

## Meno Medic Top - Proposal for Health Insurance

## הצעה לביטוח עובדים זרים

2/2019

All questions must be answered clearly and fully.  
Do not use lines or symbols instead of words.  
The form is for both men and women.

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים  
או בסימנים במקום מילים.  
הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

You must provide full and honest answers to every essential  
matter you are asked about' and not doing so may have an  
impact on the payment of insurance benefits

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא  
תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

**חובה לבחור אחת מבין האפשרויות הבאות : please select accordingly**

a new candidate / חדש  
 renewal/extension / חידוש ברצף/ הארכת תקופת ביטוח  
(in this case there is no need to fulfill a Health declaration - במקרה זה אין צורך למלא הצהרת בריאות)

Name of agent.	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
Company/collective Name.	שם החברה/קולקטיב	Private company no.	מספר הסוכן בפוליסה / agreement no in collective policy / פרמיה ליום payment per day

### A. Details of policyholder / present employer פרטי בעל הפוליסה/המעסיק הנוכחי

ID number	מס' ת.ז.	First Name	שם פרטי	Last Name	שם משפחה
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
E-mail for receipt of notices, information and mailings		Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון

### B. Insurance Candidate details ב. פרטי המועמד לביטוח

First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה	Passport no.	מס' דרכון
Country of origin	ארץ מוצא	Date of birth	תאריך לידה	First date of insurance	תאריך ראשון שבוטחת
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
E-mail for personal notifications and mailings	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון

\* I am aware and I agree that if I do not fill in an \* ידוע לי ואני מסכים לכך שכל שלא אמלא כתובת - כתובת המעסיק  
\*address, the address of the employer will serve the Company for תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים.  
sending notices and/or documents in any matter related to insurance.

### C. Insurance period requested ג. תקופת ביטוח מבוקשת

To	עד לתאריך	From	מתאריך
* Note: The requested date does not bind the Company; the effective starting date of the insurance is as noted on the Insurance Details Page.		* לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.	

### D. Please select The Insurance candidate's occupation ד. בחר את העיסוק של המועמד לביטוח

Other industry / אחר  Construction / בניין  Agriculture / חקלאות  Nursing care / סיעוד

### E. Details of previous insurance policies ה. פרטי ביטוח קודמים

Have you ever been insured by Menora Mivtahim company or any other company? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	האם היית מבוטח בחברת מנורה מבטחים או בחברת ביטוח אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן						
If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:	אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:						
Insurance period	תקופת ביטוח	Company name.	שם החברה	Policy no.	מס' פוליסה	Member ship no.	מס' חבר
To	עד לתאריך	From	מתאריך				

**A. 被保险人资料**

(所有必要内容必须全部填写)

**א. פרטי המעומדים לביטוח**

(חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים)

שם המעסיק: \_\_\_\_\_ ת.ז של המעסיק: \_\_\_\_\_

כתובת המעסיק: \_\_\_\_\_

רחוב מספר עיר מיקוד טלפון

雇主姓名: \_\_\_\_\_ 雇主身份证号: \_\_\_\_\_

雇主地址: \_\_\_\_\_

街 号码 城市 邮编 电话

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 \_\_\_\_\_

请选择你在以色列受雇的行业别： 看护  营建  农业  其他 说明 \_\_\_\_\_  
 如果你持有在以色列从事看护的有效执照，且/或曾在过去 12 个月内持有从事看护的执照，请说明你取得第一个从事看护工作执照的日期 \_\_\_\_\_。

**投保单适用对象**  获得正式以色列工作许可的外国人  
 观光客  
 在以色列未获授权的外国劳工

**投保单类型**  第一保险单  
 保单延长，保单号码 \_\_\_\_\_

我是以下签名者，请求将我及我家庭的成员（详列于下）纳入 Meno Medic Top/ Top Tourists 投保单的保险范围，期间为自：（日/月/年） \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 至：（日/月/年） \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

被保险人姓氏	名字	出生日期 (日/月/年)	女性 / 男性	国籍	护照号码
_____	_____	____ / ____ / ____	_____	_____	_____

