

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

2/2019

הצעה לביטוח עובדים זרים

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
---	----------------------------------	--------------

הצהרת בריאות		הצהרת בריאות	
ב. הצהרת בריאות (תמך צהרת בריאות בלשון זכר, אך היא מכוננת 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 _____ רשם גזר הספר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ תאריך _____			
שאלות כלליות על מצב רפואי	נעם כן	לא	אסئلة عامة حول الحالة الصحية
1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג			1. الطول _____ متر الوزن _____ كغم
2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים(שלא כתוצאה מדיאטה)?			2. هل طرأ أي تغيير على وزنك (5 كغم فما فوق) خلال الاثني عشر شهراً الأخيرة (ليس ناجماً عن حمية غذائية)?
3. האם אתה צורך אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה /ין או משקה אלכוהולי אחר?			3. هل تتناول الكحول حالياً أو تناولتها في السابق – أكثر من كأس واحد في اليوم من البيرة / النبيذ أو مشروب كحولي آخر?
4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר?			4. هل تعاطيت المخدرات في الحاضر أو في الماضي?
5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?			5. هل أجريت خلال العشر سنوات الأخيرة عملية جراحية أو تم توصيتك بإجراء عملية جراحية?
6. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איה, מתי, סיבה _____			6. هل مكثت خلال العشر سنوات الأخيرة في مستشفى أو في مؤسسة طبية? ما هي, متى وما هو السبب _____
7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.			7. هل تتناول أدوية بشكل منتظم بسبب مرض مزمن? فصل اسم الدواء وسبب تناوله
8. בדיקות אבחנתיות: האם עברת ב-10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מהבדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אנדסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע			8. فحوصات تشخيصية: هل أجريت خلال السنوات العشر الأخير أو أوصي لك بإجراء واحد أو أكثر من الفحوصات التالية: قسطرة، صورة للقلب، أيكو للقلب، CT، MRI، منظار، فحص لتشخيص ورم خبيث، خزعة، أو دم خفي? إذا كانت الإجابة نعم، فصل نوع الفحص، التاريخ، نتائج الفحص وسبب إجراء الفحص
9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?			9. هل وصلت إشعار خلال 10 الأشهر السابقة من بنك الدم في أعقاب تبرع سنوي بالدم?
10. היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך בקרב אחד מקרוביך (אב, אחים, אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סכרת, כליות פוליצסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטיגטון, מחלות נפשיות, מחלת הפרקינסון ומחלת האלצהיימר. פרט למי וגיל האבחנה			10. التاريخ العائلي: هل بحسب معلوماتك تم لدى أي من أقاربك (أب، أم، أخوة، أخوات) تشخيص أي من الأمراض التالية: أمراض قلب، سكتة دماغية، سرطان القولون، سرطان المبيض، سرطان الثدي، السكري، تكيس الكلى، التصلب المتعدد، ضمور العضلات، مرض هنتينغتون، أمراض نفسية، مرض الباركنسون أو مرض الزهايمر . فصل من تم تشخيص المرض لديه وفي أي سن
11. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?			11. هل تعاني من معيقات عند القيام بإحدى النشاطات التالية: الوقوف، الاستلقاء، خلع الملابس، ارتداء الملابس، الاغتسال، الأكل والشرب، السيطرة على الإخراج، المشي?
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 מבטוח לאומי ו/או הינך נמצא באי כושר עבודה כעת? שאלון נכות			12. الاعاقة والتشوّهات الخلقية – هل حددت لك نسبة إعاقة (اليوم أو في الماضي) وذلك نتيجة عيب خلقي أو مكتسب، إصابة، سبب طبي? هل أنت موجود ضمن اجراءات تحديد نسبة إعاقة و/أو حصلت على باعتراف إعاقة من التأمين الوطني و/أو أنك موجود ضمن وضع عدم القدرة على العمل حالياً? استبيان الاعاقة
שאלות על מחלות	נעם כן	לא	אסئلة حول الأمراض
האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?			هل تم تشخيص أي من الأمراض و/أو الاضطرابات و/أو المشاكل الصحية المذكورة أدناه لديك خلال حياتك?
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. שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם ושאלון מחלות לב וקרישה			13. القلب والدم أمراض القلب، الذبحة الصدرية، احتشاء عضلة القلب، اضطراب في نظم القلب، مشاكل في صمامات القلب، أمراض قلب خلقية، اعتلال عضية القلب أو التامور. ارتفاع ضغط الدم، الاوعية الدموية، تجلط الدم، الدوالي، اضطرابات في الدورة الدموية، تضيق الشرايين. استبيان القلب، الاوعية الدموية وارتفاع ضغط الدم واستبيان أمراض القلب والتجلط

