

**A. Adayların bilgileri**
**(Tüm gerekli bilgilerin doldurulması gerekmektedir)**
**א. פרטי המעומדים לביטוח**
**(חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים)**

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

כתובת המעסיק: \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_

מיקוד \_\_\_\_\_

עיר \_\_\_\_\_

מספר \_\_\_\_\_

רחוב \_\_\_\_\_

İşveren Adı: \_\_\_\_\_ İşveren Kimlik No: \_\_\_\_\_

İşveren Adresi: \_\_\_\_\_

Cadde \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

İl \_\_\_\_\_

Posta Kodu \_\_\_\_\_

Tel No \_\_\_\_\_

 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

 Lütfen İsrail'de çalıştığınız sektörü seçiniz:  Hemşirelik  İnşaat  Tarım

 Diğer bilgiler: \_\_\_\_\_

İsrail'de hemşirelik yapmak için geçerli bir lisansınız bulunuyorsa, ve / veya son 12 ay içinde geçerli bir lisans sahibi idiyerseniz, lütfen ilk hemşirelik mesleği iznini aldığınız tarihi belirtiniz:

**SİGORTA TEKLİF FORMU (sağda belirtilen kişilerden hangisi için)**
 İsrail'de çalışmak için resmi olarak onaylanan izin alan yabancı şahıs

 Turist

 İsrail'de yetkisiz olarak çalışan yabancı şahıs

**TEKLİF TÜRÜ**
 İlk Poliçe

 Poliçe No \_\_\_\_\_ uzatımı

**Ben, aşağıda imzası bulunan kişi olarak, kendimin ve aşağıda adları listelenen aile fertlerimin aşağıda belirtilen süre boyunca Meno Medic Top / Top Tourists Sigorta Poliçesi ile sigorta edilmesini talep ederim**
**Başlangıç Tarihi: (GG/AA/YY) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Bitiş Tarihi: (GG/AA/YY) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**
**Sigortalının soyadı**
**Adı**
**Doğum Tarihi (GG/AA/YY)**
**K / E**
**Uyruğu**
**Pasaport no.**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Sigortalının Ev Adresi**

Cadde \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

Eyalet \_\_\_\_\_

İl \_\_\_\_\_

Posta Kodu \_\_\_\_\_

Ülke \_\_\_\_\_

Tel No \_\_\_\_\_

**Sigortalının İsrail'deki adresi**

No \_\_\_\_\_

Eyalet \_\_\_\_\_

İl \_\_\_\_\_

Posta Kodu \_\_\_\_\_

Tel No \_\_\_\_\_

 İsrail'de daha önceden herhangi bir sağlık sigortası poliçeniz bulundu mu?  Hayır  Evet

Sigorta Dönemi \_\_\_\_\_

Ziyaret Nedeni: \_\_\_\_\_

Sigorta Şirketi \_\_\_\_\_

 האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל?  כן  לא

תקופת הביטוח: \_\_\_\_\_

מטרת הביקור: \_\_\_\_\_

חברת הביטוח: \_\_\_\_\_

Halen sigara kullanıyor musunuz ya da geçmişte kullandınız mı?

 Halen  Geçmişte, Ne zaman bıraktınız? \_\_\_\_\_

 האם אתה מעשן או עישנת בעבר?  כיום  בעבר

מתי הופסקו כמות ותדירות: \_\_\_\_\_

**B. Sağlık Beyanı** (kolaylık açısından bu form erkeğe özgü olarak yazılmış olsa da, her iki cins için de geçerlidir.)

Lütfen aşağıdaki tüm soruları "Evet" ya da "Hayır" olarak cevaplayınız. Her bir soru için sütuna bulguların olumlu olması halinde ✓ işareti koyunuz ve soru numarasını ve bilgileri "olumlu bulgular bilgileri" sırasında not ediniz.

**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	Evets כן	Hayir לא	Sağlık durumu ile ilgili genel sorular
1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג			1. Boy _____ metre Kilo _____ kg.
2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים(שלא כתוצאה מדיאטה)?			2. Son on-iki ay içerisinde kilonuzda herhangi nemli bir değişiklik oldu mu (5 kg ya da daha fazla) – diyet sonucu haricinde
3. האם אתה צורך אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה /ין או משקה אלכוהולי אחר?			3. Halen ya da geçmişte günde bir bardaktan fazla bira / şarap ya da herhangi diğer alkollü içecek içiyor musunuz / içtiniz mi? <b>Alkol anketi</b>
4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר?			4. Halen ya da geçmişte uyuşturucu kullanıyor musunuz / kullandınız mı? <b>Uyuşturucu anketi</b>
5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלך לך לעבור ניתוח?			5. Son 10 yıl içinde herhangi bir ameliyat oldunuz mu ya da size herhangi bir ameliyat tavsiye edildi mi?.

