



למשלוח הטופס לאגף בריאות - בדוא"ל hafaka@ayalon-ins.co.il או בפקס: 072-2229564

Name of the Agent	שם הסוכן	Agent No.	מס' סוכן
-------------------	----------	-----------	----------

החלפה של העובד הנוכחי: מס' דרכון/מבוטח
  הארכה/חידוש
  ביטוח חדש

Insurance applicant personal details			1. פרטי המועמד לביטוח		
Last Name	שם משפחה	First Name	שם פרטי	Passport No.	מס' דרכון
Israel Entry Date	תאריך כניסה לישראל	Country of birth	ארץ מוצא	Gender	מין
First	ראשון			M / F	נ / ז
Last	אחרון				
e-mail	כתובת דואר אלקטרוני	Home Address	כתובת בית	Home Phone	טלפון בית
					Mobile Phone
Insurance Co	חברת ביטוח	Insurance Co	חברת ביטוח	ביטוחים קודמים בישראל	
From date	מתאריך	From date	מתאריך	Previous Insurances in Israel	
To date	עד תאריך	To date	עד תאריך	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	

Details of policy holder			2. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק		
e-mail	כתובת דואר אלקטרוני	Address	כתובת	ID Number	ת"ז/ח"פ
					Name
				Mobile Phone	טלפון נייד
				Telephone Number	טלפון בית

Insurance program wanted		3. תוכנית ביטוח מבוקשת	
<input type="radio"/> Policy for Foreign worker with permit to work in Israel	פוליסה לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף	<input type="radio"/> Tourist Medical Insurance	Medical insurance לתיירים בישראל
תקופת הביטוח המבוקשת: מתאריך _____ עד תאריך _____		Insurance period requested: from _____ to _____	

Insurance premium		4. דמי הביטוח	
Total cost in NIS	סה"כ פרמיה בש"ח	No. of days	מס' ימי הביטוח
			Daily cost in NIS
			פרמיה יומית בש"ח

Payment method			5. אופן תשלום		
<input type="radio"/> המחאות - מצ"ב <input type="radio"/> Checks <input type="radio"/> הוראת קבע - מצ"ב <input type="radio"/> Standing order <input type="radio"/> הפקדה בנקאית - מצ"ב <input type="radio"/> Bank deposit			<input type="radio"/> כרטיס אשראי <input type="radio"/> Credit Card <input type="radio"/> מוסג: <input type="radio"/> ויזה <input type="radio"/> ישראל <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> אחר		
Telephone No.	טלפון	ID No.	ת"ז	Name of card holder	שם בעל הכרטיס
No. of payment	מס' תשלומים	Exp. date	תוקף	Credit card No.	מספר כרטיס אשראי

טופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו. בשל העובדה כי מדובר בביטוח שכעת מחודש והיה קיים באמצעות חברת ביטוח אחרת, חשוב לדעת כי: 1. במעבר בין חברות ביטוח, במידה והנך מחדש הביטוח בחברת איילון כעת, והייתה לך החרגה כלשהי לבעיה רפואית בביטוח קודם, ההחרגה תמשיך להיות תקפה בביטוח נוכחי בחברת איילון. 2. כמו כן, במידה והנך נמצא במהלך בירור רפואי לתופעה או מחלה ו/או סובלת מתופעה או מחלה כרונית או גידול ממאיר/סרטני, אנא ציין ופרט זאת על גבי טופס זה.  כן  לא

**מינוי סוכן כשלוחו 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 הנובע מכך.

Signature of policy holder	חתימת בעל הפוליסה	Name of policy holder	שם בעל הפוליסה	Date	תאריך
----------------------------	-------------------	-----------------------	----------------	------	-------