

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ ТУРИСТА

2 / 2019

2/2019

Отвечайте на вопросы точно и полностью
Не используйте прочерки и знаки вместо слов.
Формуляр адресован как мужчинам, так и женщинам.

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים
או בסימנים במקום מילים.
הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

Следует честно и полностью отвечать на каждый существенный
вопрос, иные ответы могут повлиять на выплаты по Вашим
страховым условиям.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה
כן
יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

Имя агента		הסוכן שם		№ агента		מספר הסוכן	
אריק רוזן				548231			
Название компании / коллектива		שם החברה / קולקטיב		Регистрационный номер частной компании		מס' ח.פ.	
						№ договора по коллективному полису / ежедневные взносы	
						מספר הסכם בפוליסה / פרמיה ליום	
А. Личные данные кандидата на страхование				א. פרטי המועמד לביטוח			
Имя		שם פרטי		Фамилия		שם משפחה	
						№ паспорта	
Гражданство		תאריך לידה		Дата въезда в Израиль		תאריך כניסה לישראל	
ארצות		מיקוד		מין / תל		מזכר / נקבה	
Почтовый индекс		Город		№ дома		מס' בית	
מיקוד		עיר		מס' בית		Улица רחוב	
Электронная почта уведомлений и сообщений		דוא"ל להודעות אישיות ודיוריים		Номер мобильного телефона		מס' טלפון נייד	
						Номер телефона	
						מס' טלפון	
Б. Запрашиваемый период страхования				ב. תקופת ביטוח מבוקשת			
Дата окончания		עד לתאריך		Дата начала		מתאריך	
* Внимание: Запрашиваемые даты не обязывают Компанию; эффективная дата начала страхового периода является такой, как указано на странице страховых данных.				* לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.			
В. Декларация о состоянии здоровья				ג. הצהרת בריאות			
Для удобства данная декларация сформулирована с использованием мужского грамматического рода, но относится к обоим полам. Пожалуйста, ответьте на все следующие вопросы.				(למען הפשטות מנוסחת הצהרה זו בלשון זכר, אך היא מכוונת לבני שני המינים.)			
Для ответа на каждый вопрос в столбцах «Да» и «Нет» отметьте «галочку» (✓), а если Вы ответили положительно, укажите номер вопроса и опишите подробности в строке «Подробности в случае положительного ответа».				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.			
Общие вопросы по состоянию здоровья				לא НЕТ		כן ДА	
1. Диагностические проверки: Проходили ли Вы за последние 10 лет, или получали рекомендацию на прохождение одной или более из следующих проверок: Катетеризация, сканирование сердца, ЭКГ, ЯМР, компьютерная томография, эндоскопия, колоноскопия, гастроскопия для выявления злокачественных образований, биопсия, скрытая кровь? Если «Да», укажите тип проверки, дату, результаты проверки, и причину выполнения проверки.						1. בדיקות אבחנתיות: האם עברת ב-10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מהבדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אנדוסקופיה, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע	
Вопросы о заболеваниях. Ставили ли Вам когда-либо диагнозы по следующим заболеваниям и / или расстройствам и / или медицинским проблемам, указанным далее?				שאלות על מחלות האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?			
2. Нервная система и головной мозг. Множественный (рассеянный) склероз, мышечная дистрофия, паралич, спазмы (эпилепсия), транзисторная ишемическая атака, удар, мозговое кровоотечение (инсульт), тремор, атаксия, болезнь Паркинсона.						2. 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.	
3. Диагностированные психические расстройства и попытки самоубийства.						3. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות	

4.	Дыхательная система. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), кистозный фиброз, туберкулез, кровохаркание, хронические инфекции дыхательных путей.			דרכי נשימה מחלת ריאות חסימתית כרונית, COPD, סיסטיק פיברוזיס, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.	4
5.	Почечная / ренальная недостаточность, почечная киста, почечная дисфункция, простатит.			אי ספיקת כליות, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליות, בלוטת הערמונית	5
6.	Злокачественные заболевания, злокачественные или преанцирогенные опухоли, полипы. Опишите тип и метод лечения _____. Требуется приложить отчеты, в том числе отчет по патологии.			מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול _____ יש לצרף דוחות ופתולוגיה.	6
7.	Инфекционные заболевания, аутоиммунные заболевания, полиомиелит, венерические заболевания и СПИД / ВИЧ. Требуется приложить медицинские документы.			מחלות זיהומיות, מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס / נשא HIV. יש לצרף מסמכים רפואיים	7

