

Date:     /     /

אל: "הראל- יידיים" סוכנות לביטוח בע"מ,

בקשה לביטוח בריאות "הראל" לאורח/ת האוניברסיטה

בזה אני מבקש/ת לבטח את אורח/ת האוניברסיטה, אשר פרטיו/ה מופיעים להלן, לפי תנאי "הראל".

Country Issuing Passport:     : ארץ דרכון:	Passport No.:     : מס' דרכון:
Surname:     : שם משפחה (באנגלית):	First Name:     : שם פרטי (באנגלית):
Tel. No.:     : מס' טלפון:	Date of Birth: (dd/mm/yyyy)     : תאריך לידה:

**Dates of requested policy** (you must have health insurance for the duration of your stay by Israeli law)-

From: \_\_\_\_\_ to: \_\_\_\_\_

Total days: \_\_\_\_\_ Day premium: \_\_\_\_\_ Total payment: \_\_\_\_\_ \$

Health insurance can be paid by the applicant or from the supervisor's budget at BGU with the supervisor's permission.

- **Payment by:**  
International credit card / bank authorization/ bank transfer

Signature of the applicant: \_\_\_\_\_

Department: \_\_\_\_\_ Host: \_\_\_\_\_

- **For payment from the supervisor's budget:**

\_\_\_\_\_ : חיוב סעיף תקציבי שמספרו:

\_\_\_\_\_ : שם המבקש: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ חתימת המבקש:

\_\_\_\_\_ : מחלקה: