הונגש באמצעות המרכז להנגשת מידע של עמותת נגישות ישראל

איילון חברה לביטוח בע"מ
אנשים לשירות אנשים

הצעה לביטוח רפואי - לשוהים זרים בישראל
Proposal Form Health Insurance - Foreigners in Israel

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

No Agent / מספר סוכן	Name of Agent / שם סוכן
322460	אריק רוזן

א.רוזן סוכנות לביטוח
משרד 03-6735915

למשלוח הטפסים חזרה למשרדנו - בדוא"ל info@rozen-ins.co.il **או בפקס: 03-6729025 משרד : 03-6735915**

סטטוס ביטוח / Status of insurance
ביטוח חדש / New insurance ☐ הארכה / חידוש

נא סמן את סיבת הגעתך לישראל / The purpose for coming to Israel:
סיעוד / Nursing care ☐ חקלאות / Agriculture ☐ בניין / Construction ☐ תעשייה / Industry ☐ אחר / Other _____

1. תוכנית ביטוח מבוקשת / Insurance program wanted (נא לסמן X בריבוע המתאים. / Please mark X at the correct square)

פוליסה לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף / Policy for Foreign worker with permit to work in Israel

Medical insurance לתיירים בישראל / Tourist Medical Insurance

תקופת הביטוח המבוקשת / Insurance period requested: מתאריך / from date _____ עד תאריך / Up to Date _____

2. פרטי המועמד לביטוח / Insurance applicant personal details

מספר דרכון / Passport No	שם משפחה / Last Name	שם פרטי / First Name	תאריך לידה / Date of birth	מין / Gender
				ז / M ☐ נ / F

ארץ לידה / Country of birth	תאריכי כניסה לישראל / Israel entery day	כתובת דואר אלקטרוני / e-mail

טלפון נייד / Mobile phone	טלפון נוסף / Another phone No	כתובת בית בישראל / Address		
		רחוב, מס' בית / street,house no.	עיר / Town	מיקוד / Zip code

ביטוחים קודמים בישראל / Previous Insurances in Israel
כן / Yes לא / No

חברת ביטוח / Insurance Co _____
מס' חבר קופ"ח / Membership No _____
מתאריך / From date _____ עד תאריך / Up to date _____

>>>

3. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק / Details of policy holder

מספר זהות / ID No	שם משפחה / Last Name	שם פרטי / First Name	שם איש קשר	טלפון של איש קשר

טלפון נייד / Mobile phone	טלפון נוסף / Another phone No	כתובת דואר אלקטרוני / e-mail

כתובת בית / Address

רחוב, מס' בית / street,house no.	עיר / Town	מיקוד / Zip code

4. דמי הביטוח / Insurane premium

פרמיה יומית בש"ח / Daily cost in NIS	מס' ימי ביטוח / No. of days	סה"כ פרמיה בש"ח / Total cost in NIS

5. אופן התשלום / Payment method

המחאה ☐ הוראת קבע ☐ הפקדה בנקאית

כרטיס אשראי / Credit Card מסוג: ☐ ישראכרט ☐ ויזה ☐ דיינרס ☐ אחר _____

שם בעל הכרטיס / Name of card holder	מס' זהות / ID No	מס' טלפון / Telephone No.

מספר כרטיס אשראי / Credit card No.	תוקף / Exp. date	מס' תשלומים / No. of payments

תאריך / Date	שם בעל הפוליסה / Name of policy holder	חתימה / Signature of policy holder

טורקית

AYALON INSURANCE COMPANY LTD.

HEAD OFFICE: AYALON HOUSE, 12 Abba Hillel Silver St., Ramat Gan 5250606
mail@ayalon-ins.co.il www.ayalon-ins.co.il P.O.B 10957 ISRAEL

SAĞLIK BEYANI
YABANCI İŞÇİLER VEYA TURİSTLER İÇİN SAĞLIK SİGORTASI

1. Teklif sahibinin detayları						
Soyad	Ad	Pasaport numarası	Cinsiyet	Doğum tarihi	Kilo	Boy
			E / K			

2. Sağlık beyanı
Lütfen ilgili kutuya X işareti koyun. Herhangi bir soruya EVET cevabını verirseniz, lütfen ayrıntı verin. Herhangi bir tıbbi durum, test sonucu ve aldığınız bir tedavinin ayrıntılarıyla ilgili olarak doktorunuzdan ek tıbbi belgeler sağlamanız gerekebilir.