<p>6. Son 10 yıl içinde hastanede ya da herhangi bir sağlık kuruluşunda yatarak tedavi gördünüz mü? Hangisi ve nedeni: _____ <b>Tıbbi özet ve güncel bilgileri belirtiniz</b></p>			<p>6. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איזה, מתי, סיבה _____ <b>צרך סיכומי מחלה ומידע עדכני</b></p>
<p>7. Düzenli olarak herhangi bir kronik hastalık için ilaç kullanıyor musunuz? İlacın adını ve kullanma nedeninizi belirtiniz:</p>			<p>7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? <b>פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.</b></p>
<p>8. <b>Teşhis edici testler:</b> Son 10 yıl içinde aşağıda belirtilen testlerden herhangi birini (ya da birden fazlasını) yaptırдың mı ya da yaptırmayı tavsiye edildi mi: Kateterizasyon, kardiyak tarama, ekokardiyogram, MRI, CT, endoskopi, kanseröz tümörün teşhisi için testler, biyopsi ve gizli kan? Evet ise, test türü, zamanı ve sonuçlarını ve de yapılma nedenini belirtiniz. _____</p>			<p>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, אנדסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? <b>אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע</b></p>
<p>9. Son 10 yıl içinde, herhangi bir kan bağıışı sonrasında Kan Bankasından bildirim aldınız mı?</p>			<p>9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?</p>
<p>10. <b>Aile geçmişi:</b> Bildiginiz kadarıyla yakınlarınızdan herhangi birine (baba, anne, kardeşler) aşağıda belirtilen hastalıklardan herhangi birinin teşhisi konuldu mu: Kalp hastalığı, felç, kolon kanseri, yumurtalık kanseri, göğüs kanseri, diyabet, polikistik böbrek, multiple skleroz, kas distrofisi, Huntington hastalığı, zihinsel hastalık, Parkinson hastalığı ve Alzheimer hastalığı? Kişiyi ve teşhisin konulduğu yaşı belirtiniz.</p>			<p>10. <b>היסטוריה משפחתית:</b> 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 הנוטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת הפרקינסון ומחלת האלצהיימר. <b>פרט למי וגיל האבחנה</b></p>
<p>11. Aşağıda belirtilen hareketlerden / faaliyetlerden birini yaparken kısıtlanıyor musunuz: Ayağa kalkmak, yatmak, soyunmak, giyinmek, yıkanmak, yemek ya da içmek, enkontinans, yürümek?</p>			<p>11. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?</p>
<p>12. <b>Engellilik ve doğuştan sakatlık hali</b> – herhangi bir doğuştan ya da sonradan meydana gelen sakatlık ya da tıbbi sebepten dolayı malullük yardımı aldınız mı (halen ya da geçmişte)? Malullük derecesini belirleme aşamasında mısınız ve / veya Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından size malullük yardımı tahsis edildi mi ve / veya halen mesleki malullük yardımı alıyor musunuz? <b>Malullük anketi</b></p>			<p>12. <b>נכות ומום מולד-</b> האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין מום מולד או נרכש, פגיעה, סיבה רפואית? האם הן? נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי ו/או הניך נמצא באי כושר עבודה כעת? <b>שאלון נכות</b></p>
<p><b>Hastalıklarla ilgili sorular</b> Aşağıda belirtilen hastalıklar ve/veya sağlık problemleri ile herhangi bir zamanda teşhis edildiniz mi? <b>Malullük anketi</b></p>	<p><b>Hayır</b> <b>לא</b></p>	<p><b>Evet</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>13. <b>Kalp ve kan</b> Kalp hastalığı, göğüs anjini, miyokard enfarktüsü, düzensiz kalp atışları, kalp kapakçığı sorunları, doğuştan kalp hastalığı, kardiyomiopati ya da perikardiyal hastalıklar. Yüksek tansiyon, kan damarları, kan pıhtıları, varisler, dolaşım sorunları, damarların daralması ve hipertansiyon anketi ve kan pıhtılaşma hastalıkları anketi</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. <b>Sinir sistemi ve beyin</b> Multiple skleroz, kas distrofisi, felç, kasılmalar (sara hastalığı), T.I.A., inme, beyin kanaması (c.v.a.), çarpıntı, kas koordinasyon bozukluğu, Parkinson <b>Sinir sistemi anketi</b></p>			<p>14. <b>מערכת עצבים והמח</b> 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. Teşhis edilmiş zihinsel hastalıklar ve intihar girişimi <b>Zihinsel hastalıklar anketi</b></p>			<p>15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות <b>שאלות מחלה נפשית</b></p>

