

عرض للتأمين في

Meno Medic Top /Top Tourists

הצעה לביטוח עובדים זרים/תיירים

א. تفاصيل المرشح للتأمين
(يجب تعبئة جميع التفاصيل المطلوبة)

א. פרטי המעומדים לביטוח
(חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים)

שם המעסיק: _____ ת.ז. של המעסיק: _____
כתובת המעסיק: _____
اسم المشغل: _____ رقم هوية المشغل: _____
عنوان المشغل: _____

רחוב מספר עיר מיקוד טלפון
شارع رقم المدينة ميكود هاتف

<p>נא סמן את הענף בו הנך מועסק בישראל ○ סיעוד ○ בניה ○ חקלאות ○ אחר פרט: _____ האם הנך בעל רישיון תקף לעסוק בענף הסיעודי בישראל, ו/או היה בידך רישיון לעסוק בענף הסיעודי במהלך 12 החודשים האחרונים, - ○ לא ○ כן במידה והתשובה חיובית יש לציין את המועד בו קיבלת לראשונה את ההיתר לעסוק בענף הסיעוד _____ الرجاء الإشارة إلى مجال العمل الذي تمارسه في اسرائيل ○ تمريض ○ بناء ○ زراعة ○ آخر فصل: _____ هل لديك رخصة سارية المفعول للعمل في المجال التمريضي في اسرائيل، و/أو لديك رخصة للعمل في المجال التمريضي خلال 12 شهراً الأخيرة، - ○ لا ○ نعم في حال كانت الإجابة بنعم يجب الإشارة إلى التاريخ الذي حصلت فيه لأول مرة على تصريح للعمل في مجال التمريض _____</p>	
<p>نموذج عرض تأمين من أجل ○ شخص أجنبي حصل على تصريح عمل رسمي في إسرائيل ○ سائح ○ عامل أجنبي في إسرائيل غير حاصل على تصريح</p>	
<p>نوع العرض ○ بوليصة أولى ○ تمديد للبوليصة رقم _____</p>	
<p>אנא الموقع אדנא, אطلب بهذا أن يتم تأميني أنا وأفراد من عائلتي (مدرجون أدناه) بواسطة بوليصة التأمين Meno Medic Top/ Top Tourists, للفترة من: (يوم/شهر/سنة) ____/____/____ حتى: (يوم/شهر/سنة) ____/____/____</p>	
<p>اسم عائلة المؤمن الاسم الشخصي تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة) ذكر/أنثى ____/____/____</p>	<p>دولة المنشأ (الجنسية) رقم جواز السفر</p>
<p>عنوان سكن المؤمن شارع رقم المقاطعة المدينة الرمز البريدي الدولة رقم الهاتف عنوان المؤمن في اسرائيل</p>	
<p>الرقم المقاطعة المدينة</p>	<p>الرمز البريدي الدولة رقم الهاتف</p>
<p>האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? ○ כן ○ לא תקופת הביטוח: _____ מטרת הביקור: _____ חברת הביטוח: _____</p>	<p>هل تم تأمينك في السابق بتأمين صحي في إسرائيل ○ لا ○ نعم فترة التأمين: _____ غرض الزيارة: _____ شركة التأمين: _____</p>
<p>האם אתה מעשן או עישנת בעבר? ○ כיום ○ בעבר מתי הופסק _____ כמות ותדירות _____</p>	<p>هل أنت مدخن أو دخنت في السابق? ○ مدخن ○ دخنت سابقاً متى أقلعت عن التدخين _____</p>

ב. **הצהרת בריאות** (למען הפשטות מנוסחת הצהרה זו בלשון זכר, אך היא מכוונת לבני שני המינים).
נא לענות על כל השאלות שלהלן.
לכל שאלה יש לסמן ✓ בתשובה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, רשום בשורת "פירוט הממצאים החיוביים" או מספר השאלה ואת הפירוט.

ב. **הצהרת בריאות** (למען הפשטות מנוסחת הצהרה זו בלשון זכר, אך היא מכוונת לבני שני המינים).
נא לענות על כל השאלות שלהלן.
לכל שאלה יש לסמן ✓ בתשובה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, רשום בשורת "פירוט הממצאים החיוביים" או מספר השאלה ואת הפירוט.

שאלות כלליות על מצב רפואי	נעם כן	לא	אסئلة عامة حول الحالة الصحية
1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג			1. الطول _____ متر الوزن _____ كغم
2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?			2. هل طرأ أي تغيير على وزنك (5 كغم فما فوق) خلال الاثني عشر شهراً الأخيرة (ليس ناجماً عن حمية غذائية)?
3. האם אתה צורך אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה / יין או משקה אלכוהולי אחר?			3. هل تتناول الكحول حالياً أو تناولتها في السابق - أكثر من كأس واحد في اليوم من البيرة / النبيذ أو مشروب كحولي آخر? استبيان الكحول
4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר?			4. هل تعاطيت المخدرات في الحاضر أو في الماضي? استبيان المخدرات
5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?			5. هل أجريت خلال العشر سنوات الأخيرة عملية جراحية أو تم توصيتك بإجراء عملية جراحية?
6. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איזה, מתי, סיבה _____			6. هل مكثت خلال العشر سنوات الأخيرة في مستشفى أو في مؤسسة طبية? ما هي، متى وما هو السبب _____ ارفق تقارير المرض ومعلومات محدثة
7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.			7. هل تتناول أدوية بشكل منتظم بسبب مرض مزمن? فصل اسم الدواء وسبب تناوله
8. בדיקות אבחנתיות: האם עברת ב-10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מהבדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, CT, MRI, אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע			8. فحوصات تشخيصية: هل أجريت خلال السنوات العشر الأخير أو أوصي لك بإجراء واحد أو أكثر من الفحوصات التالية: قسطرة، صورة للقلب، أيكو للقلب، CT، MRI، منظار، فحص لتشخيص ورم خبيث، خزعة، أو دم خفي? إذا كانت الإجابة نعم، فصل نوع الفحص، التاريخ، نتائج الفحص وسبب إجراء الفحص
9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?			9. هل وصلك إشعار خلال 10 الأشهر السابقة من بنك الدم في أعقاب تبرع سنوي بالدم?
10. היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחים, אחיות) או בחננו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סכרת, כליות פוליצסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת הפרקינסון ומחלת האלצהיימר. פרט למי וגיל האבחנה			10. التاريخ العائلي: هل بحسب معلوماتك تم لدى أي من أقاربك (أب، أم، أخوة، أخوات) تشخيص أي من الأمراض التالية: أمراض قلب، سكتة دماغية، سرطان القولون، سرطان المبيض، سرطان الثدي، السكري، تكيس الكلى، تصلب المتعدد، ضمور العضلات، مرض هنتنغتون، أمراض نفسية، مرض الباركنسون أو مرض الزهايمر . فصل من تم تشخيص المرض لديه وفي أي سن
11. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?			11. هل تعاني من معيقات عند القيام بإحدى النشاطات التالية: الوقوف، الاستلقاء، خلع الملابس، ارتداء الملابس، الاغتسال، الأكل والشرب، السيطرة على الإخراج، المشي?
12. נכות ומום מולד- האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי ו/או הינך נמצא באי כושר עבודה כעת? שאלון נכות			12. الاعاقة والتشوّهات الخلقية - هل حددت لك نسبة إعاقة (اليوم أو في الماضي) وذلك نتيجة عيب خلقي أو مكتسب، إصابة، سبب طبي? هل أنت موجود ضمن إجراءات تحديد نسبة إعاقة و/أو حصلت على باعتراف إعاقة من التأمين الوطني و/أو أنك موجود ضمن وضع عدم القدرة على العمل حالياً? استبيان الإعاقة