Genel sorular		**EVET**	**HAYIR**
1.	Son on yılda herhangi bir ameliyat oldunuz mu veya ameliyat olmanız önerildi mi?		
2.	Son on yılda hastaneye kaldırıldınız mı? Cevabınız evet ise, lütfen ne zaman olduğunu ve nedenini belirtin ve hastaneden alınmış bir sağlık raporu ve mevcut durumunuzla ilgili bir rapor ekleyin.		
3.	Şu anda düzenli olarak ilaç kullanıyor musunuz yoksa son on yılda bu şekilde düzenli ilaç kullandınız mı? Cevabınız evet ise, lütfen ilacın adını ve neden aldığınızı belirtin.		
4.	Düzenli olarak alkol kullanıyor musunuz yoksa geçmişte bu şekilde alkol kullandınız mı? Cevabınız evet ise, lütfen hangi içkiler olduğunu ve sıklığı belirtin		
5.	Uyuşturucu kullanıyor musunuz yoksa geçmişte uyuşturucu kullandınız mı?		
6.	Son 20 yılda sigara içtiniz mi?		
7.	Son 12 ayda 5 kg'dan fazla kilo verdiniz mi (diyet dışında)? Eğer verdiyseniz, lütfen ayrıntıları belirtin		
8.	Kan veya idrar gibi herhangi bir laboratuvar testi (anormal sonuçlu) veya kateterizasyon, ekokardiyografi, endoskopi, kanseri tespit etmek için invaziv testler, biyopsi, EKG, röntgen veya ultrason, taramalar, BT, MRI dahil olmak üzere herhangi bir tıbbi test yaptırdınız mı? Cevabınız evet ise, lütfen nedenini, tarihini ve sonucu belirtin		
9.	Tamamen veya kısmi iş göremezlik şikâyetiniz var mı veya oldu mu?		
10.	Engelli misiniz?		
11.	Herhangi bir tıbbi cihaz kullanıyor musunuz?		
12.	Herhangi bir doğum kusurunuz var mı?		
13.	Lupus dahil herhangi bir otoimmün hastalığınız var mı?		
14.	Herhangi bir tıbbi tedavi veya hastaneye yatış bekliyor musunuz?		
15.	HIV antikoru ve/veya virüsünün taşıyıcısı mısınız?		
16.	**Jinekoloji - sadece kadınlar:**		
	A. Hamile misiniz?		
	B. Düzensiz adet kanaması, kısırlık, kanama bozuklukları, rahim hastalıkları, yumurtalık bozuklukları, anormal jinekolojik test sonuçları (PAP gibi) veya diğer jinekolojik bozukluklar gibi jinekolojik rahatsızlıklarınız var mı veya bunlardan mustarip misiniz?		
	C. Herhangi bir meme rahatsızlığınız veya meme yumrularınız var mı?		
	D. Sezaryen geçirdiniz mi?		

