

הצעה לביטוח רפואי - לשוהים זרים בישראל
Proposal Form Health Insurance - Foreigners in Israel



הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

שם סוכן / Name of Agent	מספר סוכן / No Agent
-------------------------	----------------------

סטטוס ביטוח / Status of insurance

ביטוח חדש / New insurance הארכה / חידוש

נא סמן את סיבת הגעתך לישראל / The purpose for coming to Israel

סיעוד / Nursing care חקלאות / Agriculture בניין / Construction תעשייה / Industry אחר / Other

1. תוכנית ביטוח מבוקשת / Insurance program wanted (נא לסמן X בריבוע המתאים. / Please mark X at the correct square)

<input type="checkbox"/> פוליסה לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף / Policy for Foreign worker with permit to work in Israel
<input type="checkbox"/> Medical insurance לתיירים בישראל / Tourist Medical Insurance
תקופת הביטוח המבוקשת / Insurance period requested: מתאריך / from date _____ עד תאריך / Up to Date _____

2. פרטי המועמד לביטוח / Insurance applicant personal details

מספר דרכון / Passport No	שם משפחה / Last Name	שם פרטי / First Name	תאריך לידה / Date of birth	מין / Gender
				F / נ <input type="checkbox"/> M / ז <input type="checkbox"/>
ארץ לידה / Country of birth	תאריך כניסה לישראל / Israel entry day	כתובת דואר אלקטרוני / e-mail		
טלפון נייד / Mobile phone	טלפון נוסף / Another phone No	כתובת בית בישראל / Address		
		רחוב, מס' בית / street, house no.	עיר / Town	מיקוד / Zip code
ביטוחים קודמים בישראל / Previous Insurances in Israel	חברת ביטוח / Insurance Co _____ מס' חבר קופ"ח / Membership No _____ מתאריך / From date _____ עד תאריך / Up to date _____			
<input type="checkbox"/> כן / Yes <input type="checkbox"/> לא / No				

3. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק / Details of policy holder

מספר זהות / ID No	שם משפחה / Last Name	שם פרטי / First Name	שם איש קשר	טלפון של איש קשר
טלפון נייד / Mobile phone	טלפון נוסף / Another phone No	כתובת דואר אלקטרוני / e-mail		
כתובת בית / Address				
רחוב, מס' בית / street, house no.	עיר / Town	מיקוד / Zip code		

4. דמי הביטוח / Insurane premium

פרמיה יומית בש"ח / Daily cost in NIS	מס' ימי ביטוח / No. of days	סה"כ פרמיה בש"ח / Total cost in NIS

5. מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות / The supply and handling of personal information in accordance with privacy protection laws

מובהר שאין חובה חוקית למסור לאיילון מידע אישי ומסירתו תלויה ברצון ובהסכמת המוסר אולם אי מסירת מידע אישי עלול למנוע מאיילון את היכולת לספק שירות או לתת מענה לפניה.

המידע האישי שתמסור ייאגר במאגרי המידע של איילון חברה לביטוח בע"מ. מאגרי המידע של איילון מנוהלים כדין ואיילון מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי איילון (כולל לאילו מטרת הוא ישמש, למי יכול שיועבר ולאילו מטרת), פרטי הקשר של איילון, וזכויותך בקשר עם מידע אישי שאיילון מעבדת אודותיך (כולל זכות עיון וזכות לבקש תיקון המידע), הוא כמפורט במדיניות הפרטיות של איילון שמתפרסמת באתר האינטרנט של איילון בכתובת: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

Please note that you are under no legal obligation to supply personal information to Ayalon and doing so is left to your discretion. However, if you do not supply certain personal information, Ayalon may be unable to provide service or respond to enquiries.

The personal information you supply will be stored in the databases of Ayalon Insurance Company Ltd. The Ayalon databases are legally administered and Ayalon respects your right to privacy. Details of how personal information is handled by Ayalon (including the purposes it is used for, who it can be shared with and for what purposes), contact details of Ayalon, and your rights in connection with personal information which Ayalon processes (including the right of review and the right to request corrections to personal information), appears in the Ayalon privacy policy document which can be downloaded from the Ayalon website at: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

6. אופן התשלום / Payment method

<input type="checkbox"/> המחאה <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> הפקדה בנקאית		
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי / Credit Card מסוג: <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דיינרס <input type="checkbox"/> אחר _____		
Telephone No. / מס' טלפון	ID No / מס' זהות	Name of card holder / שם בעל הכרטיס
No. of payments / מס' תשלומים	Exp. date / תוקף	Credit card No. / מספר כרטיס אשראי
Signature of policy holder / חתימה	Name of policy holder / שם בעל הפוליסה	Date / תאריך