

Offre d'assurance pour **Employés étrangers / Touristes** הצעה לביטוח עובדים זרים/תיירים

**A. Détails relatifs aux candidats à l'assurance**  
(Tous les détails requis doivent être remplis)

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

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

כתובת המעסיק: \_\_\_\_\_  
רחוב מספר עיר מיקוד טלפון

Nom de l'employeur: \_\_\_\_\_ ID de l'employeur: \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur: \_\_\_\_\_  
Rue Numéro Localité Code postal Téléphone

<p>נא סמן את הענף בו הנך מועסק בישראל <input type="radio"/> סיעוד <input type="radio"/> בניה <input type="radio"/> חקלאות <input type="radio"/> אחר פרט: _____ האם הנך בעל רישיון תקף לעסוק בענף הסיעודי בישראל, ו/או היה בדרך רישיון לעסוק בענף הסיעודי במהלך 12 החודשים האחרונים, - <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן במידה והתשובה חיובית יש לציין את המועד בו קיבלת לראשונה את ההיתר לעסוק בענף הסיעוד</p>	
<p>Veuillez sélectionner le secteur dans lequel vous êtes employé en Israël : <input type="radio"/> Soins infirmiers <input type="radio"/> Construction <input type="radio"/> Agriculture <input type="radio"/> Autres détaillez _____</p> <p>Si vous détenez une licence d'exercice de la profession d'infirmier en Israël, en cours de validité et/ou si vous en avez déteu une au cours des 12 derniers mois, veuillez spécifier la date à laquelle vous avez obtenu votre première licence d'exercice _____</p>	
<p><b>FORMULAIRE D'OFFRE D' ASSURANCE</b></p>	<p><input type="radio"/> Un étranger ayant obtenu un permis de travail officiel en Israël <input type="radio"/> Un touriste <input type="radio"/> Un étranger employé en Israël sans autorisation</p>
<p><b>TYPE D'OFFRE</b></p>	<p><input type="radio"/> Premier contrat <input type="radio"/> Extension du contrat d'assurance n° _____</p>
<p><b>Je soussigné, demande à ce que les membres de ma famille (dont la liste suit) et moi-même soyons assurés par l'assurance touristes Meno Medic Top/Top Tourists, pour la période</b></p> <p>Du: (JJ/MM/AA) ___/___/___ à : (JJ/MM/AA) ___/___/___</p>	
<p><b>Nom de l'assuré</b></p>	<p><b>prénom</b></p>
<p><b>date de naissance</b> (JJ/MM/AA) F / M ___/___/___</p>	<p><b>Pays de nationalité</b></p>
<p><b>N° de passeport.</b></p>	
<p><b>Adresse du domicile de l'assuré</b></p> <p>_____ Rue Numéro Etat (Province) Localité Code Pays Téléphone</p>	
<p><b>Adresse de l'assuré en Israël</b></p> <p>_____ Numéro Etat Localité Code Téléphone</p>	
<p>Avez-vous déjà été couvert par un contrat d'assurance santé en Israël ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Période de l'assurance _____</p> <p>But de la visite : _____</p> <p>Compagnie d'assurance _____</p>	<p>האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא</p> <p>תקופת הביטוח _____</p> <p>מטרת הביקור: _____</p> <p>חברת הביטוח: _____</p>
<p>Etes-vous fumeur ou l'avez-vous été?</p> <p><input type="radio"/> Aujourd'hui <input type="radio"/> Dans le passé Quand avez-vous arrêté _____ quantité et fréquence</p>	<p>האם אתה מעשן או עישנת בעבר ? <input type="radio"/> כיום <input type="radio"/> בעבר</p> <p>מתי הופסק _____ כמות ותדירות _____</p>

**B. Déclaration de santé** (cette déclaration est rédigée au masculin par commodité mais elle s'adresse aux deux sexes)  
Veuillez répondre à toutes les questions suivantes.  
Pour chaque question cochez la réponse oui ou non ✓ Et si la réponse est positive remplissez la ligne de détail des réponses positives ou le numéro de la question et le détail.

