





אזרחים אמריקאים שמקום מגוריהם הקבוע הוא מחוץ לארה"ב (וגם כאלו שאינם אזרחים אמריקאים) יכולים לרכוש פוליסות של IMG. לבחירתכם שתי פוליסות IMG Patriot America Plus מאפשרת בחירת כיסוי בין \$50,000 ועד \$1,000,000 עד גיל 64, ותקרות ביטוח נמוכות יותר בגילאים מבוגרים יותר. ומכסה נסיעות לארה"ב בלבד.

פוליסה IMG Patriot Platinum נותנת אפשרויות לכיסוי גבוה יותר, ומעניקה כיסוי רפואי גם במדינות אחרות, ולא רק בארה"ב.

שתי הפוליסות הללו אינן מכסות נשים בהריון כלל וכלל, גם לא בשביל דברים שאינם קשורים להריון.

 <b>פוליסה למעוניינים בכיסוי גבוה</b> פוליסה IMG Patriot Platinum היחידה שנותנת כיסוי של \$1,000,000 בגילאי 65-69. אפשרויות עד \$8,000,000 מתחת לגיל 65	 <b>ביטוח עם מבחר רחב של רופאים בחיוב ישיר ע"י החברה</b> פוליסה IMG Patriot America Plus
<a href="#">קרא עוד +</a> <a href="#">מתאים לי</a>	<a href="#">קרא עוד +</a> <a href="#">מתאים לי</a>
 מכסה קורונה	 מכסה קורונה

ציין את גיל המבוטח או את תאריך הלידה (חודש, יום, שנה) ואת מין המבוטח (ת) MALE-זכר, FEMALE-נקבה.

Primary Insured's Age \*  At time of coverage start date - or - Primary Insured's Date of Birth \*  -  -

Primary Insured's Gender \*

[+ ADD SPOUSE](#)

להוספת בן/בת זוג לחץ ADD SPOUSE, להוספת ילדים לחץ ADD DEPENDENTS

[+ ADD DEPENDENT\(S\)](#)

בחר את תאריך תחילת הכיסוי (ניתן לרכוש את הכיסוי גם לאחר שהנסיעה החלה, אך התאריך המוקדם ביותר לתחילת הכיסוי הוא למחרת יום הרכישה):

<b>Length of Coverage</b>	<b>Start Date *</b>	<b>End Date *</b>																																																	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																	
<b>Country of Citizenship *</b>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">             &lt; September 2021 &gt;             <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>S</th><th>M</th><th>T</th><th>W</th><th>T</th><th>F</th><th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td> </tr> <tr> <td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td> </tr> <tr> <td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td> </tr> <tr> <td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>1</td><td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </tbody> </table> </div>		S	M	T	W	T	F	S				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	1	2	3	4	5	6	7	8	9
S	M	T	W	T	F	S																																													
			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	1	2																																													
3	4	5	6	7	8	9																																													
<b>Country of Residence *</b>	<input type="text"/>																																																		
<b>Primary Destination Country *</b>	<input type="text"/>																																																		

בחר את תאריך סיום הכיסוי

<b>Length of Coverage</b>	<b>Start Date *</b>	<b>End Date *</b>																																																	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																	
<b>Country of Citizenship *</b>	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;">             &lt; September 2021 &gt;             <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>S</th><th>M</th><th>T</th><th>W</th><th>T</th><th>F</th><th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>2</td><td>3</td><td>4</td> </tr> <tr> <td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td> </tr> <tr> <td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td> </tr> <tr> <td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td> </tr> <tr> <td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td><td>1</td><td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td> </tr> </tbody> </table> </div>		S	M	T	W	T	F	S					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	1	2	3	4	5	6	7	8	9
S	M	T	W	T	F	S																																													
				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	1	2																																													
3	4	5	6	7	8	9																																													
<b>Country of Residence *</b>	<input type="text"/>																																																		
<b>Primary Destination Country *</b>	<input type="text"/>																																																		

בחר את האזרחות של המבוטח (אם יש מספר אזרחויות ואחת מהן אמריקאית, חובה לבחור באזרחות אמריקאית)

**Country of Citizenship \***



--- Select a Country ---

--- Select a Country ---

United States

United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Ireland

Canada

-----

Afghanistan

Aland Islands

**Country of Residence \***

**Primary Destination Country \***

בחר את ארץ המגורים של המבוטח.

