

# Proposal for Health Insurance - Foreigners in Israel

Subject to the enclosed Health Declaration, which constitutes an integral part of the Insurance Proposal



## הצעה לביטוח רפואי + עובדים זרים בישראל

בכפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק وسلم This form is intended for men and women alike. Please fill in this form fully and accurately

(טופס ל�עסיק ולסוכן)

מהודרת 06/2025

Attn.

Harel Insurance Company Ltd.

Foreign Employees / Tourists Insurance Section

3 Abba Hillel Street, PO. Box 10951, Ramat-Gan 5252202, Fax: 03-7348083

email: fax7930@harel-ins.co.il

לכבוד

הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף ביטוח עובדים זרים/תיירים  
אבा היל 3, ת.ד. 10951, רמת גן 5252202, פקס: 03-7348083, E-mail: fax7930@harel-ins.co.il

Name of agent	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
Name of supervisor	שם המפקח	Proposal no.	מספר ההצעה

You must provide a full and honest answer to questions regarding an essential matter. Insofar as you do not do so, this may affect the payment of the insurance benefits.

The policy documents will be sent to you at the cellphone number and e-mail held by the Harel Company. Alternatively, if you wish to receive these documents by Israel Post, please note this here: .....

(The documents will be sent according to the updated details that appear in our records at the time of shipment).

For your information, you can change your choice at any time by any of the following means: by e-mail or by calling Harel's service call center.

עליך להשיב תשובה מלאה וכן לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהייה לך השפעה על תשלום תגמולו הביטוח. מסמכים הפליסוה ישלוו אליך למספר הטלפון הנגיד ולדא"ל הקיימים ברשות חברת הראל.

לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר וישראל אנא צין זאת כאן ..... (משלווה המשמכים יבוצע בהתאם לפרטיהם העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח).

לידיעתך, הנה יכול לשנות את בחירתך בכל עת בכל אחד מהאמצעים הבאים: דואר אלקטרוני או שיחה טלפון עם מוקד השירות של הראל".

A פרטי המועמד לביטוח									
First name	שם פרטי	Middle name	שם אמצעי	Last name	שם משפחה	Country of passport issuance	ארץ הנפקת דרכו	Passport No.	מספר דרכון
Country of origin	ארץ מוצא	Date of birth	תאריך לידה		First date of insurance	תאריך ראשון שבותחת	Gender	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	מי <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
Date of entry to Israel	תאריך כניסה לישראל	Insurance period requested	From	To	עד תאריך	תקופת הביטוח המבוקשת			
העסקה למטרת הגעתו לישראל									
Zip code	מיקוד	Town	עיר	Apartment No.	מספר דירה	House No.	מספר בית	Street	*כתובת:רחוב
דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים					Cellphone No.	טלפון נייד	מספר טלפון	Telephone No.	E-mail for personal notifications and mailings

\*Note: The requested date does not bind the Company; the effective starting date of the insurance is as noted on the Insurance Details Page.

\*למשותם לבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקבוע הנה נמצא בדף פרטי הביטוח.

\*\*I am aware and I agree that if I do not fill in an address, the address of the employer will serve the Company for sending notices and/or documents in any matter related to insurance.

\*\*\*זדוע לי ואני מסכימן לכך שככל שלא אמלא כתובת - כתובת המוסיק תשמש את החברה במשלווה הודעות ו/או מסמכים

B העיסוק למטרת הגעתו לישראל				
<input type="checkbox"/> סיעוד / General	<input type="checkbox"/> בניין / Construction	<input type="checkbox"/> חקלאות / Agriculture	<input type="checkbox"/> כללי / General	<input type="checkbox"/> סיעוד / Nursing care

Cבחירה ספק שירותי בריאות				
<input type="checkbox"/> מכבי שירותי בריאות	<input type="checkbox"/> Clalit שירותי בריאות כללית			
<input type="checkbox"/> Maccabi Health Services	<input type="checkbox"/> Clalit Health Services			



dt33538

D	<b> פרטי ביטוח קודמים</b>									
<p>Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Yes          If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:          אם כן, ציין חברת ומספר הפלישה/חברה אצל ספק שירותי בריאות:</p>						T				
Insurance period		תקופת הביטוח		Company name		שם החברה	שם פוליסת	מספר פוליסת	שם חבר	מספר חבר
From	עד תאריך	To	מזהיר							

E	<b> פרטי בעל הפלישה / המוסיק הנוכחי</b>						H		
Name of Employer / Policyholder			ID number			שם	טלפון	טלפון	ס. נ.
E-mail for receipt of notices, information and mailings			Address of Employer			כתובת	טלפון נייד	טלפון נייד	טלפון
דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים									