**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.

Questions générales sur votre état de santé	No לא	Yes כן	שאלות כלליות על מצב רפואי
1. Taille _____ mètres Poids _____ kg.			1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג
2. Y-a-t-il eu un changement dans votre poids (5 kg ou davantage) au cours des douze derniers mois (ne résultant pas d'un régime).			2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?
3. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé plus d'un verre de bière/vin ou autre boisson alcoolisée par jour. <b>Questionnaire sur l'alcool</b>			3. האם אתה צורך אלקוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה /יין או משקה אלקוהולי אחר? <b>שאלון אלקוהול</b>
4. Consommez-vous aujourd'hui ou avez-vous jamais consommé de la drogue ? <b>Questionnaire sur la drogue</b>			4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר? <b>שאלון סמים</b>
5. Avez-vous subi une intervention chirurgicale au cours de ces 10 dernières années ou vous a-t-on recommandé de subir une intervention?			5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?
6. Avez-vous au cours de ces 10 dernières années été hospitalisé dans un hôpital ou une institution médicale ? <b>Laquelle, quand, motif _____</b> <b>Veillez joindre un compte rendu médical et des informations à jour.</b>			6. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? <b>איזה, מתי, סיבה _____</b> <b>צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני</b>
7. Prenez-vous régulièrement des médicaments pour une affection chronique? <b>Précisez le nom du médicament et la raison pour laquelle vous le prenez</b>			7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? <b>פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.</b>
8. Examens de diagnostic: Avez-vous subi au cours de ces 10 dernières années ou vous a-t-on recommandé de subir l'un ou plusieurs des examens suivants : cathétérisme, scintigraphie cardiaque, échocardiogramme, IRM, CT, endoscopie, examens de détection d'une tumeur cancéreuse, biopsie ou sang caché ? <b>Si c'est le cas, précisez le type d'examen, la date, les résultats de l'examen et la raison de sa réalisation.</b>			8. <b>בדיקות אבחנתיות:</b> 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? <b>אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע _____</b>
9. Avez-vous reçu un avis émanant de la banque du sang après votre don annuel de sang, au cours de ces 10 dernières années?			9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?
10. <b>Antécédents familiaux:</b> A votre connaissance, est ce que l'un de vos parents (père, mère, frères et sœurs) a été diagnostiqué comme souffrant de l'une des maladies suivantes : maladie cardiaque, AVC, cancer du côlon, cancer des ovaires, cancer du sein, diabète, rein poly cystique, sclérose en plaques, atrophie musculaire, maladie de Huntington, maladie mentale, maladie de Parkinson ou maladie d'Alzheimer. <b>Précisez de qui il s'agit et quel âge avait cette personne lorsque le diagnostic a été établi.</b>			10. <b>היסטוריה משפחתית:</b> האם למיטב ידיעתך בקרב אחד מקרוביך (אב, אם, אחים, אחיות) או בחנו 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. <b>פרט למי וגיל האבחנה</b>
11. Avez-vous des difficultés à effectuer l'une des opérations suivantes: vous lever, vous allonger, vous déshabiller, vous habiller, vous laver, manger et boire, marcher, avez-vous des problèmes d'incontinence?			11. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?
12. <b>Handicap et malformation congénitale</b> –vous a-t-on accordé un taux d'invalidité (aujourd'hui ou dans le passé) pour un problème congénital ou acquis, une blessure ou tout autre motif médical ? L'assurance nationale est-elle en train de déterminer votre taux d'invalidité et/ou l'existence d'une infirmité et/ou êtes-vous actuellement dans l'incapacité de travailler ? <b>Questionnaire concernant un handicap</b>			12. <b>נכות ומום מולד</b> - 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>

מס' דרכון \_\_\_\_\_  
פירוט ממצאים חיוביים \_\_\_\_\_  
N° de passeport \_\_\_\_\_  
Détail des résultats positifs \_\_\_\_\_

