

Proposal Form Health Insurance - Foreigners in Israel הצעה לביטוח רפואי - לשהים זרים בישראל

Name of the Agent	שם הסוכן	Agent No	מס' סוכן
-------------------	----------	----------	----------

החלפה של העובד הנוכחי: מס' דרכון/מבוטח
  הארכה/חידוש
  ביטוח חדש

Insurance applicant personal details				1. פרטי המועמד לביטוח	
Last Name	שם משפחה	First Name	שם פרטי	Passport No.	מס' דרכון
Israel Entry Date	תאריך כניסה לישראל	Country of birth	ארץ מוצא	Gender	מין
First	ראשון			M / F	נ / ז
Last	אחרון				
e-mail	כתובת דואר אלקטרוני	Home Address	כתובת בית	Home Phone	טלפון בית
Insurance Co	חברת ביטוח	Insurance Co	חברת ביטוח	ביטוחים קודמים בישראל	
From date	מתאריך	From date	מתאריך	Previous Insurances in Israel	
To date	עד תאריך	To date	עד תאריך	No <input type="radio"/> לא yes <input type="radio"/> כן	

Details of policy holder			2. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק		
e-mail	כתובת דואר אלקטרוני	Address	כתובת	ID Number	ת.ז./נ.פ.
	טלפון איש קשר		שם איש קשר	Mobile Phone	טלפון נייד
					Telephone Number

Insurance program wanted		3. תוכנית ביטוח מבוקשת	
<input type="radio"/> Care 4 u - Foreign worker with permit to work in Israel	צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף	<input type="radio"/> Care 4 u - לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף	
<input type="radio"/> Tourist Medical Insurance	Medical insurance לתירים בישראל	<input type="radio"/> Medical insurance לתירים בישראל	
תקופת הביטוח המבוקשת: מתאריך _____ עד תאריך _____			
Insurance period requested: from _____ to _____			

Insurance premium		4. דמי הביטוח	
Total cost in \$	סה"כ פרמיה ב-\$	No. of days	מס' ימי הביטוח
			Daily cost in \$
			פרמיה יומית - \$

Payment method		5. אופן תשלום	
<input type="radio"/> Bank deposit	הפקדה בנקאית - מצ"ב	<input type="radio"/> Standing order	הוראת קבע - מצ"ב
<input type="radio"/> Checks	המחאות - מצ"ב	<input type="radio"/> Credit Card	כרטיס אשראי
<input type="radio"/> Credit Card	מסוג: _____	<input type="radio"/> ויזה	<input type="radio"/> ישראכרט
<input type="radio"/> אחר	דיינרס	<input type="radio"/> אחר	
Telephone No.	טלפון	ID No.	ת.ז.
			Name of card holder
			שם בעל הכרטיס
No. of payment	מס' תשלומים	Exp. date	תוקף
			Credit card No.
			מספר כרטיס אשראי

This proposal has been duly signed by the insured after being told of its content in the language he understands. המובטח לו. טופס הצעה זה נחתם בידי המבוטח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

The appointment of an agent as delegate of the insured. it is hereby declared and agreed upon that insurance agent is the representative of the insurer "Ayalon Insurance Company" Ltd., in everything connected with this insurance proposal, including negotiations towards signing the insurance contract and everything stemming from it. מינוי סוכן כשלוחו של המבוטח: מוצהר ומוסכם כי סוכן הביטוח הוא נציגו ובא כוחו של המבוטח כלפי איילון חברה לביטוח בע"מ בכל הקשור להצעת ביטוח זו, לרבות משא ומתן לקראת כריתת חוזה הביטוח וכל הנובע מכך.

Signature of policy holder	חתימת בעל הפוליסה	Name of policy holder	שם בעל הפוליסה	Date	תאריך
----------------------------	-------------------	-----------------------	----------------	------	-------

**ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ, ПРИЛАГАЕМАЯ К ПОЛИСЕ  
В РАМКАХ ПРОГРАММЫ "CARE4U" / МЕДИКАЛЬ ИНШУРЕНС**

ФИО претендента на страховой полис

Фамилия	Имя	Номер паспорта	Пол	Дата рождения	Рос	Вес
			М/Ж			

Просим Вас проставить X в соответствующей графе.

В тех случаях, где Вы помечаете ответ "да", пожалуйста, предоставьте подробную информацию в соответствующих строках ниже..

