

Meno Medic Top - Proposal for Health Insurance

מל' 03-6735915
 פקס' 03-6729025

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 / payment per day
			פרמיה ליום

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

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
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
Cellphone no.	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	Telephone no.	מס' טלפון נייד	E-mail for personal notifications and mailings	
* 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. Please select The Insurance candidate's occupation

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

G. Health declaration

for the sake of convenience this declaration is written in the masculine form, but it is intended for both sexes. Please answer all the following questions.

in the "Yes" or "No" column For each question place a check mark ✓ and if the finding is positive, note the question number and the details in the "Details of positive findings" line.

(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.

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

שאלות כלליות על מצב רפואי		כן YES	לא NO
1.	גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג		
2.	האם חל שינוי במשקל (5 ק"ג ומעלה) במהלך 12 החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?		
3.	האם אתה צורך אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה / יין או משקה אלכוהולי אחר?		
4.	האם אתה מעשן או עישנת בעבר? ☐ כיום ☐ בעבר מתי הפסקת? _____		
5.	האם צרכת סמים בהווה או בעבר?		
6.	האם עברת ב- 10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?		
7.	האם אושפדת ב- 10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איה, מתי, סיבה _____ צורף סיכומי מחלה ומידע עדכני		
8.	האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.		
9.	בדיקות אבחנתיות: האם עברת ב- 10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מבדיקות: ציטור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע		

Questions about diseases Were you ever diagnosed with the diseases and/or disorders and/or medical problems listed below?

שאלות על מחלות		כן YES	לא NO
10.	Heart and blood Heart disease, angina pectoris, myocardial infarction, arrhythmias, heart valve problems, congenital heart disease, cardiomyopathy or pericardial disorders. High blood pressure, blood vessel, blood clots, varicose roses, circulation problems, narrowing of the arteries.		
11.	The nervous system and the brain Multiple sclerosis, muscular dystrophy, paralysis, spasms (epilepsy), T.I.A, stroke, brain hemorrhage (c.v.a), tremor, ataxia, Parkinson.		
12.	Diagnosed mental disorders and attempted suicide		
13.	Respiratory system Asthma, chronic bronchitis, emphysema, tuberculosis, hemoptysis, repeat respiratory tract infections.		
14.	Gastrointestinal tract and liver Ulcer (gastric or duodenal ulcers), heartburn, chronic inflammatory intestinal infection, gastrointestinal bleeding, hemorrhoids, rectal problems, chronic liver disease, hepatitis, gallstones, pancreatitis, hepatitis (viral or otherwise).		
15.	Kidneys and urinary tract Kidney stones, kidney infections, urinary tract defects, blood or protein in the urine, renal cysts, renal dysfunction, Prostate.		
16.	Metabolic and endocrine diseases Diabetes, thyroid disorder, adrenal disorder, kidney cysts, pituitary and other glands, high blood lipids (cholesterol, triglycerides).		
17.	Dermatology and Venereology Syphilis, herpes, skin tumors, moles, warts and/or infertility and/or fertility problems.		
18.	Malignant diseases, malignant or precancerous tumor/s, polyps Detail the type and method of treatment _____ Enclose reports and pathology		
19.	Infectious diseases, autoimmune diseases, polio, venereal diseases and AIDS/ HIV. Enclose medical documents		
20.	Joints and bones - arthritis, rheumatism (Galt), neck or back pain, herniated disc, dislocation of shoulder, knee, bone disease.		
21.	Eyes - cataract, glaucoma, strabismus, blindness, retinal disease, cornea disease, visual disturbances, diopter number.		
22.	Otolaryngology (nose/ ear/ throat) - ear recurrent or throat infections, sinusitis, hearing disorders, sleep apnea syndrome.		
23.	Hernia (hernia break) - of the abdominal wall, groin, surgical scars, navel and solar plexus. Medical documents must be enclosed		
24.	For women only: Do you suffer or have you suffered from any women's illnesses: irregular menstruation, fertility problems, bleeding and breast cysts, problems in the uterus and ovaries, irregular findings in a gynecological exam (such as PAP)? Are you pregnant? What is the number of fetuses? _____ Have you suffered from any problems in previous pregnancies or in the current pregnancy? Have you given birth by a Caesarean Section?		