מס' דרכון _____ **رقم جواز السفر**

פירוט ממצאים חיוביים _____ **تفاصيل المعطيات الايجابية**

שאלות על מחלות	נע כן	לא	אסئلة حول الأمراض هل تم تشخيص أي من الأمراض و/أو الاضطرابات و/أو المشاكل الصحية المذكورة أدناه لديك خلال حياتك؟
13. מחלת לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), אוטם שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. יתר לחץ דם, כלי דם, קרשי דם, דליות בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים. שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם ושאלון מחלות לב וקרשיה			13. القلب والدم أمراض القلب، الذبحة الصدرية، احتشاء عضلة القلب، اضطراب في نظم القلب، مشاكل في صمامات القلب، أمراض قلب خلقية، اعتلال عضبة القلب أو التامور. ارتفاع ضغط الدم، الاوعية الدموية، تجلط الدم، الدوالي، اضطرابات في الدورة الدموية، تضيق الشرايين. استبيان القلب، الاوعية الدموية وارتفاع ضغط الدم واستبيان أمراض القلب والتجلط
14. מערכת עצבים והמח טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, התכווציות (אפילפסיה), T.I.A., אירועי מוחי, שטף דם במוח(C.V.A), רעד, הפרעות בשיווי משקל, פרקינסון. שאלון מערכת העצבים			14. الجهاز العصبي والدماغ التصلب المتعدد، ضمور العضلات، الشلل، التشنجات (الصرع)، T.I.A., سكتة دماغية، نزيف دماغي (C.V.A)، الرعاش، اضطرابات في التوازن، باركنسون (شلل رعاشي). استبيان الجهاز العصبي
15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית			15. اضطرابات نفسية مشخصة ومحاولات انتحار استبيان الأمراض النفسية
16. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזימה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה			16. المجاري التنفسية الربو، التهاب الشعب الهوائية المزمن، وانتفاخ الرئة، السل، نخر الدم، عدوى متكررة في المجاري التنفسية. استبيان المجاري التنفسية / الربو
17. דרכי העיכול והכבד אולקוס (כיב קיבה או טרסריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד			17. الجهاز الهضمي والكبد قرحة (قرحة المعدة أو الاثني عشر)، حرقه، التهاب الأمعاء المزمن، نزيف في الجهاز الهضمي، البواسير، مشاكل في المستقيم، أمراض الكبد المزمنة، اليرقان، حصي المرارة، التهاب البنكرياس، التهاب الكبد (الفيروسي أو غيره) استبيان الجهاز الهضمي واستبيان اليرقان والكبد
18. כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליות, בלוטת הערמונית שאלון כליות ודרכי השתן, שאלון ערמונית ואשכים(לגברים)			18. الكلية والمسالك البولية حصي الكلية، التهابات في الكلية، تشوهات في المسالك البولية، دم أو بروتين في البول، تكيس الكلية، اضطرابات في وظائف الكلية، غدة البروستات. استبيان الكلية والمسالك البولية، استبيان البروستات والخصيتين (للرجال)
19. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יתרת הכליה, ציסטות בכליה, יתרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים). שאלון סוכרת, שומנים בדם ובלוטות המגן			19. أمراض الايض والغدد الصماء مرض السكري، اضطرابات الغدة الدرقية، الغدة الكظرية، تكيس الكلية، الغدة النخامية والغدة الأخرى، ارتفاع الدهون في الدم (كولسترول، تريغليسيريد). استبيان السكري والدهون في الدم والغدة الدرقية
20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריון. שאלון בעיות בעור			20. الأمراض الجلدية والتناسلية الزهري، الهربس، أورام الجلد، الشامات، الثآليل و/ ومشاكل العقم و / أو مشاكل الخصوبة. استبيان المشاكل الجلدية
21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים יש לצרף דוחות ופתולוגיה			21. الأمراض الخبيثة، الورم/الأورام الخبيثة أو الحميدة، الأورام الحميدة. فصل نوع وطريقة العلاج يجب ارفاق تقارير الأمراض
22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים			22. الأمراض المعدية، أمراض جهاز المناعة، شلل الأطفال، الأمراض التناسلية والايذ / حامل لفايروس HIV يجب ارفاق تقارير طبية
23. פרקים ועצמות- דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה			23. المفاصل والعظام – التهاب المفاصل، النقرس، آلام الظهر أو العنق، انزلاق غضروفي، الكتفين، الركبتين، أمراض العظام. استبيان الأمراض الروماتيزمية والأنسجة الضامة واستبيان الظهر والعמוד الفقري
24. עיניים- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. שאלון עיניים			24. العيون – اعدام عدسة العين (كتاراكت)، مياه زرقاء (غلوكوما)، الحول، العمى، اعتلال الشبكية، مشاكل في القرنية، اضطرابات في الرؤية، رقم الانكسار استبيان العيون
25. אף אוזן גרון- דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. שאלון אף/אוזן/גרון			25. أنف آذن وحنجرة – التهابات متكررة في الحلق أو الأذنين، التهابات في الجيوب الأنفية، اضطرابات في السمع، متلازمة انقطاع التنفس خلال النوم. استبيان الأنف / الأذن / الحنجرة
26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים			26. فتق (تمزق فتقي) - من جدار البطن، الفخذ/المنفرج، من الندوب الجراحية، فتق سري وفتق الحجاب الحاجز. يجب ارفاق التقارير الطبية
27. לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים: אי סדירות בווסת, בעיות פריות, דימומים וגושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גניקולוגית (כגון PAP) האם את בהריון? מה מספר העוברים? האם סבלת מבעיות בהריונות או בהריון הנוכחי? האם ילדת בניתוח קיסרי? שאלון נשים			27. للنساء فقط: هل تعانين أو عانيت في السابق من أمراض خاصة بالنساء: عدم انتظام الطمث، مشاكل في الخصوبة، نزف أو كتل في الثديين، مشاكل في الرحم والمبيضين، نتائج غير سليمة لفحوصات نسائية (مثل PAP) هل أنت حامل؟ ما هو عدد الأجنة؟ هل عانيت من مشاكل خلال حمل سابق أو في هذا الحمل؟ هل ولدت بجراحة قيصرية؟ استبيان النساء

