

**Meno Medic Top -
Proposal for Health Insurance**

 פקס, 03-6729025
 משרד 03-6735915

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

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

Name of agent.	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
אריק רוזן		548231	
Company/collective Name.	שם החברה/קולקטיב	Private company no.	מספר הסוכן בפוליסה / agreement no in collective policy / פרמיה ליום payment per day

A. 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
street	רחוב	Telephone no.	מס' טלפון נייד	Cellphone no.	דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים E-mail for receipt of notices, information and mailings

B. 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 שבטוחת
Gender / מין	○ זכר / Male ○ נקבה / Female	Zip code	מיקוד	Town	עיר
House no	מס' בית	street	רחוב	Telephone no.	מס' טלפון
Cellphone no.	מס' טלפון נייד	E-mail for personal notifications and mailings	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		
* I am aware and I agree that if I do not fill in an *address, the address of the employer will serve the Company for sending notices and/or documents in any matter related to insurance.			* ידוע לי ואני מסכים לכך שכל שלא אמלא כתובת - כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים.		

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.	

ד. בחר את העיסוק של המועמד לביטוח

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

ה. פרטי ביטוח קודמים

Have you ever been insured by Menora Mivtahim company or any other company? ○ No ○ Yes		האם היית מבוטח בחברת מנורה מבטחים או בחברת ביטוח אחרת? ○ לא ○ 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
To	עד לתאריך	From	מתאריך
Policy no.	מס' פוליסה	Member ship no.	מס' חבר

F. Payment by credit card

ו. תשלום באמצעות כרטיס אשראי

ניתן לשלם בתשלומים בהתאם לתקופת הביטוח המבוקשת, אם לא צויין מס' תשלומים, ייגבה בתשלום אחד.
You can pay in several installments according to the insurance period

○ 6 חודשים - עד 4 תשלומים. מס' תשלומים _____ Payments No. up to 4. 6 month -
○ 12 חודשים - עד 10 תשלומים. מס' תשלומים _____ Payments No. up to 10. 12 month -

Insurance applicant personal details

פרטי המועמד לביטוח

First Name	שם פרטי	Last name	שם משפחה	Passport No.	מס' דרכון
------------	---------	-----------	----------	--------------	-----------

Provision of credit card holder

פרטי המשלם

ID number	מס' ת.ז.	First Name	שם פרטי	Last name	שם משפחה
-----------	----------	------------	---------	-----------	----------

Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית	street	רחוב	כתובת:
----------	-------	------	-----	----------	---------	--------	------	--------

Exp. date	בתוקף עד (חודש ושנה)	card no.	מספר כרטיס אשראי
-----------	----------------------	----------	------------------

Cellphone No .	מס' טלפון נייד	Email	דוא"ל
----------------	----------------	-------	-------

לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה.
ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר.
היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מהפוליסה/ות שתחודש/נה.
הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

For your information, the means of payment will be used to pay the insurance fees for all those insured under the policy.
The amounts and dates of charges will be according to the Company's determination, according to the terms of payment of the insurance policy and the changes made to them from time to time.
This Authorization also be valid for charging a card that will be issued and will carry another number, as an alternative to a card whose number is indicated on this form.

Signature of the credit card holder / חתימת בעל הכרטיס אשראי

x

Date / תאריך

Signature of the employer

חתימת המעסיק

The insured signed this Proposal Form after its content had been explained to him in a language he understands.

טופס הצעה זה נחתם בידי המועמד לביטוח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

Stamp & signature of the employer / חותמת וחתימת המעסיק	Name of the employer / שם המעסיק	Date / תאריך
---	----------------------------------	--------------

