

טופס בקשה לעריכת ביטוח רפואי ברצף
עובדים זרים בישראל - למבוטחי הראל 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 05/2023

שם הסוכן / החברה

מס' הסוכן / החברה

Attn.

Harel Insurance Company Ltd.
Foreign Employees / Tourists Insurance Section
3 Abba Hillel Street, PO. Box 1951, Ramat-Gan 5211802, Fax: 03-7348083
email: fax7930@harel-ins.co.il

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף ביטוח עובדים זרים
אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802
פקס: 03-7348083 מייל: fax7930@harel-ins.co.il

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

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>Choice of Service Supplier in Continuation 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 <input type="checkbox"/> Maccabi Health Services</p> | <p>Other industry / אחר <input type="checkbox"/> Construction / בניין <input type="checkbox"/> Agriculture / חקלאות <input type="checkbox"/> Nursing care / סיעוד <input type="checkbox"/></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 <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>Membership No.</p> <p>Insurance period:</p> <p>From / / TO / /</p> | <p>אני הח"מ מבקש בזאת לערוך ביטוח רפואי לעובד הזר המועסק עלי ידי בכפוף לפרטים הבאים:</p> <p><input type="checkbox"/> העובד בוטח/מבוטח כעת בהראל - 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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <p>Date of birth תאריך לידה</p> <p>Last name שם משפחה</p> <p>First name שם פרטי</p> <p>Passport No. מס' דרכון</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>The work for which you came to Israel העיסוק למענו הגיע לישראל</p> <p>Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל</p> <p>Country of origin ארץ מוצא</p> <p>Gender מין</p> <p>Male זכר <input type="checkbox"/></p> <p>Female נקבה <input type="checkbox"/></p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Address כתובת</p> <p>Cellphone No. מס' טלפון נייד</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>Email דוא"ל</p> | <p>.....</p> |



^dt33517



| | | | | | |
|-------------------------------------------|--------------------|-------------|-----------------|--------------------------------------|-----------------|
| C Calculation of Insurance Premium | | | | 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 in ₪ | | עלות יומית ב-₪ |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Continuous extension with the same employer <input type="checkbox"/> Continuing extension with a new employer | | <input type="checkbox"/> הארכה ברצף אצל אותו מעסיק <input type="checkbox"/> הארכה ברצף אצל מעסיק חדש | |
| Details of policyholder | | פרטי בעל הפוליסה | |
| Name of Employer / Policyholder | שם המעסיק | ID number | מס' ת.ז. |
| E-mail | דוא"ל | Address of Employer | כתובת |
| | | Telephone No. | מס' טלפון |
| | | 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 נתן 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 תהיינה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.</p> <p>I, the undersigned, hereby give permission to the HMO (kapat 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 Information for the Insurance Candidate | | י 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 |

| G Payment by credit card | | תשלום באמצעות כרטיס אשראי | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|----------|
| Collection dates according to the arrangement of the Insured/ Payer with the credit card company | | מועדי הגבייה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי | | | |
| You can pay in several installments by the insurance period: | | 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 |
| Provision of credit card holder | | הוראת בעל כרטיס האשראי | | | |
| ID number | מס' ת.ז. | First name | שם פרטי | Last name | שם משפחה |
| Cellphone No. | מס' טלפון נייד | Card No. | | מס' כרטיס | |
| Exp. date | בתוקף עד | | | | |
| <p>לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת.</p> <p>ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.</p> <p>For your information, the means of payment will be used to pay the insurance fees for all those insured under the policy/ies. The amounts and dates of charges will be according to the Company's determination, according to the terms of payment of the insurance policy/ies and the changes made to them from time to time.</p> | | | | | |
|  Signature of the credit card holder / חתימת בעל כרטיס האשראי | |  Date / תאריך | | | |