מס' דרכון _____ רמק גזאז הספר

פירוט ממצאים חיוביים _____ תפאסיל המעטיות האיגיביות

ג. המעטיות تصريح طالب العرض / المرشح للتأمين

אנא الموقع أدناه، المرشح للتأمين، أطلب بهذا من تأمين المرشح للتأمين بحسب التسجيل في هذا النموذج (فيما يلي: "العرض")

أصرح بهذا أنني أوافق وألتزم بما يلي:

- جميع الإجابات المفصلة في العرض و/أو في التصريح الطبي هي صحيحة وكاملة، ولم أخفي عن شركة التأمين أي تفصيل من شأنه أن يؤثر في قرارها بالموافقة على عرض التأمين.
- الإجابات المفصلة في العرض وجميع المعلومات الأخرى المكتوبة التي تستلم لشركة التأمين من قبلي وكذلك الشروط المقبولة لدى شركة التأمين في هذا السياق تشكل شروطاً لعقد التأمين بيني وبين شركة التأمين وستكون جزءاً لا يتجزأ منه.
- أقر وأوافق بهذا على أن قبول أو رفض عرضي هذا يعتمد على القرار الحصري لشركة التأمين ويحق لها أن تقبل العرض أو ترفضه وفق تعليمات القانون.
- أقر أن جميع التصريحات المتعلقة بولدي/أولادي القاصر/ين تم تسليمها من قبل بصفتي الوصي الطبيعي عنه/عنهم.

أنا أعلم أنه:

