

האם הנך אזרח ארה"ב? (גם אם יש מספר אזרחויות שאחת מהן היא אזרחות ארה"ב, התשובה היא חיובית, ואם כן, אי אפשר לרכוש פוליסה זו)

This plan lists COVID-19 as covered in the policy.

Are you a US citizen?  No  Yes

בחר את מדינת המוצא (אפשר להתחיל להקליד ואז לבחור)

Tell us about your trip

Origin [?](#)

Destination [?](#)

Coverage Starts [?](#)

Coverage Ends [?](#)

Tell us about your travel

Number of Travelers

Date of Birth [?](#)

Select Origin

- Heard and McDonald Islands
- Honduras
- Hong Kong
- Hungary
- Iceland
- Indonesia
- Iran (Islamic Republic of)
- Iraq
- Ireland
- Isle of Man
- Israel**
- Italy
- Jamaica
- Japan
- Jersey
- Jordan
- Kazakhstan
- Kenya
- Kiribati
- Korea, Democratic People's Republic of

## תאריך ההתחלה של הביטוח (לכל המוקדם התאריך של יום למחרת הקניה)

Are you a US citizen?  No

**Note:** If you are a citizen of multiple countries, you must answer yes to the question about the United States, you must

Tell us about your trip

Origin

Destination

Coverage Starts

Coverage Start Date

August 2021						
Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
25	26	27	28	29	30	31
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1	2	3	4

בחר את תאריך סיום הביטוח (תאריך החזרה לארץ):

**Note:** If you are a citizen of multiple countries, you must answer yes to the question about the United States, you must

Tell us about your trip

Origin

Destination

Coverage Starts

Coverage Ends

Coverage End Date

October 2021						
Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
26	27	28	29	30	1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	1	2	3	4	5	6

ציין את מספר הנוסעים (אך ורק בני משפחה המתגוררים באותה כתובת שתאריך היציאה והחזרה שלהם זהה יצורפו בפוליסה אחת, בכל מקרה אחר יש לרכוש פוליסות נפרדות – אין הבדל במחיר בין פוליסה אחת למספר אנשים לבין מספר פוליסות נפרדות). אם מספר הנוסעים הוא יותר מ-1, שנה את מספר הנוסעים ולחץ ADD TRAVELERS


## Tell us about your travelers

Number of Travelers


 

בחר את תאריך הלידה של הנוסע הראשון. בכדי למנוע טעויות מומלץ לבחור את התאריך מהלוח שמופיע, למרות שניתן גם לכתוב תאריך, אך אם כותבים יש לכתוב בכתוב אמריקאי, דהיינו קודם מספר החודש, אחרי זה היום בחודש, ואחר זה השנה.



January 2001						
Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10

01/22/2001 


Date of Birth

Primary Traveler  

לחץ על GET A QUOTE לקבלת הצעות מחיר.

01/22/2001  

Date of Birth

Primary Traveler  

[View Plan Details](#) 

[Get A Quote](#) 

בחר את תקרת הביטוח הרפואי ואת סכום ההשתתפות העצמית. זכור: כל ביקור רופא בארה"ב יכול לעלות \$100 או יותר, בחירה בכל סכום השתתפות עצמית חוץ מ-\$0 פירושה שעל ביקור רופא תצטרך לשלם, הביטוח יכסה אם תהיה הוצאה רפואית גדולה כגון ניתוח ח"ו. ובשביל כיסוי להוצאות רפואיות גדולות, מומלץ מאוד להגדיל את סכום הביטוח שיהיה לא פחות מ-\$250,000 (Plan C), אבל כדאי מאוד לבדוק את המחירים לתקרת ביטוח גבוהה יותר, על כל צרה שלא תבוא!

★ Save

## Safe Travels USA

Primary Coverage

This plan lists COVID-19 as covered in the policy.

**Medical Max** ?

Plan E: Policy Max \$1,000,000
▼

שנה כאן את תקרת סכום הביטוח

**Deductible** ?

\$0
▼

בחר בהשתתפות עצמית \$0

**AD&D** ?

\$25,000 included
▼

אין שום צורך להגדיל כיסוי זה (כיסוי-למוות או אבדן איברים) (בתאונה)

Per person, per policy period.\*

וודא שפרטי הנסיעה נכונים (תאריך תחילת הביטוח ותאריך הסיום, גיל המבוטח, תקרת הביטוח וסכום השתתפות עצמית). אם הכל בסדר וברצונך להמשיך עם הרכישה, לחץ על הכפתור [Buy Now](#) אם יש צורך לשנות פרטים כלשהם לחץ על הכפתור [Edit My Quote](#)

Plan E: Policy Max \$1,000,000
▼

\$0
▼

\$25,000 included
▼

Per person, per policy period.\*

**Athletic Sports** ?

No
▼

**Home Country/Follow Me Home** ?

No
▼

**This policy includes**

Accident and Sickness Medical Expense	Up to the Policy Maximum Selected - COVID covered the same as any other sickness
Unexpected Recurrence of a Pre-Existing Condition	Included up to \$1,000
Wellness Visit	Up to \$75 for one wellness check- restrictions apply
Emergency Medical Evacuation	Up to \$2,000,000
Repatriation of Mortal Remains	\$50,000
Trip Interruption	\$5,000
Local Burial	Up to \$5,000
Accident Death and Dismemberment	\$25,000
Extendable	Up to 2 years
Worldwide Travel Assistance	Included

**Your Trip Details**

for 56 Days

My Quote # 833963

Coverage Starts 9/1/2021

Coverage Ends 10/26/2021

Origin IL ?

Destination US ?

