

A. Datos de los candidatos para el seguro
(Todos los datos requeridos deben ser completados)

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

שם המעסיק: _____ ת.ז של המעסיק: _____
כתובת המעסיק: _____

Nombre del empleador: _____ N° de ID del empleador: _____
Dirección del empleador: _____

| Calle | Número | Ciudad | Código Postal | Teléfono |
|---|--------|--------|---------------|----------|
| <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 בידך רישיון לעסוק בענף הסיעודי במהלך 12 החודשים האחרונים, כן במידה והתשובה חיובית יש לציין את המועד בו קיבלת לראשונה את ההיתר לעסוק בענף הסיעוד <input type="radio"/> לא <input type="radio"/></p> | | | | |

Por favor, seleccione el área en la que trabaja en Israel:
 Enfermería/ cuidado de personas dependientes Construcción Agricultura Otra: (sírvese especificar): _____

Si usted posee actualmente una licencia válida para ejercer la enfermería o el cuidado de personas dependientes en Israel, y/o ha tenido una licencia para practicar la enfermería o el cuidado de personas dependientes en los últimos 12 meses, sírvase especificar la fecha en la que ha recibido el primer permiso para ejercer dicha ocupación _____

FORMULARIO DE PROPUESTA DE SEGURO

Una persona extranjera que ha obtenido un permiso de trabajo israelí oficialmente aprobado.
 Un turista
 Un trabajador extranjero no autorizado en Israel

TIPO DE PROPUESTA

Primera póliza
 Extensión de la Póliza N° _____

Yo, el abajo firmante, solicito que yo y los miembros de mi familia (enlistados a continuación) estemos asegurados con una póliza de Meno Medic Top/ Top Tourists Insurance, durante el periodo
Desde: (DD/MM/AA) ___ / ___ / ___ hasta: (DD/MM/AA) ___ / ___ / ___.

| Apellido del asegurado | Nombre de pila | Fecha de nacimiento |
|------------------------|---|---------------------|
| País de nacionalidad | N° de pasaporte. (DD/MM/AA) /M ___ / ___ / ___. | |

| Domicilio del asegurado en su país de origen | | | | | | |
|--|--------|--------------------|--------|----------|------|----------|
| Calle | Número | Estado (Provincia) | Ciudad | Código | País | Teléfono |
| Domicilio del asegurado en Israel | | | | | | |
| Número | Estado | Ciudad | Código | Teléfono | | |

¿Ha tenido usted alguna cobertura de seguro de salud en Israel?
 No Sí

Período del seguro: _____
Propósito de la visita: _____
Compañía de seguro: _____

האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? כן לא
תקופת הביטוח: _____
מטרת הביקור: _____
חברת הביטוח: _____

¿Fuma usted, o ha fumado en el pasado?
 Actualmente En el pasado;
¿Cuándo ha dejado de fumar? _____

האם אתה מעשן או עישנת בעבר? כיום בעבר
מתי הופסק _____ כמות ותדירות _____

B. Declaración de salud (esta declaración está formulada en género masculino sólo para fines de comodidad, pero se dirige a hombres y mujeres por igual)
Por favor, responda todas las preguntas a continuación.
Para cada pregunta coloque una marca de selección ✓ en la columna de "Sí" o de "No" y, si la respuesta es positiva, anote el número de la pregunta y los detalles pertinentes en la sección "detalles de respuestas positivas".

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..

| Preguntas generales sobre su condición médica | No לא | Sí כן | שאלות כלליות על מצב רפואי |
|---|----------|----------|---|
| 1. Altura _____ metros Peso _____ kg. | | | 1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג |
| 2. ¿Ha habido algún cambio en su peso (5 kg o más) en el transcurso de los últimos doce meses (no como resultado de una dieta)? | | | 2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים(שלא כתוצאה מדיאטה)? |
| 3. ¿Consume usted, o ha consumido en el pasado, alcohol - más de un vaso al día de cerveza/vino u otra bebida alcohólica? Cuestionario sobre consumo de alcohol | | | 3. האם אתה צורך אלקוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה /יין או משקה אלקוהולי אחר? שאלון אלקוהול |