F	<b> פרטיות</b>						I
<p>הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה גמל בע"מ ("הראל") אוספות מידע לצורך צירוף למטופרים, טיפול ושירותים, מילויים ולהלכים, ניהול וספק שירותי שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציג מטופרים ושרותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, יכולה לכך שלא יוכל לבדוק את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לספק השירות (אם קיים) לצורך טיפול בבקשתו ובכל הקשור בניהול וטיפול מטופרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.</p> <p>פרוטוטיפ נוסף מצוי במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם מונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עזון ותיקון וכח הסרה מדיוור ישר בקישור <a href="https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB">https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB</a>.</p>							
<p>Harel Insurance Company Ltd. and Harel Pension and Provident Ltd. ("Harel") collect information for the purpose of enrollment in products, providing services, operation and management of product lifecycles, handling of claims, payments and processes, managing and improving the business and services that Harel provides, compliance with the law, customizing and offering products and services based on personal characteristics and for other legitimate purposes. Generally, you are under no legal obligation to provide information, however choosing not to provide information may make it impossible for us to assess a request and provide a service. The information will be transferred to the insurance agent (if there is one) so that the agent can deal with requests and regarding all aspects of the management and operation of products and services, as well as to service providers and other third parties who are authorized to receive the information, in connection with these purposes.</p> <p>Additional information about the privacy policy is available on the Harel website, including the methods of communication with the Data Protection Officer in Harel, information about the right of inspection and alteration as well as the right to opt out of direct mailing, can be found via the following link: <a href="https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB">https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB</a>.</p>							

G	<b> ממוקט אינטרנטני לאיתור מוצרי ביטוח</b>						J
<p>רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מואבטה שמאפשר לך לראות בmortgage את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל ואת על בסיס נתונים שאנו נועבור אליהם. אם אין לך מידע שנubby את הנתונים לרשויות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירוף לפוליסת.</p> <p>לודיערך, אי העברת הנתונים תמנע מך לראות בmortoc' באטר האינטרנט המואבטה את מוצר הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפרורך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באיזור האשראי שלך באתר האינטרנט שלו בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>.</p> <p>שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, החל על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאתה הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסת זו.</p>							
<p>The Capital Market, Insurance and Savings Authority has set up a secure website where users can view a summary of their insurance products in all the insurance companies in Israel, based on a database that we provide them. If you are not interested in having your data provided to the Capital Market Authority, you must contact our company after you are added to the policy.</p> <p>For your information, if the data is not provided, you will not be able to view a summary of your insurance products in all the insurance companies in Israel on the secure website. You may submit a request to remove the said information in your personal area on our website, <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>.</p> <p>Please note that submission of such a request to remove your information applies to existing and future policies. Thus, if you previously notified us that you do not want us to provide the data, it will not be provided regarding this policy.</p>							

H	<b> חישוב דמי ביטוח</b>						K		
Total insurance premium in₪		סה"כ דמי ביטוח ב₪		Discounts הנחה		עלות יומית ב₪		Daily cost	

טופס הצעה זה נחתם בידי המועמד לביטוח לאחר שהסביר לו תוכנו בשפה המובנת לו.  
The Insurance Candidate signed this Proposal Form after its content had been explained to him in a language he understands.

חתימת המוסיק			חתימת המוסיק		
Stamp & signature of the employer		חותמת וחתימת המוסיק		שם המוסיק	

I	עד לחתימה (סוכן הביטוח):						T
<p>..... ת"ז .....</p> <p>..... שם .....</p> <p>..... תאריך .....</p> <p>..... מס' רישון .....</p>							
<p>חותמת .....</p> <p>חתימת .....</p>							

## J Agent's Declaration (required clause that the agent must sign)

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חזור המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:  
אם מאשר כי במסגרת הילך המכירה למוצרים המפורטים בתופס החטיפות זה עדתי בכל הוראות חזור המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח /או נוסף כיסוי, הרחבה או כתוב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכיו/יהם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המחייב הנדרש.

תאריך ..... חתימת הסוכן .....

**Agent's Statement of Compliance with Instructions of the Insurance Commissioner's Circular on the Matter of Joining an Insurance Plan:**  
I confirm that in the process of selling the products specified in this Form of Joining, I complied with all the instructions of the Commissioner of Insurance in the Matter of Joining an Insurance Plan, and specifically, I inquired about the needs of the candidates, I proposed insurance and/or additional coverage, a rider or a service letter to the existing insurance policy that meet/s his/her/their needs and I gave him/her/them all the essential information required

Date ..... Name of agent ..... Signature of agent .....