<p><b>Questions relatives à des maladies</b> A-t-on diagnostiqué chez vous au cours de votre vie les maladies et/ou troubles et/ou problèmes médicaux suivants ?</p>	<p><b>No</b> <b>לא</b></p>	<p><b>Yes</b> <b>כן</b></p>	<p><b>שאלות על מחלות</b> האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?</p>
<p><b>13. Cardiovasculaires</b> Affection cardiaque, angine de poitrine, infarctus du myocarde, arythmie, problèmes de valves cardiaques, cardiomyopathie ou troubles péricardiques Hypertension artérielle, vaisseaux sanguins, caillots, problèmes de circulation, rétrécissement des artères. <b>Questionnaire sur le cœur, les vaisseaux sanguins et la tension et questionnaire sur les maladies cardiaques et la coagulation</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><b>14. Le système nerveux et le cerveau</b> Sclérose en plaques, dystrophie musculaire, paralysie, convulsions (épilepsie), ICT, attaques cérébrales, AVC, tremblements, troubles de l'équilibre, Parkinson. <b>Questionnaire sur le système nerveux</b></p>			<p>14. מערכת עצבים והמח טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, התכווצויות (אפילפסיה), T.I.A, אירועי מוח, שטף דם במוח(C.V.A), רעד, הפרעות בשיווי משקל, פרקינסון. <b>שאלון מערכת העצבים</b></p>
<p>15. Troubles mentaux diagnostiqués et tentatives de suicide <b>Questionnaire sur les maladies mentales</b></p>			<p>15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות <b>שאלות מחלה נפשית</b></p>
<p><b>16. Le système respiratoire</b> Asthme, bronchite chronique, emphysème, tuberculose, hémoptysie, infections récurrentes des voies respiratoires. <b>Questionnaire des voies respiratoires/asthme</b></p>			<p>16. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. <b>שאלון דרכי נשימה/אסטמה</b></p>
<p><b>17. Voies digestives et foie</b> Ulcère (ulcères de l'estomac ou du duodénum), brûlures d'estomac, maladies de l'intestin, inflammation chronique de l'intestin, saignement gastro intestinal, hémorroïdes, problèmes rectaux, maladies hépatiques chroniques, jaunisse, calculs de la vésicule biliaire, pancréatite, hépatite (virale ou autre). <b>Questionnaire sur le système digestif et questionnaire sur l'hépatite et le foie.</b></p>			<p>17. דרכי העיכול והכבד אולקוס (כיב קיבה או תרסריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבב, הפטיטיס (ישראלית או אחרת) <b>שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד</b></p>
<p><b>18. Reins et voies urinaires</b> Calculs rénaux, néphrites, défauts des voies urinaires, sang ou protéines dans les urines, kystes rénaux, atteinte des fonctions rénales, problème de prostate. <b>Questionnaire sur les reins et voies urinaires, questionnaire sur la prostate et les testicules (pour les hommes)</b></p>			<p>18. כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליות, בלוטת הערמונית <b>שאלון כליות ודרכי השתן, שאלון ערמונית ואשכים (לגברים)</b></p>
<p><b>19. Maladies métaboliques et endocriniennes</b> Diabète, problèmes de thyroïde, des glandes surrénales, kystes rénaux, problèmes de l'hypophyse et d'autres glandes, taux de lipidémie sanguine élevé (cholestérol, triglycérides). <b>Questionnaire sur le diabète, la lipidémie et la thyroïde.</b></p>			<p>19. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרוול, טריגליצרידים). <b>שאלון סכרת, שומנים בדם ובלוטת המגן</b></p>
<p><b>20. Dermatologie et maladies vénériennes</b> Syphilis, herpès, tumeurs de la peau, grains de beauté, verrues et/ou problèmes de stérilité et/ou de fertilité, <b>Questionnaire sur les problèmes dermatologiques</b></p>			<p>20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריין. <b>שאלון בעיות בעור</b></p>
<p>21. Maladies malignes, tumeurs malignes ou précancéreuses, polypes. <b>Détaillez le type et le mode de traitement</b> <b>Veillez joindre compte rendus et pathologie.</b></p>			<p>21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים <b>פרט סוג ואופן הטיפול</b> <b>יש לצרף דוחות ופתולוגיה</b></p>
<p>22. Maladies infectieuses, auto-immunes, polio, maladies vénériennes, SIDA et porteur du virus VIH. <b>Veillez joindre les documents médicaux</b></p>			<p>22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואידס/נשא HIV <b>יש לצרף מסמכים רפואיים</b></p>
<p><b>23. Articulations et os - arthrite, rhumatisme (goutte), douleurs du dos et du cou, hernie discale, épaules, genoux, maladies osseuses.</b> <b>Questionnaire sur les maladies rhumatologiques et du tissu conjonctif et questionnaires sur le dos et la colonne vertébrale</b></p>			<p>23. פרקים ועצמות - דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרן (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. <b>שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה</b></p>
<p>23. Yeux - cataracte, glaucome, strabisme, cécité, Maladies de la rétine, de la cornée, troubles de la vision, valeur dioptrique. <b>Questionnaire sur les yeux</b></p>			<p>24. עיניים - קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. <b>שאלון עיניים</b></p>
<p>25. Otorhinolaryngologie otites et angines récurrentes, sinusites, troubles de l'audition, syndrome de l'apnée du sommeil. <b>Questionnaire d'otorhinolaryngologie</b></p>			<p>25. אף אוזן גרון - דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. <b>שאלון אף/אוזן/גרון</b></p>
<p>26. Hernie (hernie) – de la paroi abdominale, aine, cicatrices chirurgicales, du nombril ou du diaphragme. <b>Veillez joindre des documents médicaux</b></p>			<p>26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. <b>יש לצרף מסמכים רפואיים</b></p>
<p>27. Réserve aux femmes : souffrez-vous ou avez-vous souffert d'affections féminines : règles irrégulières, problèmes de stérilité, saignements, kystes mammaires, problèmes au niveau des ovaires et de l'utérus, résultats anormaux d'examen médicaux (tel que le PAP) ? Etes-vous enceinte? Combien de fœtus avez-vous ? _____ Avez-vous souffert de problèmes pendant vos grossesses précédentes ou au cours de cette grossesse? Avez-vous subi une césarienne? <b>Questionnaire pour femmes</b></p>			<p>27. לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים: אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, 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 בנייתח קיסרי? <b>שאלון נשים</b></p>