- لن أكون مستحقاً للخدمات الطبية الواردة في البوليصة إن كانت الحالة الطبية التي تمثل الحالة التأمينية، والتي بسببها احتاج / هناك حاجة للخدمة الطبية، ناجمة عن حالة صحية سبقت تاريخ بدء فترة التأمين بحسب البوليصة وإذا توفر أحد الشرطين التاليين:
 - وافقت على أن الحالة التأمينية التي تمثل المشكلة الطبية التي احتاج بسببها للخدمة ناجمة عن حالة طبية سابقة.
 - صادق الطبيب بحسب المعطيات المطروحة أمامه على أن المشكلة الطبية التي احتاج بسببها للخدمة ناجمة عن حالة صحية سابقة.
- برغم ما هو مذكور في البند 1 أعلاه، إذا مرت 3 سنوات على تاريخ 17.10.2001 أو على الموعد الأول، المتأخر من بينهما، فلن تسري التحديدات التي ذكرت أعلاه. كذلك لن تسري التحديدات على تقديم الخدمات الطبية بسبب حالة صحية سابقة، إذا مكثت خارج إسرائيل بعد الموعد الأول (فيما يلي: "مكوث")، لفترة أو فترات تزيد عن 90 يوماً متواصلة، أو أكثر من 120 يوماً متواصلة إذا كان المكوث بين فترات تشغيل لدى نفس المشغل، ويحتسب الموعد الأول هو الموعد الأول بعد المكوث الذي كنت فيه مؤمناً بتأمين طبي.
- في الحالة التي احتاج فيها إلى الخدمات الطبية بحسب البوليصة نتيجة حالة طبية طارئة: في هذه الحالة تقدم لي هذه الخدمات لفترة محدودة بحيث يتم علاجي لايصال حالتي الصحية إلى الاستقرار من أجل التمكن من نقلتي لمواصلة علاجي خارج إسرائيل، ولمدة 30 يوماً بعدها فقط.

د. تنازل عن السرية الطبية

- أنا الموقع أدناه اعفي بهذا جميع المؤسسات الطبية، وجميع المختبرات الطبية، وجميع اللجان الطبية وجميع العاملين الطبيين وغيرهم، من مسؤولية الحفاظ على السرية الطبية وغيرها أمام "منوراه مفتاحيم للتأمين م.ض." (والتي ستدعى فيما يلي: "منوراه").
- أعطي بهذا تصريحاً لجميع المذكورين أعلاه - بشمل اللجان الطبية التابعة لمؤسسة التأمين الوطني، صناديق التأمين، وزارة الصحة، لجنة الصحة اللوائية، سلطات جيش الدفاع الاسرائيلي، وزارة الدفاع، وأي مؤسسة أو جهة أخرى لم تذكر في هذا المکتوب - وكذلك لجميع شركات التأمين التي كنت مؤمناً لديها في السابق أو التي أنا مؤمن فيها حالياً، بتزويد "منوراه" أو أي وكيل عنها - كلهم معاً أو أي منهم بمفرد - جميع التفاصيل، دون أي استثناء، حول حالتي الصحية وحول أي مرض أصبت به في السابق و/أو يمكن أن أصاب به في المستقبل، تقارير الترقيد و/أو التقارير الطبية و/أو قائمة الأطباء الذين زرتهم و/أو تاريخ انضمامي لصندوق المرضى.
- التنازل عن السرية الطبية ساري كلما تطلبت الحاجة من أجل الاستفسار عن الحقوق والواجبات النابعة عن هذه البوليصة ولن تتوجه شركة التأمين للحصول على معلومات طبية سوى في حالات الطوارئ الطارئة.
- أصرح بهذا لجميع شركات التأمين و/أو المؤسسات الأخرى أن تزود "منوراه" بجميع المعلومات و/أو الوثائق و/أو بوليصات التأمين المطلوبة من قبلها.
- أعطي بهذا تصريحاً ل"منوراه" لتزويد معلومات طبية أو شخصية أو غيرها لمقدمي الخدمات الطبية ذات العلاقة بها من أجل تقديم الخدمات بحسب البوليصة.
- أصرح بهذا أنه لن يكون لي أي دعوى أو ادعاءات من أي نوع ضد المذكورين أعلاه فيما يتعلق بتزويد التفاصيل المذكورة لـ"منوراه" أو لأي شخص من طرفها - جميعهم معاً أو كل منهم بمفرد.
- طلبي هذا صالح وفق قانون حماية الخصوصية لعام 1981 وهو يسري على جميع المعلومات الطبية أو غيرها والموجودة في مصادر المعلومات التابعة لجميع المؤسسات، بما فيها صناديق المرضى و/أو أطباؤهم و/أو العاملين لديهم و/أو أي شخص من قبلهم و/أو مقدمي الخدمات المفصلين أعلاه.
- مكتوب التنازل هذا ملزم لي، ولورثتي، وأي وكيل عني بحسب القانون ولأي شخص ينوب عني.
- مكتوب التنازل هذا يسري على ولدي/أولادي القاصر/ين المذكورة أسمائهم، إن ذكرت في هذا العرض.