Pasaport no. \_\_\_\_\_ מס' דרכון \_\_\_\_\_

Olumlu bulguların bilgileri \_\_\_\_\_ פירוט ממצאים חיוביים \_\_\_\_\_

<p>16. <b>Solumum sistemi</b> Astım, kronik bronşit, amfizem, tüberküloz, kan tükürme, tekrarlayan solumum yolu enfeksiyonları. <b>Solumum / astım anketi</b></p>		<p>16. <b>דרכי נשימה</b> אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. <b>שאלון דרכי נשימה/אסטמה</b></p>
<p>17. <b>Sindirim sistemi ve karaciğer</b> Ülser (mide ya da duodenal ülser), mide yanması, kronik inflamatuvar bağırsak enfeksiyonu, basur, rektal sorunlar, kronik karaciğer hastalığı, hepatit, safra taşları, pankreatit, hepatit (virütik ve diğer). <b>Sindirim sistemi anketi ve karaciğer ve sarılık anketi</b></p>		<p>17. <b>דרכי העיכול והכבד</b> אולקוס (כיב קיבה או תרטריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) <b>שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד</b></p>
<p>18. <b>Böbrekler ve idrar yolu</b> Böbrek taşları, böbrek enfeksiyonu, idrar yolu hastalıkları, idrarda kan ya da protein, renal kistler, renal fonksiyon bozukluğu, prostat. Böbrek ve idrar yolu anketi, prostat ve testiküler anket (erkekler için)</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 <b>שאלון כליות ודרכי השתן, שאלון ערמונית ואשכים (לגברים)</b></p>
<p>19. <b>Metabolik ve endokrin hastalıkları</b> Diyabet, tiroid bozukluğu, adrenal bozukluğu, böbrek kistleri, hipofiz ve diğer bezler, yüksek kan yağları (kolesterol trigliseridler). <b>Diyabet, yağ ve tiroid anketi</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, טריגליצרידים). <b>שאלון סוכרת, שומנים בדם ובלוטות המגן</b></p>
<p>20. <b>20. Dermatoloji ve veneroloji</b> Frengi, uçuklar, deri tümörleri, lekeler, siğiller ve / veya kısırlık ve / veya doğurganlık sorunları. Dermatolojik sorunlar anketi</p>		<p>20. <b>עור ומין</b> עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריין. <b>שאלון בעיות בעור</b></p>
<p>21. <b>Ölümcül hastalıklar, ölümcül ya da prekanseröz tümörler, polipler.</b> <b>Tedavi tür ve yöntemini belirtiniz: Raporları ve patolojiyi ekleyiniz.</b></p>		<p>21. <b>מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים</b> <b>פרט סוג ואופן הטיפול</b> <b>יש לצרף דוחות ופתולוגיה</b></p>
<p>22. <b>Bulaşıcı hastalıklar, otoimmün hastalıklar, çocuk felci, zührevi hastalıklar ve AIDS / HIV.</b> <b>Tıbbi belgeleri ekleyiniz.</b></p>		<p>22. <b>מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV</b> <b>יש לצרף מסמכים רפואיים</b></p>
<p>23. <b>Eklemler ve kemikler – eklemler iltihabı, romatizma (yürüyüş şekli), boyun ya da sırt arısı, bel fitiği, omuz ya da diz çıkığı, kemik hastalığı.</b> <b>Romatoloji hastalıkları ve bağlayıcı doku anketi ve sırt ve bel kemiği anketi</b></p>		<p>23. <b>פרקים ועצמות- דלקות פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם.</b> <b>שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה</b></p>
<p>24. <b>Gözler – katarakt, glakom, şaşılık, körlük, retina hastalıkları, kornea hastalıkları, görme bozuklukları, ışığı kırma derecesi.</b> <b>Göz anketi</b></p>		<p>24. <b>עיניים- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר.</b> <b>שאלון עיניים</b></p>
<p>25. <b>Kulak – burun – boğaz – tekrarlayan kulak ya da boğaz enfeksiyonları, sinüzit, işitme bozuklukları, uykuda solumum duraklaması sendromu.</b> Kulak – burun – boğaz anketi</p>		<p>25. <b>אף אוזן גרון- דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה.</b> <b>שאלון אף/אוזן/גרון</b></p>
<p>26. <b>Fıtık – batın duvarı, kasık, ameliyat izleri, göbək ve karın boşluğu.</b> <i>Tıbbi belgelerin eklenmesi zorunludur.</i></p>		<p>26. <b>בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת.</b> <b>יש לצרף מסמכים רפואיים</b></p>
<p>26. <b>Sadece kadınlar için: Halen ya da önceden herhangi bir kadın hastalığı geçirmekte misiniz ya da geçirdiniz mi: düzensiz adet, doğurganlık sorunları, kanama ve göğüs kistleri, rahim ve yumurtalıklarda sorunlar, jinekolojik muayenede usulsüz bulgular (PAP gibi)?</b> Hamile misiniz? Cenin sayısı kaç? Önceki ya da mevcut hamileliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı? Sezaryen yöntemi ile doğum yaptınız mı? <b>Kadın anketi</b></p>		<p>27. <b>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 בניחוח קיסרי?</b> <b>שאלון נשים</b></p>