Aşağıdaki hastalıklardan veya koşullardan herhangi birine maruz kaldınız mı veya acı çektiniz mi?		**EVET**	**HAYIR**
17.	**Nörolojik bozukluklar** - vertigo, baş ağrısı, migren, bayılma, felç, epilepsi, hafıza bozuklukları, duyusal işlem bozuklukları, dejeneratif hastalıklar, felç, beyin kanaması, C.V.A., denge kaybı, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, zihinsel güçsüzlük, bunama, multipl skleroz dahil.		
18.	**Psikiyatrik bozukluklar** - her türlü bozukluk veya intihara teşebbüs		
19.	**Alerjiler** - Lütfen alerjiniz ve aldığınız herhangi bir tedavi hakkında ayrıntılı bilgi verin		
20.	**Solunum bozuklukları** - astım, tüberküloz, tekrarlayan pnömoni, kistik fibroz, bronşit, amfizem, solunum yollarında tekrarlayan enfeksiyonlar, KOAH, pnömotoraks dahil		
21.	**Kalp ve tansiyon bozuklukları** – anjina, kalp krizi, aritmi, kalp kapak hastalığı, doğuştan kalp hastalığı, perimiyokardit, kalp hastalığı, yüksek tansiyon veya tansiyon dalgalanmaları dahil		
22.	**Kardiyovasküler bozukluklar** - hiperkoagülasyon, derin ven trombozu, varisli damarlar, kardiyovasküler hastalık, periferik vasküler hastalık dahil		
23.	**Sindirim sistemi** - peptik bozukluklar (peptik ülserler veya duodenal ülserler), mide ekşimesi, bulaşıcı bağırsak		

	hastalıkları, Crohn hastalığı, ülseratif kolit, gastrointestinal kanama, hemoroid, anorektal bozukluklar, karaciğer bozuklukları veya karaciğer hastalığı, sarılık, safra kesesi enfeksiyonu, safra taşı, yemek borusu bozuklukları, pankreas enfeksiyonları dahil		
24.	İnsizyonel fıtık dahil her türlü **fıtık**		
25.	**Böbrek ve idrar yolu enfeksiyonları** – böbrek taşları, böbrek veya idrar yolu enfeksiyonları veya tıkanıklıkları, idrarda kan veya protein, kronik böbrek hastalığı, böbrek kistleri, prostat sorunları dahil		
26.	**Eklemler ve kemik -** artrit, gut, sırt, omurga, diz ve diğer eklem bozuklukları, kırık cerrahisi, kemik hastalıkları dahil		
27.	**Metabolizma ve bağışıklık sistemi -** diyabet, tiroid bozuklukları, adrenal bez bozuklukları, hipofiz bezi, lenf bezi, tükürük bezi veya diğer bezler, hiperlipemi, kan hastalığı veya pıhtılaşma, anemi dahil		
28.	**Malign hastalıklar (kanser)** – malign veya malign öncesi tümörler veya malign öncesi hastalıklar dahil. Lütfen tanı ve tedavi türünü, tarihini belirtin.		
29.	**Dermatoloji ve zührevi hastalıklar -** cilt büyümeleri, sedef hastalığı, uçuk, sifiliz, siğiller, papilloma / kondiloma dahil		
30.	**Göz bozuklukları ve hastalıkları** – katarakt, şaşılık, körlük, kornea veya retikulum sorunları, çarpık görme, astigmatizma, glokom dahil		
31.	**Kulak burun boğaz** – tekrarlayan enfeksiyonlar, rinosinüzit, polipler, bademcik iltihabı, işitme bozuklukları, uyku apnesi, horlama dahil		

Lütfen "EVET" cevabını verdiğiniz sorularla ilgili daha fazla bilgi verin. Yeterli alan yoksa lütfen başka bir sayfada devam edin ve tıbbi belgeleri ekleyin.

_____

_____

_____

Poliçe sahibinin beyanı

Bu sağlık beyanında verdiğim tüm bilgilerin doğru ve gerçek olduğunu ve sigorta poliçesi düzenlenmeden önce yaşadığım herhangi bir tıbbi durumdan doğrudan veya dolaylı olarak kaynaklanan ve/veya kötüleşen başka bir bozukluk, doğum kusuru veya kalıtsal hastalık ve/veya tıbbi durum ve/veya hastalık ve/veya hastalık ve etkisinden, tedavi edilsin veya edilmesin, haberdar olmadığımı ve/veya sigortacının bu teklifi reddetmesine veya teklif sahibini sigortalamayı reddetmesine neden olabilecek başka herhangi bir bilgiden haberdar olmadığımı beyan ederim. **Bu beyan, sigortalı tarafından kendisine anladıkları bir dilde açıklandıktan sonra imzalanmıştır.**