מס' דרכון \_\_\_\_\_ N° de passeport.

פירוט ממצאים חיוביים \_\_\_\_\_ Détail des résultats positifs

### C. Déclaration du déclarant/ du candidat à l'assurance

Je soussigné, candidat à l'assurance, demande par la présente à l'assureur d'assurer le candidat conformément à ce que stipule ce formulaire (ci-après "l'offre").

#### Je déclare, consens et m'engage par les présentes comme suit :

- Toutes les réponses fournies dans cette offre et/ou dans la déclaration d'état de santé sont correctes et complètes, je n'ai dissimulé à l'assureur aucun élément susceptible d'affecter sa décision d'accepter l'offre d'assurance.
- Les réponses consignées dans cette offre ainsi que toutes les autres informations écrites fournies à l'assureur par mes soins, et que toutes les clauses habituelles de l'assureur à cet effet, serviront de clauses du contrat d'assurance entre l'assureur et moi-même et feront partie intégrante dudit contrat.
- Je confirme et consens par la présente à ce que l'approbation ou le rejet de mon offre relèvent de la discrétion exclusive de l'assureur qui peut décider d'accepter ou de rejeter l'offre sous réserve de ce que prévoit la loi.
- Je confirme ici que toutes les déclarations concernant mon/mes enfant/s mineur/s ont été faites par moi à titre de tuteur naturel.

#### Je sais que :

- Je ne pourrai pas bénéficier des services de santé mentionnés dans le contrat si l'incident médical à la base du sinistre pour lequel je requiers lesdits services de santé découle d'un problème de santé antérieur à la date de début de la période d'assurance en vertu du contrat et si l'une des conditions suivantes s'applique :
  - J'ai confirmé que le sinistre relatif au problème médical pour lequel je requiers le service découle d'un problème pré existant.
  - Un médecin a confirmé sur la base des résultats qui lui ont été présentés que le problème médical pour lequel je requiers le service découle d'un problème pré existant.
- En dépit des dispositions de l'article 1 ci-dessus, si trois ans se sont écoulés depuis le 17.10.2001 ou la première date, selon ce qui interviendra en dernier, les limitations susvisées ne s'appliqueront pas et les limitations de prestation de services médicaux invoquant un problème médical antérieur ne s'appliqueront pas si vous avez séjourné à l'étranger après la première date (ci-après "le séjour"), et que votre ou vos séjours ont duré plus de 90 jours consécutifs ou plus de 120 consécutifs si le séjour a eu lieu entre plusieurs périodes d'emploi chez le même employeur, on considérera alors comme première date la première date suivant ledit séjour à partir de laquelle vous avez été assuré par une assurance médicale.
- Si j'ai besoin d'avoir recours à des services de santé mentionnés dans ce contrat suite à une urgence médicale, lesdits services seront fournis pendant une période limitée durant laquelle on me stabilisera sur le plan médical afin de permettre mon transfert pour la poursuite de mon traitement en dehors d'Israël et pendant une période de 30 jours après cela uniquement.

