

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

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

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
		מס' ח.פ.	

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

B. Insurance Candidate details 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
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
E-mail for personal notifications and mailings	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	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. Insurance period requested 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.	

D. Please select The Insurance candidate's occupation ד. בחר את העיסוק של המועמד לביטוח

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

E. Details of previous insurance policies 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
---	----------------------------------	--------------

Nombre	שם פרטי	Apellido	שם משפחה	Pasaporte n.º	מס' דרכון
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 אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה / יין או משקה אלכוהולי אחר? שאלון אלכוהול	
4. ¿Consume 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 אושפדת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איזה, מתי, סיבה _____ צרף 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, אנדוסקופיה, 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 קרומ 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	

מס' דרכון Pasaporte n.º		שם משפחה Apellido		שם פרטי Nombre
שאלות כלליות על מצב רפואי		כן Sí	לא No	Preguntas generales sobre su condición médica
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				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
15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית				15. Trastornos mentales diagnosticados e intentos de suicidio Cuestionario sobre enfermedades mentales
16. דרכי נשימה אסטמה, ברוניטיס כרונית, אמפיזימה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה				16. Sistema respiratorio Asma, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, hemoptisis, infecciones recurrentes del tracto respiratorio. Cuestionario sobre el sistema respiratorio/asma
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 בלבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד				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
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)				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)
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				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
20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריין. שאלון בעיות בעור				20. Dermatología y venereología Sífilis, herpes, tumores de la piel, lunares, verrugas y/o infertilidad y/o problemas de fertilidad. Cuestionario de problemas dermatológicos
21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול יש לצרף דוחות ופתולוגיה				21. Enfermedades malignas, tumores malignos o precancerosos, pólipos Detalle el tipo y método de tratamiento Adjunte informes y patología
22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואידס/נשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים				22. Enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, poliomieltitis, enfermedades venéreas y Sida/VIH Adjunte documentos médicos
23. פרקים ועצמות - דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה				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
24. עיניים - קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. שאלון עיניים				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
25. אף אוזן גרון - דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. שאלון אף/אוזן/גרן				25. Otorrinolaringología (nariz/oido/garganta) - infecciones de garganta recurrentes, sinusitis, trastornos de audición, síndrome de apnea del sueño. Cuestionario sobre otorrinolaringología (nariz/oido/garganta)
26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים				26. Hernia - de la pared abdominal, ingle, cicatrices quirúrgicas, ombligo y plexo solar. Se requiere adjuntar documentos médicos
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 בניתוח קיסרי? שאלון נשים				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
פירוט ממצאים חיוביים		Detalles sobre las respuestas positivas		
תאריך Fecha	שם המועמד לביטוח Nombre del candidato al seguro	חתימה Firma		