

**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			
E-mail for receipt of notices, information and mailings		Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון

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 שבטוח
Gender / מין		☐ זכר / Male ☐ נקבה / Female			
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
street		רחוב			
E-mail for personal notifications and mailings		Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון
* 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.		

C. 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.	

D. בחר את העיסוק של המועמד לביטוח

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

E. פרטי ביטוח קודמים

Have you ever been insured by Menora Mivtahim company or any other company? ☐ No ☐ Yes If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:		האם היית מבוטח בחברת מנורה מבטחים או בחברת ביטוח אחרת? ☐ לא ☐ כן 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
---	----------------------------------	--------------

הצהרת בריאות		נתונים והפרטים	
(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.		מס' דרכון _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____	
1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג		2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים(שלא כתוצאה מדיאטה)?	
3. האם אתה צורך אלווהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה / יין או משקה אלווהול אחר?		4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר?	
5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?		6. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איזה, מתי, סיבה _____ צרך סיכומי מחלה ומידע עדכני _____	
7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.		8. בדיקות מבחנות: האם עברת ב-10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מהבדיקות: ציטור, מיפוי לב, אקו לב, CT, MRI, אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע _____	
9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?		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. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?		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	
שאלות על מחלות האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?		13. מחלת לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריה), 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. מערכת עצבים והמח 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		15. מחלת לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריה), 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	
16. מערכת העצבים והמח 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		17. מחלת לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריה), 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	