**Country of Residence \***



--- Select a Country ---

--- Select a Country ---

United States

United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Ireland

Canada

-----

Afghanistan

Aland Islands

**Primary Destination Country \***

בחר את ארץ היעד (בפוליסה Patriot America Plus ארץ היעד תהיה ארה"ב בלבד) בפוליסה Patriot Platinum הכיסוי הוא גם במדינות אחרות, אך אם ארה"ב היא אחת מהארצות הכלולות בנסיעה, יש לבחור ב- United States. לתשומת לבכם – אזרח ארה"ב שעובר להתגורר בארה"ב (להבדיל מביקור קצר) איננו יכול לרכוש פוליסה כזו, עליו לדאוג לביטוח רפואי אמריקאי כמו כל תושב ארה"ב, ולרכוש פוליסה הזמינה לרכישה באזור מגוריו בארה"ב.

<b>Length of Coverage</b>	<b>Start Date *</b>	<b>End Date *</b>
	<input type="text" value="01-Sep-2021"/>	<input type="text" value="10-Sep-2021"/>
<b>Country of Citizenship *</b>	<input type="text" value="United States"/>	
<b>Country of Residence *</b>	<input type="text" value="Israel"/>	
<b>Primary Destination Country *</b>	<input type="text" value="--- Select a Country ---"/>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>--- Select a Country ---</li><li>United States</li><li>United Kingdom of Great Britain and Northern</li><li>Ireland</li><li>Canada</li><li>-----</li><li>Afghanistan</li><li>Aland Islands</li></ul>	

לקבלת הצעות מחיר.

**SEE PRICES →**

לחץ על הכפתור הכתום

## Coverage Options

אם ברצונך להוסיף הרחבות לספורט אתגרי או הרחבה לפינוי רפואי גם במקרה שאין בו סכנת חיים, בחר בהרחבה הרצויה

Selected Coverage Options:

- Adventure Sports Rider ?
- Evacuation Plus Rider ?

ספורט אתגרי

פינוי רפואי גם במקרים שאין סכנת חיים

מופיעה טבלה עם סיכום הביטוח המבוקש ואפשרויות כיסוי. בחלק העליון מופיע גיל המבוטח ומשך הנסיעה. אם צריך לשנות משהו לחץ EDIT. בטבלה מופיעות אופציות שונות (טורים) של כיסוי (מהנמוך בצד שמאל לגבוה בצד ימין) זהו המקסימום אותו החברה תשלם במקרה של הוצאות רפואיות בשל מחלה או תאונה. ואופציות שונות (שורות) של השתתפות עצמית (זהו הסכום אותו תצטרכו לשלם מכיסכם על הוצאות רפואיות, לפני שתהיו זכאים לתשלום או החזר מחברת הביטוח)

Preferred Currency: USD	Payment Frequency: One-Time Payment	Term: 10 Day(s) <a href="#">(Edit)</a>
----------------------------	--	---

Please click on a premium amount to purchase that coverage type.

Deductible	Maximum Limit 50,000	Maximum Limit 100,000	Maximum Limit 500,000	Maximum Limit 1,000,000
	Premium Amounts	Premium Amounts	Premium Amounts	Premium Amounts
\$ 0	<input type="radio"/> \$16.13	<input type="radio"/> \$20.38	<input type="radio"/> \$29.00	<input type="radio"/> \$31.63
\$ 100	<input type="radio"/> \$14.19	<input type="radio"/> \$17.93	<input type="radio"/> \$25.52	<input type="radio"/> \$27.83
\$ 250	<input type="radio"/> \$12.90	<input type="radio"/> \$16.30	<input type="radio"/> \$23.20	<input type="radio"/> \$25.30
\$ 500	<input type="radio"/> \$11.61	<input type="radio"/> \$14.67	<input type="radio"/> \$20.88	<input type="radio"/> \$22.77
\$ 1,000	<input type="radio"/> \$10.32	<input type="radio"/> \$13.04	<input type="radio"/> \$18.56	<input type="radio"/> \$20.24
\$ 2,500	<input type="radio"/> \$9.03	<input type="radio"/> \$11.41	<input type="radio"/> \$16.24	<input type="radio"/> \$17.71

ההמלצה החד-משמעית שלנו היא לרכוש פוליסה עם השתתפות עצמית \$0 (אחת האופציות בשורה העליונה), וכיסוי הכי גבוה המוצע לכם (תלוי בגיל, בגילאים מסויימים יש מגבלות על סכום הביטוח) בו אתם יכולים לעמוד במחיר, אלא אם כן רוכשים פוליסה לזמן ארוך יחסית במחיר גבוה, ואז ניתן לשקול הגדלת השתתפות עצמית. יש לזכור שכל ביקור הכי קטן במרפאה יכול לעלות \$100 ויותר. פעמים רבות החסכון שתקבלו על-ידי רכישת פוליסה עם השתתפות עצמית גבוהה מ-\$0 יתבזבז ברגע שיהיה צורך ללכת אפילו פעם אחת לרופא.