Подробности в случае положительного ответа **חיוביים ממצאים פירוט**

К Вашему сведению, - данный полис не покрывает страховые случаи, вызванные существующим состоянием здоровья. **לתשומת לבך, הפוליסה הנ"ל אינה מכסה מקרה ביטוח הנובע ממצב רפואי קיים.**

Подпись кандидата на страхование	חתימה X	Имя кандидата на страхование	שם המועמד לביטוח	Data	תאריך
----------------------------------	---------	------------------------------	------------------	------	-------

Г. Оплата кредитной картой **ד. תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

ניתן לשלם בשני תשלומים לתקופת ביטוח העולה על 90 יום, אם לא צויין מס' תשלומים, ייגבה בתשלום אחד. מס' תשלומים _____.

Оплату за страховой период, превышающий 90 дней, можно произвести в два платежа. Количество платежей: _____.

Данные кандидата на страхование **לביטוח המועמד פרטי**

Имя	שם פרטי	Фамилия	שם משפחה	№ паспорта	מס' דרכון
-----	---------	---------	----------	------------	-----------

Данные владельца кредитной карты **פרטי המשלם**

№ удостоверения личности	מס' ת.ז.	Имя	שם פרטי	Фамилия	שם משפחה
--------------------------	----------	-----	---------	---------	----------

Почтовый индекс	מיקוד	Город	עיר	№ дома	מס' בית	Улица	רחוב	Адрес / כתובת
-----------------	-------	-------	-----	--------	---------	-------	------	---------------

Дата истечения срока кредитной карты	בטוקף עד (חודש ושנה)	№ кредитной карты	מס' כרטיס אשראי
--------------------------------------	----------------------	-------------------	-----------------

Номер мобильного телефона	מס' טלפון נייד	Электронная почта	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 שיופנק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

К Вашему сведению, указанное платежное средство будет использовано для оплаты страховых взносов в отношении всех лиц, застрахованных по данному полису. Суммы и даты внесения взносов будут определены в соответствии с правилами Компании, согласно условиям оплаты по страховому полису, а также согласно периодическим изменениям в таких условиях. Настоящее разрешение будет иметь силу также для кредитной карты, которая будет выпущена взамен указанной и будет иметь другой номер, чем указанная в данном формуляре.

X

Подпись владельца кредитной карты / הכרטיס אשראי **תאריך / Data**

Д. Разрешение на действия агента **ה. אישור המועמד לביטוח לפעילות סוכן**

Настоящим я, нижеподписавшийся, разрешаю моему страховому агенту по настоящему Полису, Г-ну / Г-же _____, от моего имени и по моему поручению, действовать по всем вопросам, связанным с настоящим иском, включая отправление в компанию Менора и получение от компании Менора, от моего имени и по моему поручению, всей корреспонденции и / или документов, связанных с настоящим иском, а также выступать в качестве моего представителя по всем вопросам и в целях, связанных с настоящим иском.	הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מ/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו וכלל זאת להגיש ל"מנורה" ולקבל מ"מנורה" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.
Подпись застрахованного лица X _____	חתימת המועמד לביטוח X _____