| | | | |
|---|------------------------|------------------------|--|
| 4. ¿Consumes usted actualmente, o ha consumido en el pasado, drogas? Cuestionario sobre consumo de drogas | | | 4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר? שאלון סמים |
| 5. ¿Se ha sometido usted a alguna cirugía en el curso de los últimos 10 años, o se le ha recomendado someterse a una cirugía? | | | 5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח? |
| 6. ¿Ha sido usted hospitalizado en el curso de los últimos 10 años en un hospital u otra institución médica? En cuál, cuándo, por qué razón Incluya el resumen médico e información actualizada | | | 6. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איזה, מתי, סיבה צרך סיכומי מחלה ומידע עדכני |
| 7. ¿Toma usted con regularidad algún medicamento para una condición médica crónica? Especifique el nombre del medicamento y la razón por la cual lo toma | | | 7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה. |
| 8. Pruebas de diagnóstico: ¿Se ha sometido usted o se le ha recomendado someterse, en el curso de los últimos 10 años, a una o más de las siguientes pruebas?: cateterización, exploración cardíaca, ecocardiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, endoscopia, pruebas para la detección de tumores cancerosos, biopsia y sangre oculta. En caso afirmativo, indique el tipo de prueba, cuándo fue realizada, cuáles fueron sus resultados y el motivo para realizarla | | | 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, אנדסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע |
| 9. ¿Ha recibido usted alguna notificación en el curso de los últimos 10 años del Banco de Sangre después de una donación anual de sangre? | | | 9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית? |
| 10. Historia familiar: Hasta donde llega su conocimiento, ¿ha sido diagnosticado alguno de sus familiares (padre, madre, hermanos) con las siguientes enfermedades?: enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer de colon, cáncer de ovario, cáncer de mama, diabetes, riñón poliquístico, esclerosis múltiple, distrofia muscular, enfermedad de Huntington, enfermedad mental, enfermedad de Parkinson y Alzheimer. Especifique quién fue la persona diagnosticada y qué edad tenía | | | 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 |
| 11. ¿Tiene usted limitaciones para realizar alguna de las siguientes acciones?: levantarse, acostarse, desvestirse, bañarse, comer y beber, caminar, incontinencia. | | | 11. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת? |
| 12. Discapacidad y defectos congénitos – ¿le ha sido reconocida a usted alguna discapacidad (en la actualidad o en el pasado) por algún defecto congénito o adquirido, o alguna lesión o condición médica? ¿Está usted en el proceso de determinar un porcentaje de discapacidad y/o le ha sido reconocida una discapacidad por el Instituto de Seguridad Social y/o se encuentra usted en la actualidad en condición de discapacidad laboral? Cuestionario sobre incapacidad | | | 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 |
| Preguntas sobre enfermedades ¿Ha sido usted diagnosticado alguna vez con las enfermedades y/o trastornos y/o problemas médicos enlistados a continuación? | No לא | Sí כן | שאלות על מחלות האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה? |
| 13. Corazón y sangre Enfermedad cardíaca, angina de pecho, infarto de miocardio, arritmias, problemas en las válvulas del corazón, enfermedad cardíaca congénita, cardiomiopatía o trastornos del pericardio. Presión arterial alta, vasos sanguíneos, coágulos de sangre, venas varicosas, problemas de circulación, estrechamiento de las arterias. Cuestionario sobre el corazón, condiciones cardiovasculares y de hipertensión, y cuestionario sobre coagulación y enfermedades de sangre | | | 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. שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם ושאלון מחלות לב וקרישה |
| 14. El sistema nervioso y el cerebro Esclerosis múltiple, distrofia muscular, parálisis, espasmos (epilepsia), T.I.A. accidente cerebrovascular, hemorragia cerebral (CVA), temblor, ataxia, Parkinson. Cuestionario sobre el sistema nervioso | | | 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. שאלון מערכת העצבים |

מס' דרכון _____ N° de pasaporte.