יש לזכור גם שעלויות אשפוז וניתוחים בארה"ב הם מהגבוהים בעולם. במקרה של ניתוח ואשפוז ח"ו, העלות יכולה לעבור את ה-\$100,000 די מהר.

לאחר שבחרתם בכיסוי הרצוי במסך הקודם. תעברו לשלב הרכישה בפועל.  
יש לכתוב את שם המבוטח כפי שמופיע באנגלית בדרכון:

## Primary Insured Information

**First (Given Name) / Last Name  
(Surname) \***

First Name



Last Name

תאריך הלידה (חודש, יום, שנה)

**Date of Birth \***

Month ▼

Day ▼

Year ▼

מין הנוסע (MALE – זכר, FEMALE – נקבה)

**Gender**

Male ▼

יש אפשרות לכתוב מספר זהות או מספר דרכון אך אין בכך צורך או תועלת. אנו ממליצים להשאיל את השדה הבא ריק.

**Government Issued ID Number** ?

וודא שתאריכי הנסיעה נכונים:

## Important Dates

**Requested Coverage Effective Date \***

01-Sep-2021



**Requested Expiration Date \***

10-Sep-2021



יש למלא את כתובת המגורים בארץ המוצא. השדות שלידם כוכבית (\*) הם שדות חובה, והם: רחוב ומספר בית, עיר, מיקוד, ארץ, מספר טלפון, מספר טלפון נייד, מספר פאקס, כתובת אימייל, חזרה על כתובת אימייל.

## Residence Address

**Address \***

**Address 2**

**City \***

**County/Region**

**State/Province**

--- Select a State or Province --- ▼

(U.S. & Canada Only)

**Zip/Postal Code \***

**Country \***

Israel ▼

**Telephone \***

**Mobile/Other Telephone**

**Fax**

**Email Address \*** 

**Re-Type Email Address \***

**Other Email Address**

להמשיך לעמוד הבא להשלמת הרכישה.

CONTINUE →

גלול כלפי מטה, ולחץ על

להמשיך.

CONTINUE →

ניתנת אפשרות נוספת להוסיף הרחבות. לחץ

CONTINUE →

סיכום פרטי הרכישה (פרטי הנסיעה, פרטי המבוטח וכו' והמחיר) מוצגים שוב לאישור. לחץ

בחר את אופן התשלום (מחוץ לארה"ב – ויזה, מאסטרקארד או אמריקן אקספרס)

## Payment Information

Payment Type \*

--- Select Payment Type ---

--- Select Payment Type ---

American Express

Discover

Echeck

Mastercard

Visa

**SUBSCRIPTION.** The undersigned on behalf of [redacted] warrants it is signing on his/her own behalf of [redacted] Trust, c/o MutualWealth Management Group, Insurance Corporation (the Company) on the behalf of [redacted] Medical Group, Inc. (IMG). The applicant(s) u

on, a  
plies  
quest  
ny's a  
emp



הקלד את פרטי הכרטיס (שם על הכרטיס, מספר הכרטיס, תוקף, ושלוש ספרות בגב הכרטיס עבור ויזה ומאסטרכארד או ארבע ספרות בקדמת הכרטיס עבור אמריקן אקספרס, ושוב את שלוש או ארבע הספרות)

## Credit Cards

Name on Credit Card \*

Card Number \*

Expiration Date \*

Card Security Code \* 

Re-Type Card Security Code \*

אם כתובת חיוב החשבון של כרטיס האשראי זהה לכתובת המגורים של המבוטח, בחר ב-COPY FROM

## Billing Address

Copy From

Address \*

אם כתובת חיוב החשבון של כרטיס האשראי שונה מכתובת המגורים של המבוטח, הקלד את פרטי כתובת החשבון (רק השדות שלידם כוכבית: מספר בית ורחוב, עיר, מיקוד, ארץ, מספר טלפון).

## Billing Address

**Copy From**

--- Select an Address ---

**Address \***

**Address 2**

**City \***

**County/Region**

**State/Province**

--- Select a State or Province ---

(U.S. & Canada Only)

**Zip/Postal Code \***

**Country \***

--- Select a Country ---

**Telephone \***

אשר את תנאי הגנת הפרטיות ואשר את חיוב כרטיס האשראי. הקלד את שמך בתור חתימה

I agree to the processing of my personal information to provide the services I have purchased, including to administer claims, and to receive member communications, in accordance with IMG's [Privacy Policy](#).

I agree to receive relevant information and other communications from IMG about insurance coverages and service options. I understand that I can withdraw my consent at any time.

Signature of Applicant, Guardian, or Proxy (Required):

By checking this box, I agree to have my credit card or applicable account charged 58.00 USD and I have read and agree to all terms, conditions, and other statements on this page.



