

Application for Travel Insurance

Please complete and fax back to: 02-625-4655

Last Name:		שם משפחה
First Name:		שם פרטי
Address:		כתובת
I.D. Number:		תעודת זהות
Telephone No.:		מס. טלפון
Fax No.:		פקס
Email:		אי-מייל
Date of Birth:		תאריך לידה
Passport No.:		מס. דרכון
Dates Traveling:	From: _____ To: _____	תאריכי ביטוח
Do you require additional Baggage Insurance?	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	האם ברצונך להוסיף ביטוח מטען?
Do you belong to a Kupat Cholim?	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	האם יש לך קופת חולים?
Do you need pregnancy cover?	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	כיסוי להריון?
What week will you be in when you return?	Week: _____	שבוע בהריון בעת החזרה לארץ?
Do you have any pre-existing or chronic medical conditions?	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	האם אתה סובל ממחלהות כרונית כלשהי?
Details:		פרטים:
Are you taking medication?	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע?
Details:		פרטים:
Have you been hospitalized in the last 6 months?	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	האם אושפזת בששת החודשים האחרונים?
Details:		פרטים:

Credit Card Details פרטי כרטיס אשראי

Name:		שם:
No.:		מספר:
Expiry date:		תאריך פג:

Signature: _____ חתימה:

Date: _____ תאריך:

משרד : רחוב הלל 12, ירושלים Office : 12 Hillel Street, Jerusalem
מען למכתבים : ת.ד. 37051 ירושלים Postal Address: P.O.B 37051 Jerusalem

Tel: 972-2-623-2546 Fax: 972-2-625-4655
www.egertcohen.co.il travel@egertcohen.co.il