פירוט ממצאים חיוביים _____
פרט את ממצאים חיוביים

פרט את ממצאים חיוביים

| | | |
|---|--|--|
| 15. Trastornos mentales diagnosticados e intentos de suicidio Cuestionario sobre enfermedades mentales | | 15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית |
| 16. Sistema respiratorio Asma, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, hemoptisis, infecciones recurrentes del tracto respiratorio. Cuestionario sobre el sistema respiratorio/asma | | 16. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה |
| 17. El tracto gastrointestinal y el hígado Úlcera (úlceras gástricas o duodenales), ardor de estómago, enfermedad intestinal inflamatoria crónica, sangrado gastrointestinal, hemorroides, problemas rectales, enfermedad hepática crónica, hepatitis, cálculos biliares, pancreatitis, hepatitis (viral u otra). Cuestionario sobre el sistema gastrointestinal, el hígado y la ictericia | | 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 בבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד |
| 18. Los riñones y el tracto urinario Cálculos renales, infecciones renales, defectos del tracto urinario, sangre o proteína en la orina, quistes renales, disfunción renal, próstata. Cuestionario sobre riñones, tracto urinario, próstata y testículos (para hombres) | | 18. כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כלייתי, בלוטת הערמונית שאלון כליות ודרכי השתן, שאלון ערמונית ואשכים (לגברים) |
| 19. Enfermedades metabólicas y endocrinas Diabetes, trastornos de la tiroides, trastornos suprarrenales, quistes renales, glándulas pituitarias y otras glándulas, lípidos elevados en la sangre (colesterol, triglicéridos). Cuestionario sobre diabetes, lípidos y tiroides | | 19. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים). שאלון סוכרת, שומנים בדם ובלוטת המגן |
| 20. Dermatología y venereología Sífilis, herpes, tumores de la piel, lunares, verrugas y/o infertilidad y/o problemas de fertilidad. Cuestionario de problemas dermatológicos | | 20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פרוין. שאלון בעיות בעור |
| 21. Enfermedades malignas, tumores malignos o precancerosos, pólipos Detalle el tipo y método de tratamiento Adjunte informes y patología | | 21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול יש לצרף דוחות ופתולוגיה |
| 22. Enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, poliomielitis, enfermedades venéreas y Sida/VIH Adjunte documentos médicos | | 22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים |
| 23. Articulaciones y huesos - artritis, reumatismo (gota), dolor de espalda o cuello, hernia de disco, dolores de hombros, rodillas, enfermedades óseas. Cuestionario sobre reumatología y enfermedades del tejido conjuntivo y cuestionario sobre la espalda y la columna vertebral | | 23. פרקים וצמות- דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה |
| 24. Ojos - catarata, glaucoma, estrabismo, ceguera, enfermedades de la retina, enfermedades de la córnea, trastornos de la vista, número de dioptrías. Cuestionario sobre los ojos | | 24. עיניים- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטטר. שאלון עיניים |
| 25. Otorrinolaringología (nariz/oido/garganta) - infecciones de garganta recurrentes, sinusitis, trastornos de audición, síndrome de apnea del sueño. Cuestionario sobre otorrinolaringología (nariz/oido/garganta) | | 25. אף אוזן גרון- דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. שאלון אף/אוזן/גרון |
| 26. Hernia - de la pared abdominal, ingle, cicatrices quirúrgicas, ombligo y plexo solar. Se requiere adjuntar documentos médicos | | 26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים |
| 27. Sólo para mujeres: ¿Sufre usted o ha sufrido en el pasado de cualquiera de las enfermedades de la mujer, tales como: menstruación irregular, problemas de fertilidad, sangrado y quistes de mama, problemas en el útero y los ovarios, resultados anómalos de exámenes ginecológicos (tales como el Papanicolaou)? ¿Está usted embarazada? ¿Cuál es el número de fetos? _____ ¿Ha sufrido de algún problema en embarazos anteriores o en el embarazo actual? ¿Ha dado usted a luz mediante cesárea? Cuestionario para mujeres | | 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 בנייתוח קיסרי? _____ שאלון נשים |

Nº de pasaporte. _____ מס' דרכון

Detalles sobre las respuestas positivas _____ פירוט ממצאים חיוביים

C. Declaración del solicitante/candidato al seguro

Yo, el abajo firmante, candidato al seguro, solicito por la presente que se otorgue el seguro al candidato de conformidad con lo detallado en este formulario (en lo sucesivo: "la Propuesta").

Por la presente declaro, acepto y me comprometo a:

- Todas las respuestas especificadas en la Propuesta y/o declaración de salud son correctas y completas y no he ocultado de la aseguradora nada que pudiera afectar su decisión de aceptar o no la Propuesta de seguro.
- Las respuestas especificadas en la Propuesta y cualquier otra información proporcionada por mí por escrito a la aseguradora, así como los términos habituales de la aseguradora en esta materia, servirán como los términos del contrato de seguro entre mí y la aseguradora y constituirán una parte integral del mismo.
- Por la presente confirmo y acepto que la aceptación o el rechazo de mi Propuesta es a la sola discreción de la aseguradora y que la misma tiene derecho a decidir si aceptar o rechazar la propuesta de conformidad con la ley.
- Por la presente confirmo que todas las declaraciones con respecto a mi/s hijo/s menor/es de edad han sido dadas por mí en calidad de su tutor natural.