Е. Декларация просителя / кандидата на страхование		1. הצהרת המבקש / המועמד לביטוח	
<p>Я, нижеподписавшийся, кандидат на страхование, настоящим прошу Страхователя застраховать кандидата на страхование в соответствии со сведениями, указанными в настоящем формуляре (далее в тексте: «Заявление»).</p> <p>Настоящим я заявляю, соглашаюсь и обязуюсь в следующем:</p> <ol style="list-style-type: none"> Все ответы на вопросы, указанные в настоящем Заявлении, и / или в декларации о состоянии здоровья, являются верными и полными, и я не скрыл от Страхователя ничего, что могло бы повлиять на решение Страхователя принять данное Заявление. Ответы, указанные в данном Заявлении, и любая другая письменная информация, предоставляемая мной Страхователю, а также условия, принятые у Страхователя по данным аспектам, будут служить в качестве условий страхового договора между Страхователем и мной, и будут являться неотъемлемой частью такого договора. Настоящим я подтверждаю и соглашаюсь, что принятие либо отказ моего Заявления осуществляется исключительно по усмотрению Страхователя, и что Страхователь имеет право принять мое Заявление либо отказать в приеме согласно соответствующему законодательству. Я соглашаюсь, что страховой полис по страховой программе, запрашиваемый в данном Заявлении, будет доставлен мне посредством агента, чьи личные данные указаны в начале данного Заявления. Если Вы желаете получить данный полис и / или информацию в рамках процесса присоединения к данному полису и процедуры присоединения к данному полису напрямую, Вы можете связаться в любое время со страховой компанией «Менора» по телефону 03-7107460. 		<p>אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: "ההצעה")</p> <p>אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולת או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות למנורה בכל עת בטלפון מס' 03-7107460 	
Ж. Отказ от врачебной тайны		ז. ויתור כל סודיות רפואית	
<p>Я, нижеподписавшийся, настоящим разрешаю медицинскому учреждению и / или вашим сотрудникам и / или любому лицу, действующему от вашего имени либо в качестве вашего агента, предоставить страховой компании «Менора Мивтахим Лтд.» (далее в тексте, Запрашивающий) все подробные сведения, без исключения, в отношении состояния моего здоровья и / или любого заболевания, обнаруженного у меня в прошлом и / или имеющегося у меня в настоящее время, включая информацию по психиатрической либо другой душевной терапии, которую я проходил, в виде, затребованном Запрашивающим, а также настоящим я освобождаю вас и / или ваших сотрудников и / или любое лицо, действующее от вашего имени либо в качестве вашего агента, от обязанности соблюдения врачебной тайны во всех аспектах, связанных с состоянием моего здоровья и / или заболеваниями как указано выше, а также я отказываюсь от соблюдения указанной тайны для целей Запрашивающего, и отказываюсь от исков либо претензий против вас в связи с вышеуказанным, включая претензии в силу Закона о защите личных данных и / или Закона о правах пациентов в отношении врачебной тайны и / или в силу любого другого закона.</p>		<p>אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותי כ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר ל"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.</p>	
3. Информация для кандидата на страхование		ח. מידע למועמד לביטוח	
<p>Если Вы являетесь лицом с ограниченными физическими способностями согласно определению в Законе о равных правах лиц с ограниченными физическими способностями от 5748 – 1998 года, иными словами, «Лицо с ограниченными физическими, психическими либо интеллектуальными способностями, включая нарушение когнитивных функций, временно либо постоянно, когда такие ограничения существенно ограничивают функционирование такого лица в одной или более сферах жизненной деятельности», просим Вас информировать нас о таком факте через Вашего страхового агента, чьи личные данные указаны в начале данного Заявления.</p>		<p>ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח – 1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.</p>	
<p>Я подтверждаю, что прочитал и понял указанное в настоящем Заявлении, включая все декларации, содержащиеся в нем.</p>		<p>אני מאשר כי קראתי והבנתי את האמור בהצעה זו, לרבות ההצהרות המופיעות בה.</p>	
Подпись кандидата на страхование		חתימת המועמד לביטוח	
Подпись	חתימה	№ паспорта	מס' דרכון
	X		
		Имя кандидата на страхование	שם המועמד לביטוח
		Date	תאריך

F. Payment by credit card**1. 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.
12 חודשים - עד 10 תשלומים. מס' תשלומים _____ Payments No. _____ up to 10.

פרטי המועמד לביטוח Insurance applicant personal details

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

פרטי המשלם Provision of credit card holder

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

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

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

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

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.

_____ x _____
Signature of the credit card holder / חתימת בעל הכרטיס אשראי **Date / תאריך**

חתימת המעסיק Signature of the employer

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.
---	---

_____ x _____
Stamp & signature of the employer / חותמת וחתימת המעסיק **שם המעסיק / Name of the employer** **Date / תאריך**