



Best Medical Insurance for Foreign Workers in Israel

Insurance Proposal Form

טופס הצעה לביטוח

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא, עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד

All questions must be answered clearly and fully, 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 form is for both men and women

A	Details of policyholder / present employer	פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי	א
Cellphone No.	מספר טלפון נייד	ID number	מספר ת.ז.
Name of Employer / Policyholder		שם מעסיק / בעל הפוליסה	
Address of Employer		כתובת	
E-mail for receipt of notices, information and mailings		דואר אלקטרוני לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	
B	Insurance applicant personal details	פרטי המועמד לביטוח	ב
First name	שם פרטי	Middle name	שם אמצעי
Last name	שם משפחה	Passport No.	מספר דרכון
Country of Origin	ארץ מוצא	Date of birth	תאריך לידה
Gender	מין	male ☐ זכר female ☐ נקבה	
Zip code	מיקוד	Town	עיר
Ap. No.	מס' דירה	House No.	מס' בית
Address Street:		כתובת רחוב:	
Cellphone No.	מס' טלפון נייד	Date of entry to Israel	תאריך כניסה לישראל
Insurance period requested		תקופת הביטוח המבוקשת	
From	מתאריך	To	עד תאריך
חברת ביטוח קודמת:		תאריכי ביטוח אחרונים בחברה הקודמת:	
מס חבר בקופת חולים קודמת:			
The purpose for coming to Israel:			
☐ Nursing care ☐ Agriculture ☐ Construction ☐ Other: _____			
☐ סיעוד ☐ חקלאות ☐ בניין ☐ אחר: _____			
C	Provider selection	בחירת ספק שירות	ג
☐ Clalit Health Services ☐ Meuhedet Health Services		☐ שירותי בריאות כללית ☐ שירותי בריאות מאוחדת	
D	Calculation of Insurance Premium	חישוב דמי ביטוח	ד
Total insurance premium in NIS	סה"כ דמי ביטוח ₪	No. of days covered by the insurance	מס' ימים לביטוח
עלות יומית ב-₪		Daily cost in NIS	
E	Information for the Insurance Candidate	מידע למועמד לביטוח	ה
1. 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.		1. בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך 90 ימים ממועד תום תקופת הביטוח ניתן להאריך את תקופת הביטוח ברצף, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין התקופה שבין תום תקופת הביטוח לבין הארכת הביטוח (תשלום בגין התקופה לאמור, יכול להתבצע ע"י המבוטח או המעסיק) וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. בחלוף 90 ימים ממועד תום תקופת הביטוח, ההצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום מחדש.	
2. Insofar as you are a person with disabilities, as defined in the Equal Rights for Persons with Disabilities Law, 5748 - 1998, that is, "a person with a physical, mental or intellectual, including cognitive impairment, whether permanent or temporary, which significantly limits his functioning in one or more of the central spheres of life," please notify us of this through your insurance agent, whose details appear at the beginning of this proposal.		2. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים" אנא עדכן את החברה על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.	

***3453**

www.hcsra.co.il | 03-7960000 | 1877 חולון 5811801 | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801