K **Payment by credit card - Collection dates according to the arrangement of the Insured/Payer with the credit card company**יא **תשלום באמצעות כרטיס אשראי  
מועד הgageיה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם  
עם חברת האשראי**

יתן תשלום במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:

No. of days	1-90	91-180	181-240	241-365
No. of payments	1	2	4	6

דמי ביטוח ישולמו ללא תוספת הצמדה, בלבד שאלו ישולמו ללא יותר מ-3 תשלוםmons חדשים שווים ורוצפים מיום תחילת הביטוח.  
דמי ביטוח ישולמו ב-4 תשלוםmons חדשים או יותר, ישאו הפרשי הצמדה לפחות מהקרים לצרכן, מיום תחילת תקופת הביטוח ועד התשלומים בפועל.

The insurance fees will be paid without the addition of linkage, as long as they are paid in no more than 3 equal consecutive monthly installments from the beginning date of the insurance.

Insurance fees that are paid in 4 or more monthly installments will be subject to linkage to the consumer price index from the beginning date of the insurance period and the actual payment.

**פרטי המועמד לביטוח**

Last name	שם משפחה	First name	שם פרטי	Passport No.	מספר דרכון
-----------	----------	------------	---------	--------------	------------

**פרטי המשלם**

ID number	ס.ת.	First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה
-----------	------	------------	---------	-----------	----------

Exp. date	בתוקף עד	Card No.	מספר כרטיס
..... / .....		.....	.....

Cellphone No.	טלפון נייד	Zip Code	מיקוד	Town	יישוב	רחוב ומספר	מספר בית	St. and house No.
---------------	------------	----------	-------	------	-------	------------	----------	-------------------

דוא"ל Email

אני החתום מטה, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל הסכמות, לכך שהתשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח שבנדדו. סכמוני החיבור ועובדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של הפוליסה והשינויים שיחולו בהם מעט לעת. יוצע לי שהסכמות זו תחזור לכל חדש / או חדשנה / או תוספת שייתבצעו בפוליסה; כי באחריותו להודיעו לחברה במידי על כל שינוי בפרטיו המשלימים / או על הפסקת התשלומים וכי החברה לא תהא אחראית להחזיר התשלום שלא התקבלה הודהה כאמור. כן הובהר לי כי באפשרות לפנות בכל עת לשירות לקוחות של החברה ולהודיע על שינויים לעניין הסכמות לתשלומים דמי הביטוח בפוליסה.

כל החזר של דמי הביטוח יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה סכנית / או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למברתו. נציג, כי כל תשלום אחר על החברה לשלים מכוח הפוליסה יבוצע לפוקודת המבוטח/המוטב/בעל הפוליסה בלבד (בהתאם למקרה), בכפוף להוראות הדין.

לידיעתך, ככל שתשלומים דמי הביטוח לא יכבד על ידי חברת האשראי/הבנק, עמלות הגבייה בהן תחויב החברה לצורכי ביצוע חזר, ככל ותחויב, יגנו באמצעות התשלומים הקים בפוליסה.

הרשות זו תהייה בתוקף גם לחיבור כרטיס שינופק ויישא מספר אחר, כחולהה לכרטיסים שמספרו מצוין בתופס זה.

I, the undersigned, hereby declare the correctness of the items in the section above and my consent that the above-mentioned payments will made for the said Insured. The amounts and dates of the debit will be in accordance with the determination of the Company as per the terms of payment of the Policy and the changes applied to them from time to time. I know that this consent of mine will be valid for any renewal and/or extension and/or change and/or addition made in the Policy; that it is my responsibility to notify the Company immediately of any change in the details of the Payer and/or of cessation of payment and that the Company will not be responsible for refund of a payment in the case that said notification was not received. It was also made clear to me that I may contact customer services of the Company at any time and notify regarding changes in the matter of my consent to payment of the insurance fees in the Policy.

Any refund of insurance fees will be executed by means of the means of payment with which the Policy was paid, unless for some technical reason or other consideration of the Company it is decided that the insurance fees will be refunded to the Insured. We emphasize that any other payment that the Company is to pay by force of the Policy will be executed to the order of the Insured/the beneficiary/the Policyholder (as relevant to the case) only, subject to the instructions of the law. For your information, if an insurance fee payment is not honored by the credit card company/bank, the collection fees charged the Company for charging you again, insofar as it is charged, will be collected through the existing means of payment for the Policy.

This permission will also be valid for debiting a card that is issued and bears a different number, as a replacement for the card the number of which is noted on this form.

תאריך ..... חתימת בעל כרטיס האשראי .....

תאריך / Date

חתימת בעל כרטיס האשראי / Signature of the credit card holder



^dt33543