Вопросник о заболеваниях		Нет לא	Да כן	שאלות על מחלות האם אובחנת במהלך חי״ך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?
14. Нервная система и мозг Рассеянный склероз, мышечная дистрофия, паралич, судороги (эпилепсия), T.I.A, инсульт, кровоизлияние в мозг (C.V.A), тремор, атаксия, болезнь Паркинсона. Вопросник по нервной системе				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. שאלון מערכת העצבים
15. Душевные расстройства и попытки суицида Вопросник по психическим расстройствам				15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית
16. Дыхательная система Астма, хронический бронхит, эмфизема легких, туберкулез, кровохарканье, повторяющиеся инфекции дыхательных путей. Вопросник по дыхательным путям / астме				16. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה
17. Пищеварительная система и печень Язва (желудка или двенадцатиперстной кишки), изжога, хронические воспалительные кишечные инфекции, желудочно-кишечные кровотечения, геморрой, ректальные проблемы, хронические заболевания печени, гепатит, камни в желчном пузыре, панкреатит, гепатит (вирусный или иной). Вопросник по желудочно-кишечному тракту, печени и гепатиту				17. דרכי העיכול והכבד אולקוס (כיב קיבה או תסרייון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד
18. Почки и мочевыводящие пути Камни в почках, почечные инфекции, проблемы мочевыводящих путей, кровь или белок в моче, кистоз почек, дисфункция почек, простата Вопросник по проблемам почек и мочевыводящих путей, простаты и яичек (для мужчин)				18. כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליתי, בלוטת הערמונית שאלון כליות ודרכי השתן,שאלון ערמונית ואשכים(לגברים)
19. Метаболические и эндокринные заболевания Сахарный диабет, заболевание щитовидной железы, расстройства надпочечников, почечные кисты, проблемы гипофиза и других желез, повышенное содержание липидов в крови (холестерин, триглицериды). Вопросник по диабету, липидам и щитовидной железе				19. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריליצרידים). שאלון סוכרת, שומנים בדם ובלוטת המגן
20. Дерматология и венерология Сифилис, герпес, опухоли на коже, родинки, бородавки и / или бесплодие и / или проблемы фертильности. Вопросник по дерматологии				20. עור ומין עגבת, הרפס,גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פרייון. שאלון בעיות בעור
21. Злокачественные заболевания, злокачественные или предраковые опухоли / полипы Укажите тип и метод лечения: _____ Приложите отчеты гистологии и справки				21.מחלות ממאירות, גידולים ממאיר/ים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול יש לצרף דוחות ופתולוגיה
22. Инфекционные заболевания, аутоиммунные заболевания, полиомиелит, венерические заболевания и СПИД / ВИЧ. Приложите медицинские справки				22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואידס/נשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים
23. Суставы и кости Артрит, ревматизм (Galt), боли в шее или спине, грыжа межпозвоночного диска, вывих плеча, колена, болезни костей. Вопросник по ревматологии и соединительным тканям и вопросник по проблемам спины и позвоночника				23. פרקים ועצמות- דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה
24. Глаза Катаракта, глаукома, косоглазие, слепота, болезни сетчатки, заболевания роговицы, нарушения зрения, число диоптрий. Вопросник по глазным заболеваниям				24. עיניים- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. שאלון עיניים
25. Отоларингология (ухо / горло / нос) Рецидивирующие инфекции горла или уха, синусит, нарушения слуха, синдром апноэ во сне. Вопросник по отоларингологии				25. אף אוזן גרון- דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. שאלון אף/אוזן/גרון
26. Грыжа Брюшной стенки, паховая, послеоперационных рубцов, пуповая и солнечного сплетения. Приложите медицинские свидетельства				26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים
27. Только для женщин: Страдаете ли Вы или страдали в прошлом какими-либо женскими болезнями: нарушение менструального цикла, проблемы с фертильностью, кровоточивость и уплотнения в груди, проблемы в матке и яичниках, неудовлетворительные результаты гинекологического обследования (например, PAP)? Вы беременны? Каково число зародышей _____ ? Вы страдали от каких-либо проблем во время предыдущих беременностей или на протяжении текущей беременности? Вы рожали с помощью кесарева сечения? Вопросник для женщин				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 בנינוח קיסרי? שאלון נשים
פירוט ממצאים חיוביים				
Подробнее сведения по положительным ответам				
Подпись	חתימה	Имя и фамилия	שם המועמד לביטוח	תאריך