Simcha Israeli

להשלמת הרכישה.

CONTINUE →

לחץ

תוך זמן קצר תקבל אימייל שנראה דומה לדוגמא הבאה. יש ללחוץ על הקישור ID CARD

		<b>DECLARATION OF MEDICAL INSURANCE</b>	
<b>Certificate Number:</b>	[REDACTED]	<b>Certificate Type:</b>	0521
<b>Product Type:</b>	Patriot America Plus	<b>Premium:</b>	54.40 USD
<b>Effective Date:</b>	01-Sep-2021	<b>Adventure Sports:</b>	No
<b>Expiration Date:</b>	05-Oct-2021 12:01 AM EST	<b>Evacuation Plus Rider:</b>	No
<b>Deductible:</b>	0.00 USD		
<b>Maximum Limit:</b>	[REDACTED]		
<b>Supplemental Accidental Death:</b>	0.00 USD		
These amendments shall at all times be subject to the full terms, conditions, definitions, and exclusions contained in the certificate.			
<b>Insured Person(s)</b>	<b>Insured ID</b>	<b>Date of Birth</b>	<a href="#">ID Card</a>
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	
<b>Residence Address:</b>	[REDACTED]		
<b>Phone:</b>	[REDACTED]		
<b>Administered By:</b>	INTERNATIONAL MEDICAL GROUP, INC. as agent for the Insurer		
<b>Insurer:</b>	Sirius Specialty Insurance Corporation		
In witness whereof this certificate has been signed, as authorized by the insurer, by			
			

בדפדפן שנפתח יש להקליד את ה-Certificate Number שמופיע בהודעת האימייל שקבלת (מתחיל באותיות PA) וללחוץ על SEARCH

Please select an option for verifying your account. \*

- Certificate or Group Number
- Insured or Member ID

PATA [REDACTED]

SEARCH

הקלד את תאריך הלידה של המבוטח בפורמט ששש/יי/חח (שתי ספרות של החודש, שתי ספרות של היום בחודש, ארבע ספרות של השנה) ניתן גם ללחוץ בתוך השדה ולבחור מתוך הלוח שנפתח, ולחוץ SEARCH

Please select an option for verifying your account. \*

- Certificate or Group Number
- Insured or Member ID

PATA [REDACTED]

Please enter your Date of Birth \*

MM/DD/YYYY



Date of Birth is required.

SEARCH

CLEAR

יש ללחוץ על הקישור PDF בשורה השניה בה מופיע שם המבוטח ואחריו הכיתוב ID Card

Personal Documents

Insured	Description	Effective Date	Expiration Date	Actions
[REDACTED]	Visa Letter	09/01/2021	10/05/2021	PDF Email
[REDACTED]	ID Card	09/01/2021	10/05/2021	PDF Email
	Declaration Page	09/01/2021	10/05/2021	PDF Email

כרטיס הביטוח ירד למחשב/טלפון על מנת לשמור ו/או להדפיס. את הכטיס הזה יש להציג בעת הצורך בשירותים רפואיים. כמו"כ על הכרטיס מספרי טלפון חשובים לשירות חירום 24/7 ושירות לקוחות. אם שואלים במרפאה איזה ביטוח יש, התשובה היא **UnitedHealthcare**. דוגמא של כרטיס ביטוח:




UnitedHealthcare Options PPO

Health Plan (80840)    911 87601 04    Group Number:    76570070

Member ID: [REDACTED]    Payor ID:    USN01

---

Insured: [REDACTED]

Insured Effective Date: [REDACTED]

IMG Insured ID: [REDACTED]

IMG Certificate Number: [REDACTED]

Possession of this card does not guarantee coverage.



Points of Care  
Discount

Bin No.:    610020

Rx Group #:    IMG427

PCN#:    URX001

Pharmacy Help Desk  
800.329.0988

This plan contains precertification requirements. Failure to comply will result in a reduction of benefits.

MEMBER SERVICES:

Telephone: +1.317.655.4500

Email: customercare@imglobal.com

Website: www.imglobal.com (Live Chat available)

Online Provider Network: www.imglobal.com/provider

PROVIDER SERVICES (all inquiries):

For providers in the USA:

Telephone: 1.888.543.1238

Website: www.usnetworksuhc.com

Mail Claims to:

UHC Global  
PO Box 30526  
Salt Lake City, UT 84130-0526

For providers outside the USA:

Telephone: +1.317.655.4500  
Fax: +1.317.655.4505

Mail Claims to:

International Medical Group, Inc.  
Claims Department  
PO Box 9162  
Farmington Hills, MI 48333-9162