3 מתוך 1

F	הצהרת בעל הפוליסה ו/או המועמד לביטוח	I
	1. הצהרת בעל הפוליסה: אני החתום מטה, בעל הפוליסה, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: "ההצעה"). א. כל התשובות המפורטות בהצעה הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. ב. התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין. ד. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. 2. הצהרת המועמד לביטוח: אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי: א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. ב. התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. ג. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין. ד. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. 3. מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות. בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בישראל, בהתאם לצו ירושה או על פי צו קיום צוואה. 4. הליך הצטרפות: החברה רשאית להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בהתאם לשיקול דעתה הבלעדי. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח. אם נדרשים להמשיך התהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור המועמד לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור המועמד לביטוח. 5. בהצטרפות לפוליסה זו הנך מסמך את סוכן הביטוח שלך בפוליסה להגיש ולקבל בשמך/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה. הריני מאשר, כי נמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרותי לקבל פרטים מלאים במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להכשרה חברה לביטוח בכל עת בטלפון מס' 3453*. 6. הסכמה לקבלת מסרים שיווקיים: א. העברת מידע באמצעות הטלפון וכלים דיגיטליים: אני מסכים, כי החברה תעביר מידע ושירותים לצדדים שלישיים בקשר עם הפוליסה ו/או אודותיי באמצעות הטלפון, הפקסימיליה, האינטרנט, מערכת חיוג אוטומטית, דואר אלקטרוני, הודעות טקסט או באמצעי תקשורת חליפי, לרבות כלים דיגיטליים למרות שאין בהם זיהוי פיזי של הלקוח, וכן כי אוכל לבצע פעולות באמצעות קווי תקשורת. אני מודע להיתכנות תקלות, טעויות, עיכובים, השמטות וכן אפשרות של חשיפת פרטים, המהווים פגיעה בפרטיות, וזאת על אף אמצעי אבטחת מידע סבירים שהחברה נוקטת וכל עוד החברה נוקטת באמצעי אבטחת מידע כאמור. החברה לא תהא אחראית בקשר עם השימוש בקווי התקשורת. ב. הסכמה לקבלת דבר פרסומי: אני מסכים לקבל מהחברה ו/או מחברות קשורות (להלן ביחד: "הקבוצה"), הצעות שיווקיות ודברי פרסומי בדבר מוצרי ושירותי הקבוצה, באמצעות דוא"ל, מערכת חיוג אוטומטית, הודעת מסר קצר (SMS) ורשתות חברתיות ובכל דרך אחרת. אני מסכים שהמידע אודותיי ישמר במאגרי הקבוצה ובכלל זה, עיבודו, העברתו ואחסונו, לרבות בענן מחוץ לישראל, וכן פעולות אחרות הנלוות לשימושים האמורים ו/או הנדרשות לשם השלמתם, וזאת אף באמצעות העברת המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של הקבוצה. ידוע לי כי בכל עת באפשרותי לחזור בי מהסכמה זו ע"י מסירת הודעה לחברה באמצעות הטפסים המתאימים המצויים באתר האינטרנט של החברה, שכתובתו www.hcsra.co.il. 7. הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות תשומת ליבך, כי לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע, אך היה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/לטפל בפנייתך. המידע המבוקש נדרש לנו, בין היתר, לצורך מתן הצעה לביטוח ו/או התקשרות בעסקת ביטוח ו/או מתן שירות לפוליסה קיימת ו/או טיפול בתביעות ו/או תיווך בביטוח ושיווק פנסיוני, המידע משמש את הכשרה גם לצורך עיבוד נתונים על לקוחות החברה. המידע יימסר לגורמים התומכים בפעילות הביטוחית של החברה וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים, בין היתר, גם בקשר למטרות אלו. לפירוט בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hcsra.co.il במדיניות הפרטיות של החברה, תמצא גם מענה באשר לאופן מימוש זכותך לעיין במידע השמור אודותיך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדין. ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות לממונה על הגנת הפרטיות או לממונה על פניות הציבור.	