Общие вопросы		Д	Н
1	Страдаете ли Вы или страдали в прошлом следующими заболеваниями, характерны ли для Вас какие-либо из следующих явлений?		
2	Дыхательные пути – астма, туберкулёз, пневмония, бронхит, эмфизема, кровохарканье, рецидивирующие инфекции дыхательных путей или грудной клетки. Если да, уточните.		
3	Сердечно-сосудистые заболевания, включая: нарушение сердечного ритма, нарушения функций сердечного клапана, сердечная недостаточность..		
4	Высокое артериальное давление: включая боли в ногах во время ходьбы, варикозное расширение вен, нарушения кровообращения, артериальный стеноз. Если да, уточните.		
5	Пищеварительная система – кишечные расстройства (язва желудка или двенадцатиперстной кишки), изжога, инфекционные заболевания кишечника, кровотечение из органов пищеварительного тракта, геморрой, нарушение функций заднепроходного канала, нарушение функций печени или заболевания печени, желтуха, камни в желчном пузыре, нарушение функций поджелудочной железы. Если да, уточните.		
6	Грыжа, включая в паху, диафрагме, брюшной стенке, пупочную грыжу, послеоперационный шрам, бедренную грыжу, <u>варикозное расширение вен семенного канатика</u> . Если да, уточните.		
7	Инфекции почек и мочевыводящих путей, включая камни в почках, мочевыводящих путях, кровь/протеин/сахар в моче, киста почки, нарушение функций предстательной железы. Если да, уточните.		
8	Заболевания костей и суставов, включая артрит, подагру, боли в спине/шее/позвоночнике, в плечах, в коленях, в голеностопных суставах, грыжа межпозвоночного диска, и другие заболевания суставов или костей. Если да, уточните.		
9	Нарушения обмена веществ и функций иммунной системы, включая диабет, нарушение функций гипофиза, щитовидной железы, надпочечной железы и других желез, гиперлипемии, заболевания крови или тромбоэмболическую болезнь, анемию. Если да, уточните.		
10	Злокачественные заболевания (рак), включая злокачественные/ предраковые новообразования или предраковые заболевания. Болеете ли Вы СПИДом / являетесь бессимптомным носителем СПИДа? (Если да,кажите форму, дату и метод лечения).		
11	Кожные и венерические заболевания: герпес, сифилис, новообразования на коже, бородавки, СПИД, нарушение функций репродуктивных органов. Если да, уточните.		
12	Глазные заболевания, включая катаракту, косоглазие, слепоту, нарушение функций роговицы или сетки, нарушения зрения, астигматизм, глаукому. Носите ли Вы очки? Если да, уточните.		
13	Заболевания горла, включая рецидивирующие инфекции в горле или в ушах, синусит, проблемы со слухом, синдром апноэ во время сна, храп. Если да, уточните.		
1	Общие вопросы		
1	Страдаете ли Вы каким-либо заболеванием в настоящий момент? Болели ли Вы чем-либо за последние пять лет? Известно ли Вам о каком-либо ухудшении Вашего состояния здоровья или о необходимости оперативного вмешательства? Если да, назовите заболевания и когда они начались.		
2	Принимаете ли Вы какие-либо лекарства в настоящий момент/принимали ли Вы какие-либо лекарства ранее? Если да, укажите их наименования.		
3	Были ли Вы когда-либо госпитализированы? Если да, назовите когда это произошло, причину госпитализации и лечение, предоставленное Вам.		
4	Употребляете ли Вы алкогольные напитки? Если да, укажите их название и как часто это происходит.		
5	Курите ли Вы? Если да, укажите количество сигарет в день. Принимаете ли Вы/принимали ли Вы ранее наркотики?		
6	Проходили ли Вы каких-либо лабораторные обследования, например, анализ крови, мочи и/или какие-либо обследования как ЭКГ, рентген (грудной клетки, пищеварительного аппарата, почек, костей, позвоночника и т. п.), сканогамма, компьютерная томография (КТ/"СТ"), магнитно-резонансная томография (МРТ/"MRI"). Если да, укажите причину, дату и результаты обследования.		
7	Попали ли Вы в аварию? Перенесли ли Вы операцию? Если да, укажите, когда, где и разновидность операции или аварии.		
8	Была ли у Вас когда-либо полная или частичная потеря трудоспособности? Если да, опишите подробнее.		
9	Назначена ли Вам степень инвалидности? Если да, сколько процентов?		
10	Пользуетесь ли Вы какой-либо вспомогательной медицинской аппаратурой?		
11	Теряли ли Вы в весе в течение последних шести месяцев? Если да, уточните.		
12	Страдаете ли Вы, либо страдали ранее, каким-либо инфекционным заболеванием?		
13	Известно ли Вам о каком-либо нарушении здоровья, включая врожденный порок развития, не включённом в данную анкету? Если да, опишите подробно		
14	Выявлено ли у Вас аутоиммунное заболевание (включая волчанку)? Если да, опишите подробно.		
15	Страдаете ли Вы каким-либо хроническим заболеванием – в скрытой или активной форме? Если да, укажите.		
16	Ожидаете ли Вы какого-либо медицинского лечения, включая хирургическую операцию и/или госпитализацию? Если да, опишите подробнее.		
17	Являетесь ли Вы носителем АТ ВИЧ и/или вируса иммунодефицита или желтухи? Если да, опишите подробнее.		
18	<b>Гинекологические заболевания (графа, предназначенная только для женщин):</b>		
A	Беременны ли Вы (Если да, уточните и укажите количество зародышей).		
B	Страдаете ли Вы, либо страдали ранее, гинекологическими заболеваниями, как, например: нерегулярная менструация, бесплодие, кровотечение, опухоль молочной железы, матки, яичников? Наблюдались ли у Вас патологические результаты гинекологических анализов или какие-либо другие проблемы? Если да, уточните.		
C	Страдаете ли Вы каким-либо заболеванием молочной железы? Есть ли у вас опухоль молочной железы?		
D	Сколько беременностей у Вас было?		
E	Наблюдались ли у Вас какие-либо патологии прежних беременностей или настоящей беременности? Если да, уточните.		
F	Были ли у Вас роды посредством кесарева сечения?		
G	Сколько у Вас детей (включая предыдущие браки)?		
H	Когда Вы в последний раз наблюдались у гинеколога?		