**被保险人住家地址**  
 \_\_\_\_\_  
 街 号码 州(省) 城市 邮编 国家 电话号码

**被保险人以色列住址**  
 \_\_\_\_\_  
 号码 国家 城市 邮编 电话号码

你在以色列是否曾投保任何健康险？ <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是 保险期间 _____ 访问目的： _____ 保险公司 _____	האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא תקופת הביטוח _____ מטרת הביקור: _____ חברת הביטוח: _____
---	--

你現在是否抽煙或過去曾抽煙? <input type="radio"/> 現在 <input type="radio"/> 過去, 你何時戒了煙 _____	האם אתה מעשן או עישנת בעבר? <input type="radio"/> כיום <input type="radio"/> בעבר מתי הופסק _____ כמות ותדירות _____
---	---

**B. 健康声明** (为方便起见，本声明以男性形式词汇撰写，但实际上涵盖男性和女性)。  
 请回答以下所有问题。  
 在每一个问题的“是”或“否”栏位打勾(✓)，如果若结果为肯定性，请在“肯定性结果的说明”处记录该题号并加以说明。

**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.

有关医疗状况的一般问题	否 לא	是 כן	שאלות כלליות על מצב רפואי
1. 身高 _____ 米 体重 _____ 公斤			1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג
2. 过去 12 个月来体重有无变化 (5 公斤和以上) (非因节食所致)?			2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים(שלא כתוצאה מדיאטה)?
3. 你现在或过去是否喝酒 - 一天超过一杯啤酒/葡萄酒或其他酒精类饮料? <b>酒精问卷</b>			3. האם אתה צורך אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה / יין או משקה אלכוהולי אחר? <b>שאלון אלכוהול</b>
4. 你现在或过去是否服用药物? <b>药物问卷</b>			4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר? <b>שאלון סמים</b>
5. 过去 10 年来是否曾动过手术或曾接受过动手的建议?			5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?

<p>6. 过去 10 年来你是否曾住过医院或医疗机构? 是哪一所、何时、原因为何 _____ 附医疗记录摘要及最新信息。</p>			<p>6. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איזה, מתי, סיבה _____ צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני</p>
<p>7. 你是否因慢性疾病而定期服用药物? 请说明药物的名称及服用原因。</p>			<p>7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.</p>
<p>8. 诊断检验: 你是否在过去 10 年内曾进行过, 或被建议进行以下一或多项检查: 导管置入、心脏扫描、超声心动图、核磁共振、电脑断层扫描、内窥镜检查、发现癌症肿瘤的检验、活组织和潜血检查? 若有, 请说明检验种类、时间、结果及进行检验的原因。</p>			<p>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</p>
<p>9. 你在过去 10 年内是否在年度捐血后收过血库的通知?</p>			<p>9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?</p>
<p>10. 家族病史: 就你最佳所知, 你的近亲中 (父亲、母亲、手足) 是否被诊断出有以下疾病: 心脏病、中风、结肠癌、卵巢癌、乳腺癌、糖尿病、多囊肾、多发性硬化症、肌肉营养不良症、亨廷顿舞蹈症、精神疾病、帕金森氏病和阿尔兹海默病。 请说明该患者身份及诊断发生时的年龄。</p>			<p>10. היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך בקרב אחד מקרוביך (אב,אם,אחים,אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת הפרקינסון ומחלת האלצהיימר. פרט למי וגיל האבחנה</p>
<p>11. 你在进行以下动作之一时是否有困难: 起立、躺下、脱衣服、穿衣服、沐浴、吃和喝、失禁和行走?</p>			<p>11. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?</p>
<p>12. 残障和先天缺陷 - 你的残障情况 (现在或过去) 是因为先天的缺陷或后天的缺陷、伤害或医疗的原因? 你是否正等候国家保险局确定你的残障程度和/或曾被国家保险局列为残障和/或现在是处于职业伤残的情况? <b>残障问卷</b></p>			<p>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? <b>שאלון נכות</b></p>
<p><b>有关疾病的问题</b> 你是否曾被诊断出下列疾病、障碍和/或健康问题?</p>	否 לא	是 כן	<p><b>שאלות על מחלות</b> האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?</p>
<p>13. 心脏和血液 心脏疾病、心绞痛、心肌梗死、心律失常、心脏瓣膜问题、先天性心脏疾病、心肌病或心包疾病。 高血压、血管、血块、静脉曲张、血液循环问题、动脉狭窄。 <b>心脏、心血管和高血压问卷, 及凝血和心脏疾病问卷</b></p>			<p>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 קרישי דם, דליות בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים. <b>שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם ושאלון מחלות לב וקרישה</b></p>
<p>14. 神经系统和大脑 多发性硬化症、肌肉营养不良症、麻痹、痉挛 (癫痫)、短暂性脑缺血发作 (T.I.A.)、中风、脑出血 (C.V.A.)、颤抖、共济失调、帕金森氏症。 <b>神经系统问卷</b></p>			<p>14. מערכת עצבים והמוח טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, התכווצויות (אפילפסיה), T.I.A., אירועי מוחי, שטף דם במוח (C.V.A.), רעד, הפרעות בשיווי משקל, פרקינסון. <b>שאלון מערכת העצבים</b></p>
<p>15. 被诊断为有精神疾病和企图自杀 <b>精神疾病问卷</b></p>			<p>15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות <b>שאלות מחלה נפשית</b></p>