מס' דרכון \_\_\_\_\_ פאספורט no. \_\_\_\_\_

פירוט ממצאים חיוביים \_\_\_\_\_  
**Olumlu bulguların bilgileri** \_\_\_\_\_

## C. Başvuru sahibi / sigorta adayı beyanı:

Ben, aşağıda imzası bulunan sigorta adayı, işbu belge ile sigortacının, sigorta adayını, işbu formda (bundan böyle "Teklif") yazılı bilgilere istinaden sigorta etmesini talep ederim.

## İşbu belge ile birlikte ben aşağıda yazılı bilgileri kabul, beyan ve taahhüt ederim:

- Teklifte ve / veya sağlık beyanında yazılı tüm bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu ve sigortacının sigorta teklifini kabul etmesini etkileyebilecek herhangi bir unsur sigortacıdan gizlemediğimi;
- Tarafımca sigortacıya sunulan teklifte belirtilen cevapların ve tüm diğer yazılı bilgilerin ve de sigortacının bu konudaki geleneksel koşullarının, benim ile sigortacı arasındaki sigorta sözleşmesinin şartları olacağını ve bundan böyle sigorta sözleşmesinin ayrılmaz bir parçası olacağını;
- İşbu belge ile teklifimin kabul edilmesini ya edilmemesi hususunun tamamen ve yalnızca sigortacının yetkisinde olduğunu ve de sigortacının, kanunlara istinaden, teklifi kabul ya da reddetmeye hakkının olduğunu kabul ve teyit ederim.
- İşbu belge ile reşit olmayan çocuklarımla ilgili tüm beyanların kendilerinin doğal vakileri tarafından verildiğini teyit ederim.

## Aşağıda yazılı hususlarda bilgim olduğunu kabul ederim:

- Sigorta döneminden önce meydana gelen bir sağlık sorunundan kaynaklanan durumlarda, ve aşağıda yazılı hususlardan birinin geçerli olması halinde, sigorta kapsamındaki sağlık hizmetlerine ihtiyac duyduğum halde, poliçede belirtilen bu sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkımın bulunmadığını:
  - Hizmete ihtiyaç duymam gerektiren sağlık sorunu ile ilgili sigorta vakasının önceden var olan bir sağlık sorunundan kaynaklandığını teyit etmem halinde;
  - Kendisine sunulan bulgulara dayanarak, herhangi bir doktorun hizmete ihtiyaç duymam gerektiren sağlık sorunu ile ilgili sigorta vakasının önceden var olan bir sağlık sorunundan kaynaklandığını teyit etmesi halinde.
- Yukarıda yazılı bölüm 1'in hükümlerine hâlel getirmeksizin, 17 Ekim 2001 tarihi ya da ilk tarihin en geçinden 3 sene geçmiş olması halinde, yukarıda belirtilen kısıtlamalar geçersiz olacaktır. Ayrıca, ilk tarih sonrasında art arda 90 günü ya da 120 günü aşan süreler boyunca İsrail dışında ikamet etmiş olmam (bundan böyle "ikamet") halinde, ve ikamet süresinin aynı işveren ile istihdam edildiğim dönemlere denk gelmesi halinde önceden var olan bir sağlık sorunu ile ilgili hizmet sunulması konusundaki kısıtlamalara istinaden, ilk tarih, ikamet süresince sigorta kapsamında olduğum ilk tarih olarak kabul edilecektir.
- Tıbbi bir acil durumdan dolayı poliçe kapsamında sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymam halinde bu hizmetler bana sınırlı bir süre boyunca sağlanacaktır. Bu süre en fazla 30 gün olup, İsrail dışında tedavimin devam etmesi için aktarılmama izin olanak verecek kadar iyileşmem ile sona erecektir.