#### D. Renonciation au secret médical

- Je soussigné, libère par les présentes toute institution médicale, laboratoire médical, comité médical et employés des mêmes de l'obligation de préserver le secret médical vis à vis de la compagnie d'assurance Menora Mivtachim Insurance Company Ltd. (ci-après: "Menora")
- J'autorise par la présente toutes les personnes listées ci-dessus, y compris les comités médicaux de l'institut de l'assurance nationale d'Israël, les assureurs, le ministère de la santé, le bureau de la santé du district, les autorités militaires, le ministère de la défense, ainsi que tout autre organe ou institution dont le nom n'est pas spécifié dans cette renonciation et à toute compagnie d'assurance m'ayant assuré par le passé ou m'assurant à ce jour, à fournir à Menora ou à ses représentants, conjointement ou solidairement, tous les détails sans exception concernant mon état de santé et toute maladie dont j'ai souffert par le passé ou dont je souffrirai à l'avenir, y compris mes compte-rendu d'hospitalisation et/ou dossiers médicaux et/ou listes de médecins consultés et/ou dates auxquelles je me suis inscrit à une caisse de maladie.  
La renonciation au secret médical sera à des fins de vérification des droits et obligations conférés par ce contrat et l'assureur n'obtiendra d'information médicale qu'en cas d'urgence médicale.

### 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 לחזרה הביטוח ביני לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר על פי 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 כאפטרופוס טבעי שלו/הם.

#### ידוע לי כי:

- לא אהיה זכאי לשירותי בריאות בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, ביגניו אדזקק/ 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.
  - רפוא 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 שצינו 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 ינתנו לי שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במהלכה איוב 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 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 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 המוקרנות 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 נותן 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 רפואיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.
    - כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את כוחי על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי.
    - כתב ויתור זה יחול על ילד/י הקטין/נים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.

3. J'autorise par la présente toute compagnie d'assurance et/ou autre institution à transférer à Menora toute information et/ou document et/ou contrat d'assurance qu'elles demanderont. Je donne à Menora la permission de divulguer toute information médicale ou personnelle ou autre aux prestataires de services médicaux associés à elle pour la prestation des services médicaux en application du contrat.
4. Je déclare par la présente renoncer à toute réclamation ou exigence quelle qu'elle soit vis-à-vis des organes susvisés en relation avec la fourniture des détails susvisés à menora ou à ses représentants, conjointement et solidairement.
5. Cette candidature est valable conformément à la loi sur le respect de la vie privée de 5741 – 1981 et s'applique à toute information médicale et autre se trouvant dans les banques de données de toute institution y compris les caisses de maladie et/ou médecins et/ou employés des mêmes et/ou des prestataires de services susvisés.
6. Cette renonciation est contraignante pour moi, ma succession, mes représentants en vertu de la loi et toute personne agissant en mon nom.
7. Cette renonciation s'appliquera à mon/mes enfant/s mineur/ dont les noms sont indiqués si tel est le cas, dans cette offre.

**Je confirme avoir lu et compris ce que stipule cette offre et notamment les déclarations qu'elle contient.**

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

Nom et prénom	N° de passeport.	Signature	Date

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 בזה לשלם את הפרמיה הנדרשת על ידי מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ על פי כל דין.

שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

שם הסוכן: \_\_\_\_\_ מס' הסוכן: \_\_\_\_\_