ገሰማማት ዝምልከቱ ሕጎች		እይዳ እኒ	እወ ኦ	መግለጫ ኣዲ ካብ ዝም ቀጸሎም ተዘርዘሮም ዘለዉ ሕግማት ወይ ጥዕናዊ ምዝባዓት ይኹኑ ጸገማት ተራእዮሙኻ ዶ ይፈልጡ?
15. ብመርመራ ኣተረጎጸ ዝኾነበዎት/ዝሕታለታት ኣእምሮ ከምኡውን ፈተነ ርእሱ-ቅትለት				15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית
16. ስርዓተ-እስትንፋስ ኣዝማ: ሕፃናዊ ብርዕካይትስ: ድኽመት ዓቕም ምስትንፋስ ናይ ሳናቡሕ: ፈቢ: ብደም ዝተሰየፍ ትኸትኸታ: ተዳጋጋሚ ረኽሲ ሻምብሮታት ስርዓተ-እስትንፋስ: ገሰርዓተ-እስትንፋስ / ኣዝማ ዝምልከት መሕትት				16. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה
17. ከሰዕ-መዓንግን ጸላም ከብድን ኣልሰር/ቅህሰሊ (ከሰዕ ወይ ጫፍ ቀጢን መዓንግ): ቃንዛ ፈርፋሪት ኣፍ-ልቢ: ሕፃናዊ ነድራዊ ረኽሲ መዓንግ: መድመይቲ ከሰዕ-መዓንግ: ኣምርድዩ/ጀርባዶ: ናይ መሃንቲስ ጸገም: ሕፃናዊ ሕማም ጸላም ከብዲ: ወይቦ: ጸጸር ኣምት: ሕማም ቆስጠ: ወይቦ (ቫይረሳት ደዩስ ካልኣት ታህባስያን ዝጠንቁ): ገኸሰዕ-መዓንግ ዝምልከት መሕትት ከምኡውን ጸላም ከብድን ንምዕማል ኣካላትን ዝምልከት መሕትት				17. דרכי העיכול והכבד אולקוס (כיב קיבה או תסריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבבל, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד
18. ኩሊትን መስመር ሽንትን ጸጸር ኩሊት: ረኽሲ ኩሊት: ጉድለት ኣብ መስመር ሽንት: ህላወ ደም ወይ ፕሮቲን ኣብ ሽንት: ኣብ ጭዋዳ ኩሊት ኣተቓጽረ ማይ: ምስንኻል ንጥፊታት ኩሊት: ናይ ፕሮስታይት ጸገም ገኸሊትን ሻምብቆ ሽንትን: ከምኡውን ጸገም ፕሮስታይትን ፍረ-ኮብስን ዝምልከት መሕትት (ንደቂ-ተባዕትዮ ዝምልከት)				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. ሕማማት ወብጣዊ ንጥፊታትን ስርዓተ-ነዝዒን ኣካላት ሕማም ሽቦር: ዝሕታለ ስርዓተ-ነዝዒ ታይሮይድ: ዝኾነበ መስመር ንጥፊታት ኣድሬናል: ማይ ዝቐጸረ ጭዋዳ ኩሊት: ጸገማት ፒትሪታሪን ካልኣት ክፍላተ-ኣካላዊ ነዝዒን: ልዑል ቅብኣታዊ ትሕዝቶ ደም (ኮሌስትሮል: ትራይግላይሰራይድስ): ገሰማም ሽቦር: ኣካላዊ ቅብኣትን ታይሮይድን ዝምልከት መሕትት				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. ቁርበትን ምስ ቁርበት ምትእስሳር ዘለዎም ጸታዊ ሕማማትን ፍንጣጣ: ቁርበት ዘባላሹ ቫይረሳዊ ሕማም: መንሸር ቁርበት: ብሮት: ጡብ-ኣድጊ ወይ መኻንነት ወይ ናይ ምውላድ ጸገም: ንፍይ ቁርበት ጸገማት ዝምልከት መሕትት				20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריין. שאלון בעיות בעור
21. ተጻባኢት ሕማማት: ተጻባኢት ወይ ቅድመ-መንሸርኣዊ ሕብጥ/ጣት: ፖሊፕስ ንዓይነትን ኣገባብን ሕክምና ብዝምልከት ዝርዝራዊ ሓበሬታ ሃብ ሕክምናዊ ጸብጻብን ፖቶሎጂን ዝምልከቱ ሰነዳት ኣተሓራዝዝ ኣቕርብ				21. מחלות ממאירות, גידולים/ממאיר'ים או טרומ ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול יש לצרף דוחות ופתולוגיה
22. ተላባዕቲ ሕማማት: ምስ ኣካላዊ ስርዓተ-ርእሰ-ምክልኻል ዝተኣሳሰሩ ሕማማት: ፖልዮ: ሕማማት ደጋዊ ጸታዊ ኣካላት: ከምኡውን ኣይድስ/ኤች.ኤይ.ቪ. ሕክምናዊ ሰነዳት ኣተሓራዝዝ ኣቕርብ				22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין איי/ס/ናשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים
23. መላግቢታትን ኣዕጽምትን - ኣርትራይትስ: ዝሕታለ ኣካላዊ መላግቢታት (ጋልት): ቃንዛ ከሳድ ወይ ሕቕ: ሀርኒያ ናይ ዓጽሚ ዓንዲ-ሕቕ: ምምዝባል መንኲብ: ጸገም ብርኪ: ሕማም ዓጽሚ: ገሰማማት ጭዋዳን መላግቢታትን ዝምልከት መሕትት ከምኡውን ገሰኹን ዓንዲ ሕቕን ዝምልከት መሕትት				23. פרקים ועצמות- דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלי), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. שאלון מחלות ראומוטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה
24. ዓይኒ - ዓጽሚ-ዓይኒ (ካታራክት): ግላኮማ: ምስ ኣቃውማ ዓይኒ ዝተኣሳሰር ጸገም: ዑረት: ሕማም ጸሊም ድሕረ-ባይታ ናይ ዓይኒ: ሕማም ሽፋን ኮቦር ዓይኒ: ውራግሪግታ: መጠን ቐጽሪ ዳዮፕተር: ንዓይኒ ዝምልከት መሕትት				24. עיניים- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. שאלון עיניים
25. ሕክምና ኢ.ኤን.ቲ. (ኣፍንጫ/ ኣዝኒ/ ጐረር) - ተደጋግመቲ ናይ ኣዝኒ ወይ ጐረር ረኽሰታት: ጸገማት ስርፍ: ናይ ምስማዕ ጸገም: ብሰንኪ ግዚያዊ ማዕበሰት ስርፍ ዝስዕብ ሕፃናዊ ጸገም ድቃስ: ንኢ.ኤን.ቲ. (ኣፍንጫ/ ኣዝኒ/ ጐረር) ዝምልከት መሕትት				25. אף אוזן גרון- דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. שאלון אף/אוזן/גרון
26. ሀርኒያ (መቐይድት ሀርኒያ) - ናይ ሽፋን ከብዲ: ረቃቕቶ: ናይ ሕክምናዊ መጥባሕቲ በሰላ: ሕምብርትን ጥማራት መትነ-ሰራውር-ደም ናይ ከሰዐን: ሕክምናዊ ሰነዳት ኣተሓራዝዝ ከተቐርብ ይግባእ				26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים
27. ንደቀንስትዮ ጥራይ:- ዝኹነ ይኹን ንጓልንስቲይቲ ጥራይ ዝምልከት ዓይነት ሕማም ሓሚምኪ ዶ ትፈልጡ:- ዝሕታለ ወርሓዊ ጽግያት: ናይ ፍርያምነት ጸገም: መድመይትን ናይ ጡብ ጥረን: ጸገማት ማህጸን ወይ ማህጸር እንቋቑሖ: ኣብ ናይ ወሊድ መርመራ ዝተረኽበ ዘይንቡር ውጽኢት (ከም ነድሪ ነዛዲ ከፋል ጡብ ዝኣመስለ)? ነፍሱ-ጸር ዲኹ? ብዝሒ ናይ-ቶም ኣብ ማህጸንኪ ዘለዉ ዕሻት ከንደይ እየ? _____ ኣብ ዝቐደመ ይኹን ናይ ሕጂ ጥንስኺ ዝኹነ ይኹን ጸገም ኣጓኒፉኪ ነይሩ ዶ? ብመጥባሕቲ ሓሪስኪ ዶ ትፈልጡ? ንደቀንስትዮ ዝምልከት መሕትት				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 בביתוח קיסרי? שאלון נשים
פירוט ממצאים חיובים				
ገርዝር ብዛዕባ እወታዊ ውጽኢታት				
ክታም	ከተማ	ስምን ስም አቦን	ሰም	ስም