Traveler Ages 20

✎ Edit My Quote

🖨️
Print

✉️
Email

View Plan Details ▶

Buy Now

הקלד את פרטי הנוסע באנגלית כפי שהם מופיעים בדרכון. רק השדות שליידם יש כוכבית אדומה הם שדות חובה, אין חובה למלאות שם אמצעי או מספר דרכון. יש לבחור במין הנוסע – MALE – זכר, FEMALE – נקבה.

### Traveler Information

Traveler 1 Age (20)

First Name *	Middle Name	Last Name *
<input type="text" value="Simcha"/>	<input type="text" value="Middle Name"/>	<input type="text" value="Israeli"/>
Date of Birth *	Gender *	Passport
<input type="text" value="01/22/2001"/>	<input type="text" value="Gender"/>	<input type="text" value="Passport"/>

Gender dropdown menu options: Gender, Female, Male

הקלד את כתובת המגורים בארץ באנגלית. בשדה STATE אפשר לכתוב N/A או NONE. מיקוד הוא שדה חובה. הקלד כתובת אימייל ומספר טלפון, ולחץ על Continue להמשיך.

### Primary Residence

Residential Address and Contact of Primary Insured (Where you currently live and call home)

Country *	Address *	
<input type="text" value="Israel"/>	<input type="text" value="25 Shamir Street"/>	
City *	State/Province *	Postal Code *
<input type="text" value="Jerusalem"/>	<input type="text" value="n/a"/>	<input type="text" value="12345"/>
Email *	Phone *	
<input type="text" value="Primary Email"/>	<input type="text" value="+972-50-123-4567"/>	

Reset

Continue

הקלד את פרטי כרטיס האשראי לתשלום (ויזה, מאסטרקארד, או אמריקן אקספרס), כתובת חיוב חשבון ואשר את תנאי השימוש ומדיניות הגנת הפרטיות. ולאחר מכן לחץ על המקש הירוק Complete Purchase

**Total Charge \$81.54** \* All form fields are required

### Credit Card Information

Credit Card Number ?      Expiration (MM/YYYY) ?      CVC/CVV ?

### Billing Information

Use Home Country Mailing Address \* Where you currently live and call home.

First Name  ✓      Last Name  ✓

Address  ✓      City  ✓

State/Province  ✓      Postal Code  ✓      Country

[Check here to indicate that you have read and agree to our \[Terms\]\(#\) and \[Privacy Policy\]\(#\).](#)

By completing this purchase, I acknowledge the following: If paying by credit card, I authorize Trawick Travel Inc. to debit my Discover, VISA, MasterCard or American Express account for the amount specified above. Coverage purchased by credit card is subject to validation and acceptance by the credit card company. Your payment information will be stored by a PCI-DSS compliant payment gateway. Total payment for the initial term of coverage requested must be entirely paid in U.S. dollars at time of application or prior to the Effective Date of Coverage. I understand this insurance contains a Pre-existing Condition exclusion, and other restrictions and exclusions. I understand that the information contained herein is a summary of the certificate and that I will receive my certificate upon acceptance by Trawick. I understand that Crum and Forster SPC, as underwriter of the plan, is solely liable for the coverage and benefits provided under the insurance. I understand and agree that the agent/ broker/representative, if any, assisting with this application is a representative of the Applicant. If signed by a representative of the Applicant, the undersigned warrants his/her capacity to so act. If signed as guardian or proxy of the

**Total Charge \$81.54** **Complete Purchase**

דקות ספורות לאחר השלמת הרכישה תקבל את פרטי הפוליסה בדואר אלקטרוני. ודא שוב שהפרטים נכונים, ולחץ על הכפתור ID CARD בכדי להנפיק ולהדפיס (או לשמור) את כרטיס הביטוח. הכרטיס חשוב ביותר לקבל שירות רפואי. על הכרטיס מופיע שם המבוטח, הכיסוי, ומספר הטלפון של החברה למקרי חירום.

Safe Travels USA


CRUS-900119

Certificate Number	[REDACTED]
Premium Paid	[REDACTED]
Effective Date	09/01/2021
Termination Date	10/03/2021
Home Country	Israel
Destination	United States of America

### Insured Under This Policy

User ID	Insured Person	Date of Birth	Print Documents
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	<a href="#">Visa Letter</a> <a href="#">Certificate</a> <a href="#">ID Card</a>

להלן דוגמא של כרטיס ביטוח

 First Health Network

GROUP NUMBER: CRUS-900119      MEMBER ID: [REDACTED]

INSURED NAME: [REDACTED]

DATE OF BIRTH: [REDACTED]

EFFECTIVE DATE: 9/1/2021      TERMINATION DATE: 10/3/2021

IN NETWORK DEDUCTIBLE - \$0

OUT of NETWORK DEDUCTIBLE - \$0

URGENT CARE CO-PAY \$30

PRESCRIPTIONS - PAY AND CLAIM - Out of Network Deductible applies

Contact Information:

Benefits/Eligibility/Claim Status	866-696-0409 Direct 251-926-0939
Provider Locator Assistance	800-226-5116
Provider Locator Website	<a href="http://www.firsthealthinternational.com">www.firsthealthinternational.com</a>

24 HOUR EMERGENCY ASSISTANCE/EVACUATION  
On Call International TOLL-FREE 888-699-1401 Direct 603-952-2075

**This card does not guarantee coverage. This policy provides automatic assignment of benefits to the provider.**

Electronic (EDI) Claims should be sent to Payor ID: **14829**

All claims with itemized bills including diagnosis, should be mailed to:  
Co-Ordinated Benefit Plans, LLC on behalf of Crum and Forster, SPC  
PO Box 21474  
Eagan, MN 55121

Insured by Crum and Forster, SPC

AH-2001 (04/20)