İmza ve tarih	İşveren / poliçe sahibinin adı	İşveren / poliçe sahibinin imzası

Teklif sahibi için bilgi

1. Bu poliçe; poliçe koşullarına uygun olarak, poliçenin sona ermesinden sonraki 90 gün içinde, poliçenin sona ermesi ile uzatmanın başlangıcı arasındaki süre için primin ödenmesine tabi olarak (bu ödeme sigortalı veya işveren tarafından yapılabilir), İsrail'de yabancı bir işçi olarak kaldığınız sürece uzatılabilir. Poliçenin süresinin dolmasının üzerinden 90 gün geçtikten sonra, yeni bir tıbbi sigortalama süreci gerekecektir.
2. Engelli Kişiler için Eşit Haklar Yasası - 1988'de tanımlandığı şekliyle herhangi bir engellilik durumundan mustaripseniz, yani tipik günlük aktivitelerde işlevlerinizi ciddi şekilde kısıtlayan kalıcı veya geçici herhangi bir fiziksel engel, zihinsel veya bilişsel bozukluktan mustaripseniz, lütfen bilgileri bu formda yer alan sigorta acentesine bildirin.

Teklif sahibinin beyanı

1. **İşbu belge ile aşağıdakileri beyan, kabul ve taahhüt ederim**: (1) Tüm yanıtlar doğrudur, eksiksizdir ve kendi özgür irademle verilmiştir. (2) Sağlık beyanında yer alan cevaplar ve sigortacıya verilen diğer bilgiler, sigortacının bu konudaki standart koşulları ile birlikte, benimle sigortacı arasındaki sigorta sözleşmesinin temel bir şartıdır ve sigorta sözleşmesinin ayrılmaz bir parçasını oluşturacaktır. (3) Sigortacı, kararını gerekçelendirmek zorunda olmaksızın bu başvuruyu kabul edip etmemekte serbesttir. Sigorta sözleşmesinin ancak sigortacının sigortayı kabul ettiğini yazılı olarak teyit etmesinden ve ilk primin tamamen ödenmesinden sonra yürürlüğe gireceğini biliyorum.
2. Bu poliçe uyarınca sigortacının; Yabancı İşçiler Yönetmeliği hükümlerine ve poliçenin hüküm ve koşullarına tabi olarak, sigorta poliçesi düzenlenmeden önce maruz kaldığım herhangi bir tıbbi durumdan doğrudan veya dolaylı olarak kaynaklanan ve/veya kötüleşen herhangi bir bozukluk, doğum kusuru veya kalıtsal hastalık ve/veya tıbbi durum ve/veya hastalık ve/veya hastalık ve etkileri ile ilgili olarak, tedavi edilsin veya edilmesin, herhangi bir hizmet sağlamaktan muaf olacağını biliyorum.
3. Bu vesile ile başka hiçbir sigorta şirketi tarafından sigortamın reddedilmediğini beyan ederim.
4. Ana kapsamların tanımı, sigorta primi, sigorta süresi, sigortalanan ana meblağlar ve sorumluluk limitleri ve poliçe metninin tamamını edinme imkânı dahil olmak üzere sigorta ile ilgili bilgi aldığımı onaylıyorum.
5. Bu poliçeyi düzenleyerek, sigorta acentenize, sigortalama süreci ve bu poliçeyi düzenleme süreci ile bağlantılı olarak sizin adınıza / sizin için herhangi bir bildirim ve/veya belge gönderme ve alma yetkisi vermiş olursunuz.
6. Sigorta poliçesinin, detayları bu formda görünen sigorta acentesi tarafından bana gönderileceğini kabul ediyorum.

Poliçe metninin tamamını ve/veya sigortalama süreci ve bu poliçenin düzenlenme süreciyle ilgili diğer bilgileri doğrudan sigorta şirketinden almak isterseniz, lütfen istediğiniz zaman bizimle iletişime geçin.

İmza tarihi	Teklif sahibinin adı	Teklif sahibinin imzası