



סימוכין : בקשה להארכה ברצף - עוז 903
טל: 7547929-03 פקס: 7547930-03

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ
בית הראל, אבא הלל 3, ת.ד. 1951
רמת גן 52118
מחלקת ביטוח עובדים זרים

בקשה להארכה ברצף לביטוח רפואי של עובד/ת זר/ה.

1. בקשת המעסיק: אני הח"מ, מבקש בזאת להאריך את הביטוח הרפואי, כלהלן:

שם העובד הזר		מס' דרכון	
המבוטח בפוליסה מס'		שמסתיימת בתאריך	
לתקופת ביטוח החל מהתאריך		ועד לתאריך	
המבוטח נכנס לישראל בתאריך		ועיסוקו בישראל הינו	
פרטי המעסיק המבקש:			
שם משפחה		שם פרטי	מס' זהות
כתובת		מס' טלפון	
תאריך		חתימת המעסיק	

2. באין מעסיק – בקשת המבוטח: **Insured application (in case there is no employer):**

אני הח"מ, המבוטח בפוליסה שמספרה		I the undersigned, insured by a policy No.	
שמסתיימת בתאריך		Expiry date:	
מבקש בזאת להאריך את ביטוחי הרפואי			
Hereby request to extend my insurance policy			
החל מהתאריך	FROM	נכסתי לישראל לראשונה בתאריך	Date of first entry to Israel
ועד לתאריך	TO	עיסוקי בישראל	Employment in Israel
שם משפחה	LAST NAME	מס' דרכון	Passport No.
שם פרטי	FIRST NAME	מס' טלפון	Phone No.
כתובת בישראל		Address in Israel	
תאריך	Date	חתימת המבוטח	Signature

3. כללי **General**

<p>The insurance policy will come into effect provided this application together with the payment due will be received by the insurer prior to the expiry date of the original policy. Enclosed please find:</p> <p><input type="checkbox"/> Premium payment form authorizing you to debit my Israeli credit card.</p> <p><input type="checkbox"/> 1 / 2 / 3 / 4 Checks – payment for the premium.</p> <p><input type="checkbox"/> Cash.</p>	<p>הביטוח יכנס לתוקף בתנאי שבקשה זו והתשלום, יגיעו למשרדי המבטח לפני תאריך תום תקופת הביטוח בפוליסה המוארכת. רצ"ב מועבר אליכם:</p> <p><input type="checkbox"/> טופס הרשאה לחיוב כרטיס אשראי ישראלי, לתשלום דמי הביטוח.</p> <p><input type="checkbox"/> 4 / 3 / 2 / 1 המחאות לתשלום דמי הביטוח.</p> <p><input type="checkbox"/> מזומן.</p>
--	---

03304-65 9/2003