Tengo plena consciencia de que:

- No tendré derecho a obtener los servicios de salud especificados en la póliza si el incidente médico que constituye el evento de seguro por el cual necesitare/necesitaremos los servicios, deriva de una condición médica anterior a la fecha de inicio del período de seguro objeto de la póliza y si se cumple uno de los siguientes supuestos:
 - He confirmado que el evento de seguro que constituye el problema médico por el cual requiero el servicio deriva de una condición médica preexistente.
 - Un médico ha confirmado, basándose en resultados que se le han presentado, que el evento de seguro que constituye el problema médico por el cual requiero el servicio deriva de una condición médica preexistente.
- No obstante lo estipulado en el apartado 1 anterior, en el caso de que hayan transcurrido 3 años del 17 de octubre de 2001 o desde la primera fecha, según lo que ocurra posteriormente, no estará sujeto a las limitaciones supra señaladas. Además, las limitaciones relativas a la prestación del servicio debido a una condición médica preexistente, en caso que haya permanecido fuera de Israel después de la primera fecha (en lo sucesivo: la "Permanencia"), por un período o períodos superiores a 90 días consecutivos, o 120 días consecutivos si la Permanencia separaba períodos de empleo con el mismo empleador, será considerada como la primera fecha de la permanencia después de la Permanencia en la cual estuve asegurado con una póliza de seguro de salud.
- En el supuesto de que me encuentre necesitado de servicios de salud bajo la póliza debido a una emergencia médica, en tal caso se me proveerá tales servicios por un período limitado, en el curso del cual se estabilizará mi condición médica a fin de posibilitar mi traslado para que se continúe mi atención médica fuera de Israel, y por un período de 30 días a partir de entonces únicamente.

D. Renuncia a la confidencialidad médica

- Yo, el abajo firmante, por la presente libero a cualquier institución médica, laboratorio médico, comité médico y a todos los médicos y demás empleados de los mismos, de su obligación de mantener la confidencialidad médica en lo referente a la Compañía de Seguros Menora Mivtachim Ltda., (en lo sucesivo: "Menora")
- Por la presente autorizo a todas las entidades supra enlistadas - incluyendo los comités médicos del Instituto de la Seguridad Social de Israel, empresas de seguro, el Ministerio de Salud, la Oficina de Salud del Distrito, las autoridades de las FDI, el Ministerio de Defensa, y cualquier otro organismo o institución cuyo nombre no se encuentre especificado en esta Renuncia y cualquier compañía de seguros que me haya asegurado en el pasado o que me esté asegurando actualmente, para que proporcionen a "Menora" o sus representantes - en conjunto o por separado - todos los datos, sin excepción, referentes a mi condición médica y con respecto a cualquier enfermedad de la que haya sufrido en el pasado o de la que pudiera enfermar en el futuro, incluyendo mis informes de hospitalización y/o mis archivos médicos y/o la lista de médicos que he visitado y/o la fecha en la que me haya unido a una Caja de Salud.
La renuncia a la confidencialidad médica será en la medida en que sea necesaria con el fin de investigar los derechos y obligaciones conferidos en virtud de esta póliza y la aseguradora no solicitará información médica a no ser que se presente un evento de emergencia médica.
- Por la presente autorizo a todas las compañías de seguros y/o otras instituciones para que transfieran a "Menora" toda la información y/o documentos y/o pólizas de seguro que sean requeridos por ella.
- Por la presente doy mi permiso a "Menora" para revelar cualquier información médica, personal u otra a los proveedores de servicios médicos asociados con ella para la prestación de los servicios médicos de acuerdo con la póliza.
- Por la presente declaro que no tendré ninguna demanda ni reclamación de ningún tipo hacia las entidades supra mencionadas en relación con el suministro de dichos datos a "Menora" o a sus representantes - tanto en conjunto como por separado.
- Esta solicitud mía es válida bajo la Ley de Protección de la Privacidad del año 5741 - 1981 y aplica a cualquier información médica y otros datos almacenados en los bancos de datos de todas las instituciones, incluyendo las cajas de salud y/o sus médicos y/o sus empleados y/o cualquier persona en su nombre y/o los proveedores de servicios supra especificados.

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 הנכונות 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 לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלתי או דחייתתה של הצעתה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתתה 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, ביגוי אדקדק/ 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 המועד 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 זו 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 יוצב 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 נתן בזה שרות לכל המנויים לעיל- כולל הוועדות הרפואיות על המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל, משרד הביטחון, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא זכר בכתב זה- וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחה 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 בקירתי ו/או תאריך הצטרפתי לקופות חולים.
- הויתור 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 נתן 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.

7. Esta renuncia es vinculante para mí, mi herencia, mis representantes legales y cualquier persona en mi lugar.
8. Esta renuncia aplicará a mi/s hijo/s menor/es de edad, cuyos nombres se encuentran especificados, según el caso, en esta propuesta.

Confirmo que he leído y entendido el contenido de esta Propuesta, incluyendo las declaraciones obrantes en ella.

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

| Nombre y apellido | Nº de pasaporte | Firma | Fecha |
|-------------------|-----------------|-------|-------|
| | | | |

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: _____