护照号码. \_\_\_\_\_ מס' דרכון

肯定性结果的说明 \_\_\_\_\_ פירוט ממצאים חיוביים

<p>16. <b>呼吸系统</b> 哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、结核病、咯血、反复呼吸道感染。</p> <p style="text-align: right;"><b>呼吸/哮喘问卷</b></p>		<p>16. <b>דרכי נשימה</b> אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.</p> <p style="text-align: right;"><b>שאלון דרכי נשימה/אסטמה</b></p>
<p>17. <b>肠胃道和肝脏</b> 溃疡（胃溃疡或十二指肠溃疡）、胃灼热、慢性炎性肠道感染、肠胃道出血、痔疮、直肠问题、慢性肝病、肝炎、胆结石、胰腺炎、肝炎（病毒性或其他）。</p> <p style="text-align: right;"><b>肠胃道问卷和肝脏与黄疸问卷</b></p>		<p>17. <b>דרכי העיכול והכבד</b> אולקוס (כיב קיבה או תרסריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת)</p> <p style="text-align: right;"><b>שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד</b></p>
<p>18. <b>肾脏和尿路</b> 肾结石、肾脏感染、泌尿道缺损、血尿或蛋白尿、肾囊肿、肾功能障碍、前列腺。</p> <p style="text-align: right;"><b>肾脏和泌尿道问卷、前列腺和睾丸问卷（男性用）</b></p>		<p>18. <b>כליות ודרכי השתן</b> אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כלייתי, בלוטת הערמונית</p> <p style="text-align: right;"><b>שאלון כליות ודרכי השתן, שאלון ערמונית ואשכים (לגברים)</b></p>
<p>19. <b>新陈代谢和内分泌疾病</b> 糖尿病、甲状腺疾病、肾囊肿、垂体和其他腺体、高血脂（胆固醇、甘油三酯）。</p> <p style="text-align: right;"><b>糖尿病、脂质和甲状腺问卷</b></p>		<p>19. <b>מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים</b> סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריליצרדידים).</p> <p style="text-align: right;"><b>שאלון סוכרת, שומנים בדם ובלוטות המגן</b></p>
<p>20. <b>皮肤病与性病</b> 梅毒、疱疹、皮肤肿瘤、痣、疣和/或不孕不育和/或生育问题。</p> <p style="text-align: right;"><b>皮肤问题问卷</b></p>		<p>20. <b>עור ומין</b> עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריין.</p> <p style="text-align: right;"><b>שאלון בעיות בעור</b></p>
<p>21. 恶性疾病、恶性或癌症前期肿瘤（一或多）、息肉。 请说明种类及治疗方法</p> <p style="text-align: right;"><b>附报告和病理说明</b></p>		<p>21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים</p> <p style="text-align: right;"><b>פרט סוג ואופן הטיפול</b></p> <p style="text-align: right;"><b>יש לצרף דוחות ופתולוגיה</b></p>
<p>22. 传染性疾病、脊髓灰质炎、性病和艾滋病/HIV 人类免疫缺陷病毒</p> <p style="text-align: right;"><b>附医疗文件</b></p>		<p>22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV</p> <p style="text-align: right;"><b>יש לצרף מסמכים רפואיים</b></p>
<p>23. <b>关节和骨骼</b> - 风湿症、关节炎（痛风）、颈部或背部疼痛、椎间盘突出、肩关节脱位、膝盖疾病、骨骼疾病。</p> <p style="text-align: right;"><b>风湿病和结缔组织问卷和脊椎问卷</b></p>		<p>23. <b>פרקים ועצמות</b> - דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם.</p> <p style="text-align: right;"><b>שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה</b></p>
<p>24. <b>眼睛</b> - 白内障、青光眼、斜视、失明、视网膜疾病、角膜疾病、视觉障碍、屈光度数。</p> <p style="text-align: right;"><b>眼睛问卷</b></p>		<p>24. <b>עיניים</b> - קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר.</p> <p style="text-align: right;"><b>שאלון עיניים</b></p>
<p>25. <b>耳鼻喉</b> - 耳朵复发性感染或喉咙感染、鼻窦炎、听觉障碍、睡眠呼吸中止症。</p> <p style="text-align: right;"><b>耳鼻喉问卷</b></p>		<p>25. <b>אף אוזן גרון</b> - דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה.</p> <p style="text-align: right;"><b>שאלון אף/אוזן/גרון</b></p>
<p>26. <b>疝</b> - 腹股沟疝气、鼠蹊部疝气、手术疤痕、脐部和腹腔神经丛。</p> <p style="text-align: right;"><b>必须附上医疗文件</b></p>		<p>26. <b>בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן</b>, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת.</p> <p style="text-align: right;"><b>יש לצרף מסמכים רפואיים</b></p>
<p>27. <b>女性专用 部分</b>: 你是否现在或过去曾患有任何妇女疾病: 月经不调、生育问题、出血和乳腺囊肿、子宫及卵巢问题、妇科检验（如 PAP）有异常发现?</p> <p>你是否怀孕? 这是第几胎? _____ 在先前的怀孕或本次怀孕中是否有任何问题? 是否曾做过剖宫产?</p> <p style="text-align: right;"><b>妇女问卷</b></p>		<p>27. <b>לנשים בלבד</b>: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים: אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דימומים וגושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים</p> <p>בבדיקה גניקולוגית (כגון PAP) _____ האם את בהריון? מה מספר העוברים? _____ האם סבלת מבעיות בהריונות או בהריון הנוכחי? האם ילדת בנינוח קיסרי?</p> <p style="text-align: right;"><b>שאלון נשים</b></p>