פירוט ממצאים חיוביים		תאריך	
Signature of the Insurance Candidate	חתימה	Insurance Candidate name	שם המועמד לביטוח
	X	Date	תאריך

H. Receipt of all the information in the Policy		ח. אישור המועמד לביטוח לפעילות סוכן	
I hereby permit my insurance agent for the Policy, Mr/Ms <u>arik rozen</u>, to handle on my behalf and for me all matters related to this claim, including submitting to Menora and receiving from Menora on my behalf and for me all correspondence and/or documents related to a claim, and to serve as my representative for all intents and purposes related to this claim. Signature of the Insured <u>X</u>		הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב' <u>אריק רוזן</u> לטפל בשמי ועבורי לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל 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. חתימת המועמד לביטוח <u>X</u>	
I. Applicant / insurance candidate declaration		ט. הצהרת המבקש/ המועמד לביטוח	
I the undersigned, the insurance candidate, hereby request the insurer to insure the insurance candidate pursuant to the details in this form (hereinafter: "the Proposal"). I hereby represent, agree and undertake that: - All of the answers specified in the proposal and/or in the health declaration are correct and complete, and I did not conceal from the insurer anything that may affect the insurer's decision to accept the insurance proposal. - The answers specified in the proposal and any other information in writing to be given to the insurer by me, as well as the insurer's customary terms in this matter, shall serve as the terms of the insurance contract between me and the insurer and shall constitute an integral part thereof. - I hereby confirm and agree that the acceptance or rejection of my proposal is at the sole discretion of the insurer and it is entitled to decide whether to accept or reject the proposal subject to the law. - I agree that the insurance policy of the insurance plans requested in this proposal be delivered to me by means of the agent whose details appear at the beginning of this proposal. - If you wish to receive the policy and/or the information in the framework of the underwriting procedure and the procedure of joining this policy directly, as well, you may contact menora at any time by phoning menora 03-7107460.		אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: "ההצעה"). אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי: - 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 דחיית ההצעה של הצעתי 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. - מידה וברצוני 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.	
J. Waiver of medical confidentiality		י. ויתור כל סודיות רפואית	
I, the undersigned, hereby permit the medical institution and/or your employees and/or any person working on your behalf or as your agent, to provide Menora Mivtachim Insurance Ltd. (hereinafter: the "Requester") with all details, with no exception, regarding my medical condition and/or any disease from which I suffered in the past and/or from which I suffer at present, including information on psychiatric or other mental therapy that I underwent, in the manner requested by the Requester, and I hereby release you and/or your employees and/or any person working on your behalf or as your agent from the duty of medical confidentiality on all matters related to my medical condition and/or diseases as foregoing, and I waive such confidentiality with respect to the Requester, and shall have no claim or demand against you in connection to the foregoing, including claims by virtue of the Privacy Protection Law and/or the Patient's Rights Law regarding medical confidentiality and/or any other law.		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 כן"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.	
K. Information for the Insurance Candidate		יא. מידע למועמד לביטוח	
- According to the terms of the Policy, in the period of 90 days from the date of termination of the insurance period, it is possible to extend the insurance period continuously, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and extension of the insurance, provided that you continue to work as a foreign worker. After the passage of 90 days from the date of termination of the insurance period, new inclusion in the Policy will involve an underwriting procedure. - Insofar as you are a person with disabilities, as defined in the Equal Rights for Persons with Disabilities Law, 5748 - 1998, that is, "a person with a physical, mental or intellectual, including cognitive impairment, whether permanent or temporary, which significantly limits his functioning in one or more of the central spheres of life," please notify us of this through your insurance agent, whose details appear at the beginning of this proposal.		- בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח ניתן להאריך את תקופת הביטוח ברצף, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין התקופה שבין סיום תקופת הביטוח לבין הארכת הביטוח וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום. - 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.	
I confirm that I have read and understood the contents of this proposal, including the representations therein.		אני מאשר כי קראתי והבנתי את האמור בהצעה זו, לרבות ההצהרות המופיעות בה.	
signature for the Insurance Candidate		חתימת המועמד לביטוח	
Signature	חתימה	Passport no.	מס' דרכון
	X	Insurance Candidate name	שם המועמד לביטוח
		Date	תאריך