

**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
		מס' ח.פ.	payment per day

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

Declarația de sănătate		הצהרת בריאות	
(din conveniență, această declarație este scrisă în forma masculină, dar este destinată pentru ambele sexe) Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările următoare. Pentru fiecare întrebare este necesar a se bifa în coloana "Da" sau "Nu" și în cazul în care constatarea este pozitivă, notați numărul întrebării și detaliile în linia "Detaliile constatărilor pozitive".		(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	
Nume și prenume	שם פרטי	שם משפחה	Nr. de Pașaport
מס' דרכון			
Întrebări generale cu privire la starea medicală		Nu לא	Da כן
1. Înălțime _____ metri Greutate _____ kg.			
2. A existat vreo schimbare în greutate (5 kg și mai mult) în cursul ultimilor 12 luni (nu ca urmare a unei diete)?			
3. Consumați acum, sau ați consumat în trecut alcool - mai mult decât un pahar pe zi de bere / vin sau altă băutură alcoolică? Chestionar de alcool			
4. Consumați acum, sau ați consumat în trecut droguri? Chestionar de droguri			
5. Ați avut o intervenție chirurgicală în cursul ultimilor 10 ani sau vi s-a recomandat o intervenție chirurgicală?			
6. Ați fost internat în cursul ultimilor 10 ani la un spital sau la o instituție medicală? Care din ele, când, motivul Atașați rezumat medical și informații actualizate			
7. Luați în mod regulat medicamente pentru o condiție cronică? Detaliați numele medicamentului și motivul pentru luarea acestuia			
8. Teste diagnostice: Ați suferit în cursul ultimilor 10 ani sau vi s-a recomandat de a face unul sau mai multe dintre următoarele teste: cateterizare, scanare cardiacă, ecocardiografie, RMN, CT, endoscopie, teste pentru detectarea unei tumori canceroase, biopsie, și sânge oculte? În caz afirmativ, vă rugăm să precizați tipul de test, data, rezultatele testului, și motivul pentru care acest test a fost făcut			
9. Ați primit o notificare în cursul ultimilor 10 ani de la Banca de Sânge ca urmare a unei donare de sânge anuală?			
10. Istorie familială: După știința cea mai bună a dumneavoastră, una dintre rudele dumneavoastră (tata, mama, frați) a fost diagnosticat cu următoarele boli: boli de inimă, accident vascular cerebral, cancer de colon, cancer ovarian, cancer de sân, diabet, rinichi polichistici, scleroză multiplă, distrofia musculară, boala Huntington, boli mintale, boala Parkinson și boala Alzheimer. Detaliați persoana și vârsta la care a fost făcut diagnosticul			
11. Sunteți limitat când efectuați una dintre următoarele acțiuni: a sta în picioare, la culcare, la dezbrăcare, la îmbrăcare, la baie, la mâncare și la băutură, incontinență, mers pe jos?			
12. Dizabilitate și defect congenital - Ați fost acordat dizabilitate (în prezent sau în trecut) pentru un defect congenital sau achiziționat, un accident, un motiv medical? Vă aflați într-un proces de determinare de procente de dizabilitate și / sau ați fost acordat dizabilitate de către Institutul Național de Asigurări și / sau vă aflați în prezent în incapacitate de muncă? Chestionar de Dizabilitate			
Întrebări referitoare la boli Ați fost diagnosticat vreodată cu boli și / sau dezordini și / sau probleme medicale enumerate mai jos?		Nu לא	Da כן
13. Inima și sânge Boală cardiacă, angină pectorală, infarct miocardic, aritmie, probleme ale valvelor inimii, boli cardiace congenitale, cardiomiopatie sau tulburări pericardice. Hipertensiune (arterială), vase de sânge, cheaguri de sânge, varice, probleme de circulație, îngustarea arterelor. Chestionar de inimă, cardiovascular și hipertensiune (arterială) și chestionar de coagulare și boli de sânge			

