



אישור קבלת מבוטח חדש בעל דרכון זר

טופס מספר **2902**

א. פרטי המבוטח			
שם המבוטח	מספר דרכון	מדינת מוצא	תאריך לידה
כתובת מגורים בישראל (אם יש)			
נשוי	בן/בת זוג ישראלי/ת	קופת חולים בארץ	
כן ☐ לא ☐	כן ☐ לא ☐	תאריך הצטרפות לקופ"ח: _____	
שם איש קשר בארץ (שם פרטי + משפחה)		מספר זהות	כתובת
פרטי קשר נוספים בארץ (מעסיק/בן משפחה המתגורר בישראל וכו')		זיקה לארץ (יש לציין את מהות הקשר לארץ)	מועד תחילת מגורים בישראל
שם מעסיק		תפקיד המבוטח אצל המעסיק	צפי משך שהיה בארץ

ב. פרטי הבקשה	
סוג ביטוח: ☐ ריסק ☐ בלמ"ש ☐ בריאות ☐ קרן פנסיה ☐	סכומי ביטוח נדרשים: _____
קיים ביטוח במגדל: ☐ כן ☐ לא ☐ במידה וכן - מהם סכומי הביטוח: _____	חומר רפואי שהתקבל: _____

בכל מקרה יש לצרף לטופס את תצלום הדרכון ותעודה מזהה של ארץ המקור

חתימת
המאשר ★

חתימת
המבקש ★

(מהדורה 05.2020)



0172629020101030520

עמוד 1 מתוך 1 דפים