G	ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח אני מודע לכך שאגף שוק ההון במשרד האוצר הקים אתר אינטרנט מאובטח המאפשר לראות באופן מרוכז את מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל ("הר הביטוח") וזאת על בסיס הנתונים שחברות הביטוח מעבירות לו. ידוע לי כי במידה ולא אהיה מעוניין שהחברה תעביר את הנתונים אודותי, יהיה עליי ליצור קשר עם החברה בטלפון *3453 או למלא טופס הסרה מהר הביטוח שנמצא באתר החברה בכתובת: www.hcsra.co.il. אני מודע לכך שאי העברת הנתונים תמנע ממני לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את כל מוצרי הביטוח שלי בכל חברות הביטוח בישראל. <table border="1"> <tr> <td>Primary insured</td> <td>מבוטח ראשי</td> <td>Date</td> <td>תאריך</td> <td>Name of The Insured</td> <td>שם המבוטח</td> <td>ID No.</td> <td>מס' זהות</td> <td>Signature</td> <td>חתימה</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Primary insured	מבוטח ראשי	Date	תאריך	Name of The Insured	שם המבוטח	ID No.	מס' זהות	Signature	חתימה											ז																																																
Primary insured	מבוטח ראשי	Date	תאריך	Name of The Insured	שם המבוטח	ID No.	מס' זהות	Signature	חתימה																																																																
H	תשלום באמצעות כרטיס אשראי ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח, נא לציין מספר תשלומים: Payment can be made in several installments according to the insurance period, please specify the number of installments: For 6 months - up to 4 payments: _____ For 8 months up to 10 months - up to 6 payments: _____ For 12 month - up to 8 payments: _____ בעבור 6 חודשי ביטוח - עד 4 תשלומים: _____ בעבור 8 חודשי ביטוח ועד 10 חודשי ביטוח - עד 6 תשלומים: _____ בעבור 12 חודשי ביטוח - עד 8 תשלומים ביטוח: _____ פרטי המועמד לביטוח <table border="1"> <tr> <td>Last name</td> <td>שם משפחה</td> <td>First name</td> <td>שם פרטי</td> <td>Passport No.</td> <td>מספר דרכון</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> פרטי המשלם <table border="1"> <tr> <td>Last name</td> <td>שם משפחה</td> <td>First name</td> <td>שם פרטי</td> <td>ID No.</td> <td>מספר זהות</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CVV</td> <td></td> <td>Exp. Date</td> <td>בתוקף עד</td> <td>Credit card No.</td> <td>מס' כרטיס אשראי</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Zip Code</td> <td>מיקוד</td> <td>Town</td> <td>עיר</td> <td>Street and house No.</td> <td>רחוב ומספר</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E-mail</td> <td colspan="3">דואר אלקטרוני</td> <td>Cellphone No.</td> <td>מס' טלפון נייד</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 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. 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 וישא מספר אחר כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה. מועדי הגבייה בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי. 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. The charge will be in New Israeli Shekels, according to the dollar exchange rate on the billing will be sent to the credit company. If a refund of insurance fees is made, the refund will be made to this means of payment, unless the Company decides to make the refund to another means of payment. If the policy/ies is/are renewed, the credit card will be charged according to the charges that arise from the renewed policy/ies. This permission will also hold for charging a card that bears a different number that is issued as a replacement for the card whose number is noted on this form. Collection dates according to the arrangement of the Insured/Payer with the credit card company. <table border="1"> <tr> <td>Signature of the credit card holder</td> <td>חתימת בעל כרטיס האשראי</td> <td>Date</td> <td>תאריך</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Last name	שם משפחה	First name	שם פרטי	Passport No.	מספר דרכון							Last name	שם משפחה	First name	שם פרטי	ID No.	מספר זהות							CVV		Exp. Date	בתוקף עד	Credit card No.	מס' כרטיס אשראי							Zip Code	מיקוד	Town	עיר	Street and house No.	רחוב ומספר							E-mail	דואר אלקטרוני			Cellphone No.	מס' טלפון נייד							Signature of the credit card holder	חתימת בעל כרטיס האשראי	Date	תאריך					ח
Last name	שם משפחה	First name	שם פרטי	Passport No.	מספר דרכון																																																																				
Last name	שם משפחה	First name	שם פרטי	ID No.	מספר זהות																																																																				
CVV		Exp. Date	בתוקף עד	Credit card No.	מס' כרטיס אשראי																																																																				
Zip Code	מיקוד	Town	עיר	Street and house No.	רחוב ומספר																																																																				
E-mail	דואר אלקטרוני			Cellphone No.	מס' טלפון נייד																																																																				
Signature of the credit card holder	חתימת בעל כרטיס האשראי	Date	תאריך																																																																						
I confirm that I have read and understood the contents of this proposal, including the representations therein.					אני מאשר כי קראתי והבנתי את האמור בהצעה זו, לרבות ההצהרות המופיעות בה.																																																																				
חתימת המועמד לביטוח <table border="1"> <tr> <td>Signature</td> <td>חתימה</td> <td>Passport No.</td> <td>מס' דרכון</td> <td>Candidate name</td> <td>שם המועמד לביטוח</td> <td>Date</td> <td>תאריך</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Signature	חתימה	Passport No.	מס' דרכון	Candidate name	שם המועמד לביטוח	Date	תאריך																																																													
Signature	חתימה	Passport No.	מס' דרכון	Candidate name	שם המועמד לביטוח	Date	תאריך																																																																		
חתימת המעסיק <table border="1"> <tr> <td>Signature of the employer</td> <td>חתימת המעסיק</td> <td>Name of the employer</td> <td>שם המעסיק</td> <td>Date</td> <td>תאריך</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Signature of the employer	חתימת המעסיק	Name of the employer	שם המעסיק	Date	תאריך																																																															
Signature of the employer	חתימת המעסיק	Name of the employer	שם המעסיק	Date	תאריך																																																																				

***3453**

הכשרה חברה לביטוח בע"מ | המלאכה 6, ת.ד. 1877 חולון 5811801 | 03-7960000 | www.hcsra.co.il

3 מתוך 3