护照号码. \_\_\_\_\_ מס' דרכון \_\_\_\_\_

肯定性结果的说明 \_\_\_\_\_ פירוט ממצאים חיוביים \_\_\_\_\_

## C. 申请人/被保险人声明

我为以下签名者，也是被保险人，在此请求保险公司依据本表（以下简称：“投保单”）内容为被保险人保险。

### 我在此表示、同意和保证：

- 投保单和/或健康声明中所有回复内容皆为正确且完整，而我也没有对保险公司隐瞒可能会影响保险公司接受本投保单决定的任何事情。
- 本投保单内的回复内容、我所提供给保险公司书面文件的任何其他信息，以及保险公司在承保事项上的习惯条件，应作为我和保险公司之间保险合同的条件，且应构成该保险合同的一部分。
- 我在此确认和同意我的投保单的接受或拒绝完全是保险公司单独裁量，它有权依法决定是否接受或拒绝本投保单。
- 我在此确认所有有关我未成年子女（一或多）的表示皆由作为他/他们自然监护人的我所为。

### 我理解：

- 针对因为在在本保险单保险期间开始之前的健康问题使得我未来/现在需要医疗服务所造的医疗事故（构成一保险事件），我将无权获得保险单中所明确指出的医疗服务，且在以下情况之一发生时成立：
  - 我已确认构成保险事件且使我需要医疗服务之医疗问题起自于先前就存在的健康问题。
  - 医生确认依据呈现在他面前的发现，使我必须取得医疗服务的医疗问题起自于先前就存在的健康问题。
- 尽管有上述第一条规定，但在 2001 年 10 月 17 日后 3 年或首次发生的情况下，以较晚者为准，不应受上述规定限制。在关于因先前健康问题所造成医疗服务的限制外，另一情况为我在首次发生后停留以色列境外（以下简称：“境外停留”）期间（一或多段）连续超过 90 天，或若在同一雇主聘任下该境外停留介于两个聘任时期之间连续超过 120 天，该首次发生应视为我在此健康保险单的保险下在境外停留后的首次发生。
- 在我因紧急情况而必须在本保险单下获得医疗服务的条件下，我应在有限的时间内被提供这些服务，在该有限时间内我的病况获得稳定使我得以转移至以色列境外继续就医，而该有限时间为自该情况发生后仅 30 天。