## D. Tıbbi gizlilikten feragat:

- Ben, aşağıda imzası bulunan kişi olarak, işbu belge ile, Menora Mivtachim Inrance Company Ltd. (bundan böyle "Menora") ile ilgili olarak tıbbi ve diğer gizli bilgilerin korunması ile ilgili yükümlülüklerden tüm sağlık kuruluşlarını, tıbbi laboratuvarları, sağlık komitelerini ve tüm bunların tıbbi ve diğer çalışanlarını serbest bırakırım.
- İşbu belge ile, İsrail Ulusal Sigorta Enstitüsü sağlık komileri, sigorta şirketleri, Sağlık Bakanlığı, İlçe Sağlık Dairesi, IDF yetkilileri, Savunma Bakanlığı, ve işbu feragatnamede adı belirtilmeyen tüm kurum ve kuruluşlar dahil, yukarıda adı geçen tüm şahıslara, ve de önceden ya da halen beni sigorta eden tüm sigorta şirketlerine, "Menora" ya da temsilcilerine – ayrı ayrı ya da birlikte – sağlık durumum ve geçmişte yaşadığım ya da gelecekte yaşayacağım hastalıklarla ilgili (hastanede yatarak tedavi gördüğüme dair raporlar, ve / veya tıbbi dosyalarım, ve / veya ziyaret ettiğim doktorların listesi, ve / veya sağlık fonuna katıldığım tarih dahil) istisnasız bilgi vermeme izin veririm. Tıbbi gizlilikten feragat, işbu poliçede sunulan hak ve yükümlülükler istinaden sorgulama amaçlı olarak verilmiştir. Sigorta şirketi, tıbbi bir acil durum haricinde tıbbi bilgileri almaya çalışmayacaktır.
- İşbu belge ile tüm sigorta şirketlerini ve / veya diğer kuruluşları, "Menora" tarafından ihtiyaç duyulacak tüm bilgi ve / veya belge ve / veya sigorta poliçelerini "Menora"ya göndermek üzerine yetkilendirdim.
- İşbu belge ile "Menora"ya, poliçeye istinaden sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili tıbbi hizmet sağlayıcılarına tüm tıbbi ya da diğer bilgileri ifşa etme konusunda yetki verdim.
- İşbu belge ile, yukarıda belirtilen bilgilerin "Menora" ya da temsilcilerine sunulması ilgili taraflardan, ayrı ayrı ve birlikte, herhangi bir talep ya da onlara karşı herhangi bir dava getirmeyeceğimi beyan ederim.
- İşbu müracaatım 1981 yılı, 5741 sayılı Mahremiyetin Korunması yasasına istinaden geçerli olup, tüm kuruluşların (sağlık fonları ve / veya onların doktorları ve / veya çalışanları ve / veya onlar adına hareket eden tüm kişiler ve / veya yukarıda belirtilen hizmet sağlayıcılar dahil) veri bankalarında bulunan tüm tıbbi ve diğer bilgiler için geçerlidir.
- İşbu feragatname benim, varislerimin, yasal temsilcilerimin ve benim yerime geçecek tüm kişiler için de geçerlidir.
- İşbu feragatname, işbu belgede belirtilmiş olmaları halinde, adı geçen reşit olmayan çocuklarım açısından da geçerlidir.

## 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 לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלתי 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 אודקק/ 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 מבוטח בביטוח רפואי.
- במקרה בו אהיה זקוק לשירותי הבריאות שעל פי הפוליסה עקב מצב חירום רפואי: במקרה זה יינתנו לי שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במלכה 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 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 מבוטח 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 זכיות 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 נתון 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.

Burada yazılı beyanlar dahil, işbu teklifin içeriğini okuyup  
anladığımı teyit ederim.

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

Adı - Soyadı	Pasaport no.	İmza	Tarih

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: \_\_\_\_\_