates according to the arrangement of the Insured/
Payer with the credit card company

ח

תשלום באמצעות כרטיס אשראי
מועדי הגבייה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם
עם חברת האשראי

ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:

No. of days	מס' ימים	90-1	180-91	240-181	365-241
No. of payments	מס' תשלומים	1	2	4	6

דמי ביטוח ישולמו ללא תוספת הצמדה, ובלבד שאלו ישולמו בלא יותר מ-3 תשלומים חודשיים שווים ורצופים מיום תחילת הביטוח.

דמי ביטוח שישולמו ב-4 תשלומים חודשיים או יותר, יישאו הפרשי הצמדה למדד המחירים לצרכן, מיום תחילת תקופת הביטוח ועד התשלום בפועל.

The insurance fees will be paid without the addition of linkage, as long as they are paid in no more than 3 equal consecutive monthly installments from the beginning date of the insurance.

Insurance fees that are paid in 4 or more monthly installments will be subject to linkage to the consumer price index from the beginning date of the insurance period and the actual payment.

הוראת בעל כרטיס האשראי

Provision of credit card holder

ID number	מס' ת.ז.	First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה	Cellphone No.	מס' טלפון נייד
Exp. date	בתוקף עד	Card No.	מס' כרטיס				

אני החתום מטה, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל הסכמתי לכך שהתשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח שבנדון. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של הפוליסה והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ידוע לי שהסכמתי זו תהא תקפה לכל חידוש ו/או הארכה ו/או שינוי ו/או תוספת שיתבצעו בפוליסה; כי באחריותי להודיע לחברה במיידית על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור. כן הובהר לי כי באפשרותי לפנות בכל עת לשירות לקוחות של החברה ולהודיע על שינויים לעניין הסכמתי לתשלום דמי הביטוח בפוליסה.

כל החזר של דמי הביטוח יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח. נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח/ המוטב/ בעל הפוליסה בלבד (בהתאם למקרה), בכפוף להוראות הדין.

הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

I, the undersigned, hereby declare the correctness of the items in the section above and my consent that the above-mentioned payments will be made for the said Insured. The amounts and dates of the debit will be in accordance with the determination of the Company as per the terms of payment of the Policy and the changes applied to them from time to time. I know that this consent of mine will be valid for any renewal and/or extension and/or change and/or addition made in the Policy; that it is my responsibility to notify the Company immediately of any change in the details of the Payer and/or of cessation of payment and that the Company will not be responsible for refund of a payment in the case that said notification was not received. It was also made clear to me that I may contact customer services of the Company at any time and notify regarding changes in the matter of my consent to payment of the insurance fees in the Policy.

Any refund of insurance fees will be executed by means of the means of payment with which the Policy was paid, unless for some technical reason or other consideration of the Company it is decided that the insurance fees will be refunded to the Insured. We emphasize that any other payment that the Company is to pay by force of the Policy will be executed to the order of the Insured/ the beneficiary/the Policyholder (as relevant to the case) only, subject to the instructions of the law.

This permission will also be valid for debiting a card that is issued and bears a different number, as a replacement for the card the number of which is noted on this form.

חתימת בעל כרטיס האשראי / Signature of the credit card holder

תאריך / Date