## D. 医疗保密的免责声明

- 我为以下签名者，在此豁免任何医疗机构、医学实验室、医疗委员会，及所有这些单位的医疗和其他工作人员，当面对 Menora Mivtachim Insurance Company Ltd. (以下简称：“Menora”) 时维持医疗和其他保密工作的义务。
- 我在此授予同意给所有以上所列单位 - 包括以色列国家保险局医疗委员会、保险公司、卫生部、区卫生局、以色列国防军、国防部和其他未明列于本免责声明中的任何机关 - 及过去或现在提供我保险的任何保险公司，提供“Menora”或其代表 - 连同地或个别地 - 无例外地提供有关我过去所罹患或未来可能罹患任何疾病的细节资料，包括我的住院报告和/或病历和/或我所看过的医生名单和/或我加入健康保险基金的日期。本医疗保密免责是用于查明本保险单下的权利和义务，而保险公司不会在非医疗紧急情况下自相关机构取得医疗信息。
- 我在此授权所有的保险公司和/或其他机构提供“Menora”任何它所需要的信息和/或文件和/或保险单。
- 我在此授予“Menora”许可向与“Menora”有关联的医疗服务提供者就依据本保险单提供医疗服务而揭露任何医疗信息或个人信息或其他信息。
- 我在此表示关于以上所述、与提供“Menora”或其代表 - 连同地或个别地 - 前述资料，我不会做出任何种类的要求或主张。
- 本免责声明在《隐私权保护法 5741 - 1981》下为有效，且及于所有机构数据库中和/或来自该等机构中医生和/或员工和/或代表他们的个人和/或以上所列的服务提供者的任何医疗和其他信息。
- 本免责声明对我、我的产业、我法律下的代表人和任何可能代替我的人具有约束力。
- 如果本投保单中明列有我任何未成年子女姓名的话，本免责声明适用于我姓名明列的未成年子女（一或多）。

## ג. findings הצהרת המבקש/ המועמד לביטוח

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

### אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.
- התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לביין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו 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 כאפוסטרופוס טבעי שלו/הם.

### ידוע לי כי:

- לא אהיה זכאי לשירותי בריאות בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בגינו אדקוק/ 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 המבטח 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 לגביי 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 השהיה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד יראו כמועד הראשון את המועד הראשון לאחר השהיה שבו הייתי מבטח בביטוח רפואי.
- במקרה בו אהיה זקוק לשירותי הבריאות שעל פי הפוליסה עקב מצב חירום רפואי: במקרה זה יינתנו לי שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במהלכה איצוב מבחינה רפואית על מנת לאפשר העברתי להמשך טיפול בי מחוץ לישראל, ולמשך תקופה של 30 יום לאחריה בלבד.

### ד. ויתור כל סודיות רפואית

- אני החתום מטה משחרר 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 נתון בזה שרות לכל המנויים לעיל- כולל הועדות 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 מבטח 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 הצטרפותי לקופת חולים.
- הויתור על סודיות רפואית יהיה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכויות וחובות המוקנות על פי פוליסה זו והמבטח לא יפנה לקבלת מידע רפואי אלא במקרה חרום 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 נתון בזה רשות 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.

我确认我已读过且理解本投保单的内容，包括其中的声明。

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

姓名	护照号码	签名	日期

אני בעל הפוליסה \_\_\_\_\_ (שם מלא), בעל ת.ז. מס' \_\_\_\_\_  
או בא כוחו של בעל הפוליסה, \_\_\_\_\_ (שם מלא), בעל ת.ז. מס' \_\_\_\_\_  
מרח' \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_,  
מתחייב בזה לשלם את הפרמיה הנדרשת על ידי מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ על פי כל דין.  
שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_  
שם הסוכן: \_\_\_\_\_ מס' הסוכן: \_\_\_\_\_