Întrebări referitoare la boli Ați fost diagnosticat vreodată cu boli și / sau dezordini și / sau probleme medicale enumerate mai jos?		Nu la	Da pe	שאלות על מחלות האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?
14. Scleroză multiplă, distrofie musculară, paralizie, spasme (epilepsie), T.I.A, congestie (cerebrală), hemoragie cerebrală (C.V.A.), tremur, ataxie, Parkinson.				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. Diagnosticat cu dezordini mintale și tentativă de suicid Chestionar boală mintală				15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית
16. Sistemul respirator Astm, bronșită cronică, emfizem, tuberculoză, hemoptizie, infecții repetate ale tractului respirator. Chestionar sistemul respirator / astm				16. דרכי נשימה אסטמה, ברוניטיס כרונית, אמפיזימה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה
17. Tractul gastro-intestinal și ficat Ulcerul (ulcere gastrice sau duodenale), arsuri la stomac, infecție intestinală inflamatorie cronică, sângerări gastro-intestinale, hemoroizi, probleme rectale, boli cronice ale ficatului, hepatită, calculi biliari, pancreatită, hepatită (virală sau în alt mod). Chestionar gastro-intestinal și ficat, și icter				17. דרכי העיכול והכבד אולקוס (כיב קיבה או תרסריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד
18. Rinichii și tractul urinar Pietre la rinichi, infecții renale, defecte ale tractului urinar, sânge sau proteine în urină, chisturi renale, disfuncție renală, prostate Chestionar de rinichi și ale tractului urinar, chestionar de prostată și testicular (pentru bărbați)				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. Boli metabolice și endocrine Diabet, dezordini tiroidiene, dezordini suprarenale, chisturi renale, glanda pituitară și alte glande, nivelul ridicat al lipidelor din sânge (colesterol, trigliceride). Chestionar de diabet zaharat, lipide și tiroida				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
20. Dermatologie și Venerologie Sifilisul, herpes, tumori ale pielii, negi, alunițe și / sau infertilitate te si / sau probleme de fertilitate. Chestionar de dermatologie				20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריון. שאלון בעיות בעור
21. Boli maligne, tumori maligne sau precanceroase, polipi Describe tipul și metoda de tratament				21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרומ ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול
Atașați rapoarte și patologia		יש לצרף דוחות ופתולוגיה		
22. Boli infecțioase, boli autoimune, poliomieliita, boli venerice și SIDA / HIV Atașați documente medicale				22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים
23. Articulații și oase - artrită, reumatism (Galt), gât sau dureri de spate, hernie de disc, dislocarea umărului, genunchi, boala de oase. Chestionar de boli reumatologice și ale țesutului conjunctiv și chestionar a spatelui și a coloanei vertebrale				23. פרקים ועצמות- דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאליט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה
24. Ochii - cataracta, glaucom, strabism, orbire, boli retiniene, boala corneei, dezordini de vedere, numărul de dioptrie.				24. עיניים- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. שאלון עיניים
25. Otolaryngologie (nose/ ear/ throat) - ear recurrent or throat infections, sinusitis, hearing disorders, sleep apnea syndrome. questionnaire Otolaryngology (nose/ ear/ throat)				25. אף אוזן גרון- דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. שאלון אף/אוזן/גרון
26. Hernie (ruptură de hernie) - a peretelui abdominal, inghinal, cicatrici chirurgicale, ombilic si plexul solar. A atașa documentele medicale				26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים
27. Pentru femei: Suferiți sau ați suferit de boli de femei: menstruație neregulată, probleme de fertilitate, sângerare si chisturi de sân, probleme la uter și ovare, constatări de neregularități la examen ginecologic (cum ar fi PAP)? Sunteți însărcinată? Care este numărul de feteși? _____ Ați suferit de probleme în sarcini anterioare sau în timpul sarcinii curente? Ați dat naștere printr-o operație cezariană? Chestionar pentru femei				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 בנייתוח קיסרי? שאלון נשים
פירוט ממצאים חיוביים. פרטים				
Semnătura		Nume și prenume		Data
חתימה		שם המועמד לביטוח		תאריך