שאלות על מחלות		נעם כן	לא	אסئلة حول الأمراض هل تم تشخيص أي من الأمراض و/أو الاضطرابات و/أو المشاكل الصحية المذكورة أدناه لديك خلال حياتك؟
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				14. الجهاز العصبي والدماغ التصلب المتعدد, ضمور العضلات, الشلل, التشنجات (الصرع), T.I.A, سكتة دماغية, نزيف دماغي (C.V.A), الرعاش, اضطرابات في التوازن, باركنسون (شلل رعاشي). استبيان الجهاز العصبي
15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית				15. اضطرابات نفسية مشخصة ومحاولات انتحار استبيان الأمراض النفسية
16. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזימה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה				16. المجاري التنفسية الربو, التهاب الشعب الهوائية المزمن, وانتفاخ الرئة, السل, نخر الدم, عدوى متكررة في المجاري التنفسية. استبيان المجاري التنفسية / الربو
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 בבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד				17. الجهاز الهضمي والكبد قرحة (قرحة المعدة أو الاثني عشر), حرقة, التهاب الأمعاء المزمن, نزيف في الجهاز الهضمي, البواسير, مشاكل في المستقيم, أمراض الكبد المزمنة, اليرقان, حصي المرارة, التهاب البنكرياس, التهاب الكبد (الفيروسي أو غيره) استبيان الجهاز الهضمي واستبيان اليرقان والكبد
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. الكلى والمسالك البولية حصي الكلى, التهابات في الكلى, تشوهات في المسالك البولية, دم او بروتين في البول, تكيس الكلى, اضطرابات في وظائف الكلى, غدة البروستات. استبيان الكلى والمسالك البولية, استبيان البروستات والخصيتين (للرجال)
19. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סוכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים). שאלון סוכרת, שומנים בדם ובלוטת המגן				19. أمراض الأيض والغدد الصماء مرض السكري, اضطرابات الغدة الدرقية, الغدة الكظرية, تكيس الكلى, الغدة النخامية والغدد الأخرى, ارتفاع الدهون في الدم (كولسترول, تريغليسرايد). استبيان السكري والدهون في الدم والغدة الدرقية
20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריין. שאלון בעיות בעור				20. الأمراض الجلدية والتناسلية الزهري, الهريس, أورام الجلد, الشامات, الثآليل و/ ومشاكل العقم و / أو مشاكل الخصوبة. استبيان المشاكل الجلدية
21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול יש לצרף דוחות ופתולוגיה				21. الأمراض الخبيثة, الورم/الأورام الخبيثة او الحميدة, الأورام الحميدة. فصل نوع وطريقة العلاج يجب ارفاق تقارير الأمراض
22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים				22. الأمراض المعدية, أمراض جهاز المناعة, شلل الأطفال, الأمراض التناسلية والايدز / حامل لفيروس HIV يجب ارفاق تقارير طبية
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				23. المفاصل والعظام – التهاب المفاصل, النقرس, آلام الظهر أو العنق, انزلاق غضروفي, الكتفين, الركبتين, أمراض العظام. استبيان الأمراض الروماتيزمية والأنسجة الضامة واستبيان الظهر والعمود الفقري
24. עיניים- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. שאלון עיניים				24. العيون – اعتام عدسة العين (كتاراكت), مياه زرقاء (غلوكوما), الحول, العمى, اعتلال الشبكية, مشاكل في القرنية, اضطرابات في الرؤية, رقم الانكسار استبيان العيون
25. אף אוזן וחנجر – التهابים מוקדניים, חלק או האוזן, התהוות בגיב האף, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. שאלון אף/אוזן/גרון				25. أنف أذن وحنجرة – التهابات متكررة في الحلق أو الأذنين, التهابات في الجيوب الأنفية, اضطرابات في السمع, متلازمة انقطاع التنفس خلال النوم. استبيان الأنف / الأذن / الحنجرة
26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים				26. فتق (تمزق فتقي) - من جدار البطن, الفخذ/المنفرج, من الندوب الجراحية, فتق سري وفتح الحجاب الحاجز. يجب ارفاق التقارير الطبية
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. للنساء فقط: هل تعانيين أو عانيت في السابق من أمراض خاصة بالنساء: عدم انتظام الطمث, مشاكل في الخصوبة, نزف أو كتل في الثديين, مشاكل في الرحم والمبيضين, نتائج غير سليمة لفحوصات نسائية (مثل PAP) هل أنت حامل? ما هو عدد الأجنة? هل عانيت من مشاكل خلال حمل سابق أو في هذا الحمل? هل ولدت بجملة قيصرية? استبيان النساء تفاصيل المعطيات الإيجابية
פירוט ממצאים חיוביים				
תאריך	الاسم واسم العائلة	שם המועמד לביטוח	التاريخ	חתימה
				رقم جواز السفر