أقر بهذا أنني قرأت وفهمت ما هو مذكور في هذا العرض، بما فيها التعهدات الواردة فيه.

findings הצהרת המבקש/ המועמד לביטוח

אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: "הצהרה")

אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות המפורטות בהצהרה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.
- התשובות המפורטות בהצהרה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה יישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר בזרה כי קיבלה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתי הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.
- אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילד/י הקטין/נים נמסרו על ידי כאפוטרופוס טבעי שלו/הם.

ידוע לי כי:

- לא אהיה זכאי לשירותי בריאות בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בגינו אדקק/נזקק לשירותי הבריאות, נובע ממצב רפואי שקדם למועד יום תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה ואם נתקיים אחד משני אלה:
 - אישרתי כי מקרה הביטוח המהווה הבעיה הרפואית בשלה אני נזקק לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.
 - רופא אישר על פי הממצאים שלפניו כי הבעיה הרפואית שבשלה אני נזקק המבוטח לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.
- על אף הקבוע בסעיף 1 לעיל, אם חלפו 3 שנים 17.10.2001 או מהמועד הראשון, המאוחר מבין השניים, לא יחולו לגבי המגבלות שצוינו לעיל. בנוסף לא יחולו הגבלות למתן שירות רפואי עקב מצב רפואי קודם, אם שהייתי מחוץ לישראל, לאחר המועד הראשון (להלן: "שהיה"), תקופה או תקופות העולות על 90 ימים רצופים, או על 120 ימים רצופים אם שהייה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מביד יראו כמועד הראשון את המועד הראשון לאחר שהייה שבו הייתי מבטוח בביטוח רפואי.
- במקרה בו אהיה זקוק לשירותי בריאות שעל פי הפוליסה עקב מצב חירום רפואי: במקרה זה ייתנו לי שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במהלכה אייצב מבחינה רפואית על מנת לאפשר העברתי להמשך טיפול בי מחוץ לישראל, ולמשך תקופה של 30 יום לאחריה בלבד.

ד. יתור כל סודיות רפואית

- אני החתום מטה משררר בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ואחרת כלפי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (שתקרא להלן- "מנורה")
- הריני נותן בזה שרות לכל המנויים לעיל- כולל הוועדות הרפואיות על המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרדי הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל, משרד הביטחון, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה- וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי בעבר או שאני מבטוח בהן בהווה, למסור ל"מנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד- את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאחלה בה בעתיד, דו"חות אשפוז ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי ו/או תאריך הצטרפתי לקופת חולים.
- היתור על סודיות רפואית יהיה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכיות וחובות המוקרנות על פי פוליסה זו והמבטח לא יפנה לקבלת מידע רפואי אלא במקרה חירום רפואי.
- הריני מאשר לכל חברות הביטוח ו/או המוסדות האחרים להעביר ל"מנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.
- הריני נותן בזה שרות ל"מנורה" להעביר מידע רפואי או אישי או אחר לנותני השירותים הרפואיים הקשורים עמה למתן שירותים על פי הפוליסה.
- הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"מנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד.
- בקשתי זו יפה לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את בא כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי.
- כתב ויתור זה יחול על ילד/י הקטין/נים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.

אני מאשר כי קראתי והבנתי את האמור בהצעה זו, לרבות ההצהרות המופיעות בה.

התאריך	התوقيع	رقم جواز السفر	الاسم واسم العائلة

אני בעל הפוליסה _____ (שם מלא), בעל ת.ז. מס' _____
 אני בא כוחו של בעל הפוליסה _____ (שם מלא), בעל ת.ז. מס' _____
 מרח' _____ מס' _____ עיר _____
 מתחייב המנויים לשלם בקשר להפריה הנדרשת על ידי מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ על פי כל דין.
 שם: _____ חתימה: _____
 שם הסוכן: _____ מס' הסוכן: _____