

טופס בקשה להצטרפות לפוליסת CARE 4 U

מאת: _____ תאריך: _____

לכבוד: איילון חברה לביטוח בע"מ מחלקת עובדים זרים

פרטי המבוטח:

תקופת ביטוח מ - _____ עד - _____ סה"כ ימים - _____

מס' דרכון _____ תאריך לידה _____

שם פרטי באנגלית _____ שם משפחה באנגלית _____

טלפון נייד: _____ ארץ מוצא _____ תאריך כניסה לישראל _____

פרטי מעסיק

שם פרטי _____ שם משפחה _____

כתובת _____ טלפון _____

איש קשר _____ טל' _____ כתובת _____

ת.ז. של המעסיק _____

פרטי המוטב בעת פטירה

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. של המוטב _____

כללי:

רצ"ב בזה הצהרת בריאות חתומה על ידי המבוטח

טרם הגיע לישראל. עם הגעתן לארץ תועבר הצהרת הבריאות חתומה על ידי המבוטח

דמי הביטוח ליום: _____ = _____ ש"ח
מס' ימים X דמי ביטוח X שער הדולר

אופן תשלום:

כרטיס אשראי: שם בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____ כתובת _____

מס' כרטיס אשראי _____ תוקף הכרטיס _____

ויזה דינרס ישראלכרט אמריקן אקספרס

מס' תשלומים _____

הוראת קבע (רצ"ב טופס)

המחאות

סה"כ _____ ש"ח לפי שער _____

חתימת המעסיק: _____