Пожалуйста, опишите подробно ответы на все вопросы, где вы поставили вариант "Да":

Настоящим заявляю, что вся информация, предоставленная мной в данной декларации о состоянии здоровья, является достоверной и полной. Если станет известно, что информация, переданная мной, недостоверная или не полная, компания Аялон будет освобождена от ответственности в соответствии с положениями Закона о договорах страхования.

#### Отказ от права на сохранение врачебной тайны

Я, нижеподписавшийся, настоящим даю свое согласие фонду здравоохранения и/или его медицинским учреждениям и/или отделам, а также всем врачам, медицинским учреждениям и другим больницам и/или любым другим страховым компаниям и/или любому учреждению, и/или любой другой стороне, передать Страховой компании Аялон Лтд (далее: "Заявитель") любую информацию без исключения в необходимом порядке в отношении моего состояния здоровья и/или любого заболевания, которым я переболел/а в прошлом или от которого страдаю в настоящее время, и/или могу заболеть в будущем и настоящим освобождаю их от необходимости сохранения врачебной тайны и отказываюсь от таковой обязанности перед лицом Заявителя. Настоящий отказ от права на сохранение тайны налагает обязательства на меня, на моих юридических представителей и на любую сторону, которая может заменить их.

#### Декларация Претендента на страховой полис

1. Настоящим заявляю, выражаю свое согласие и принимаю на себя обязательство в следующем: (1) все предоставленные мной ответы точны, полны и были переданы добровольно. (2) Ответы, указанные в настоящей декларации, и любая другая информация, переданная страховщику, совместно с регулярными условиями страховщика в этом отношении составляют основополагающее условие договора о страховании между мной и страховщиком и являются неотъемлемой частью договора о страховании. (3) Страховщик вправе решить, принять ли данную заявку или отклонить её и не обязан обосновывать свое решение. Мне известно, что договор о страховании входит в силу только после того, как страховщик выдаст письменное подтверждение страхового полиса и после полной выплаты первой премии.
2. Мне известно, что в соответствии с данным полисом, страховщик освобождается от предоставления любых услуг, связанных с каким-либо увечьем, врожденным пороком, любыми медицинскими показаниями и/или медицинскими явлениями и/или заболеваниями, в связи с которыми мне предоставляется или не предоставляется лечение, и/или их последствиями, прямыми или косвенными, происходящими из-за состояния моего здоровья до подписания страхового полиса и/или из-за которых состояние моего здоровья ухудшается в настоящий момент, в соответствии с положениями Указа об иностранных рабочих, имеющими отношение к покрытию в рамках программы страхования Care4U.

#### СОГЛАСИЕ НА ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ДОСТУПА


Я согласен/согласна приобрести страховое обеспечение:

- с дополнительной премией по состоянию здоровья, при условии что она не превышает 75%.
- с условием, что страховщик не обязан покрывать какую-либо существующую инвалидность/ ограничения состояния здоровья претендента на страховой полис, а также любые последствия и осложнения таковых.

#### ДЕКЛАРАЦИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА

Насколько мне известно, информация в моей декларации достоверна и мне не известно ни о каких увечьях, врожденных пороках, наследственных заболеваниях и/или ни о каких медицинских показаниях и/или заболеваниях, в связи с которыми мне предоставляется или не предоставляется лечение, и/или их последствиями, прямыми или косвенными, происходящими из-за состояния моего здоровья до подписания страхового полиса и/или из-за которых состояние моего здоровья ухудшается в настоящий момент, и/или любой другой информации, вследствие которой страховщик может отказаться от предоставления покрытия в рамках данного полиса застрахованному лицу, если эта информация будет донесена до сведения страховщика.

**Настоящая декларация подписана застрахованным лицом после того, как её содержание было полностью разъяснена ему/ей на доступном ему/ей языке.**

Подпись работодателя/держателя полиса	Имя работодателя/ держателя полиса	Дата подписи	Подпись работодателя/ держателя полиса
			
Подпись застрахованного лица	Имя заявителя на страховой полис	Дата подписи	Подпись заявителя на страховой полис
			