

הצעה לביטוח רפואי + SAFE STAY
עובדים זרים בישראל

א.רוזן סוכנות לביטוח

משרד 03-6735915

בכפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח
הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
This form is intended for men and women alike. Please fill in this form fully and
accurately

מהדורת 01/2023

למשלוח הטפסים חזרה למשרדנו - במייל: info@rozen-ins.co.il או בפקס: 03-6729025

Name of agent	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
אריק רוזן		63187	
Name of supervisor	שם המפקח	Proposal no.	מספר ההצעה

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. The policy documents will be sent to your mobile phone number available to the Harel Company. If you wish to receive these documents by e-mail, you should fill in your e-mail address with the personal details. Alternatively, if you want to receive these document by Israel Post, please note this here
(the documents will be sent according to the most recent details that appear in our files at the time of sending).

עליר להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח
מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא את פרטי
כתובת דוא"ל בפרטך האישיים לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן
(משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח)

A Insurance applicant personal details				א פרטי המועמד לביטוח	
First name שם פרטי	Middle name שם אמצעי	Last name שם משפחה	Country of passport issuance	Passport No.	מס' דרכון
Country of origin מוצא		Date of birth תאריך לידה	First date of insurance תאריך ראשון שבטח	Gender	מין
				☐ Male זכר ☐ Female נקבה	☐ זכר ☐ נקבה
Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל		Insurance period requested		תקופת הביטוח המבוקשת	
		From To		עד תאריך	
The work for which you came to Israel		העיסוק למענו הגעת לישראל			
Zip code מיקוד	Town עיר	Apartment No. מס' דירה	House No. מס' בית	**Street כתובת: רחוב	
E-mail for personal notifications and mailings דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		Cellphone No. מס' טלפון נייד	Telephone No. מס' טלפון		

*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.
**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. כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים

B The purpose for coming to Israel	העיסוק למענו הגעת לישראל
General / כללי ☐	Construction / בניין ☐
Agriculture / חקלאות ☐	Nursing care / סיעוד ☐

C Provider selection	בחירת ספק שירות
☐ Maccabi Health Services (the service is provided in the nursing and general divisions)	☐ מכבי שרותי בריאות (השירות יינתן בענף סיעוד/כללי)
☐ Clalit Health Services Clalit Health Services (the service is provided in the nursing, general, agricultural, and construction divisions)	☐ שירותי בריאות כללית (השירות יינתן בענף סיעוד/כללי/חקלאות/בניין)

D	פרטי ביטוח קודמים	האם היית מבוטח בִּהְרָאֵל או בחברת ביטוח אחרת? ☐ לא ☐ כן אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:
Details of previous insurance policies		Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? ☐ No ☐ Yes If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:
Insurance period	תקופת הביטוח	Company name שם החברה
From	עד תאריך	Policy No. מס' פוליסה
Membership No. מס' חבר		

E	מידע למועמד לביטוח	Information for the Insurance Candidate
1. 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 (תשלום בגין התקופה כאמור, יכול להתבצע ע"י המבוטח או המעסיק) וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום. 2. 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. 1. According to the terms of the Policy, during 90 days following the end of the insurance period, the insurance period may be extended as a continuation, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and the extension of the insurance (payment for the said period may be made by the Insured or by the Employer), and as long as you continue to be employed as a foreign worker. After the passing of 90 days from the end of the insurance period, inclusion under a new policy will involve an underwriting process. 2. 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.		

F	הצהרת המועמד לביטוח	Declaration of Insurance Candidate																						
1. אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבוטח/החברה/הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. (א) אף שאני חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסות ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה. (ב) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. 2. מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות. בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה. 3. הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח. אם נדרשים להמשיך התהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור המועמד לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור המועמד לביטוח. 4. (א) בהצטרפותך לפוליסה זו הנך מסמיך את סוכן הביטוח שלך בפוליסה להגיש ולקבל בשמך/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה. (ב) אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכנית הביטוח המבוקשת בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. (ג) במידה ובוצע לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל בכל עת, בטלפון *הראל (2735). 5. הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרותי לקבל פרטים מלאים עליהן. 6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת <table><tr><td>כן</td><td>לא</td></tr><tr><td colspan="2">(א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.</td></tr><tr><td colspan="2">(ב) הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).</td></tr><tr><td colspan="2">אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.</td></tr><tr><td colspan="2">מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il.</td></tr></table> 7. ויתור על סודיות רפואית: אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי פוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת הביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי. <table><tr><td>תאריך</td><td>שם המועמד לביטוח</td><td>חתימה</td></tr><tr><td colspan="3">עד לחתימה (סוכן הביטוח):</td></tr><tr><td>תאריך</td><td>שם</td><td>חתימה</td></tr><tr><td>מס' רישיון</td><td>חתימה</td><td>חתימה</td></tr></table>			כן	לא	(א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.		(ב) הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).		אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.		מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il .		תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימה	עד לחתימה (סוכן הביטוח):			תאריך	שם	חתימה	מס' רישיון	חתימה	חתימה
כן	לא																							
(א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביתר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווקם, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל.																								
(ב) הרינו להודיעך כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).																								
אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.																								
מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il .																								
תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימה																						
עד לחתימה (סוכן הביטוח):																								
תאריך	שם	חתימה																						
מס' רישיון	חתימה	חתימה																						

F Declaration of Insurance Candidate		הצהרת המועמד לביטוח	
1. I, the undersigned, hereby request of Harel Insurance Company Ltd. (herein: "the Insurer/Company/Harel") to insure me based on the said in this proposal. (a) Although it is not legally required that you provide some of the information requested in this document, the information is essential to adding you to the policies and handling matters related to them. The information will be collected, maintained and processed by the Company and other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) and third parties that operate for them and/or on their behalf will use them for the purpose of handling the policy and for other legitimate purposes, including actuary calculations. Additional details can be found in the privacy policy on the Company website. (b) I hereby declare that all the answers are correct and complete and have been provided of my own free will. (c) The answers specified in the Health Declaration and any other information provided to the Company, as well as the customary terms of the Company regarding this matter shall serve as fundamental terms of the insurance contract between you and the Company and shall constitute an integral part thereof. 2. Beneficiaries in case of death You may appoint beneficiaries, using the form "Application for update / Change of beneficiaries in case of death". In the absence of beneficiary appointment, the amounts will be paid to the legal heirs under the law, according to inheritance or probate order. 3. Procedure of Joining: The company is permitted to decide whether to accept or deny the proposal. For your information, the insurance contract will become effective only after the Company issues written confirmation of acceptance of the candidate for insurance. If further processing requires the clarification of terms, underwriting and acceptance for insurance, the policy shall not be issued for the insurance candidate and shall not become effective until completion of the procedures for the insurance candidate. 4. (a) I authorize my insurance agent for the policy, whose details appear at the beginning of this proposal, to submit to Harel and to receive from Harel in my name and for me all notices and/or documents related to the process of underwriting and the process of joining this policy. (b) 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. (c) 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 Harel at any time, by phoning Harel (*2735). 5. I hereby confirm that I received essential information regarding the insurance, which included, at the very least, a description of the main elements of the coverage, the insurance premium, the insurance period, the main insurance amounts and the main limitations of liability, and regarding my possibility of obtaining full details about them.			
6. Agreement to Use of Information and Receipt of Advertising Material		no	yes
(a) Do you agree, beyond the requirements of the law or agreement, that the information included in this document, as well as additional information about you that is or will be possessed by other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) will be used by the Harel Group and/or anyone on their behalf, including for any matter related to the other products and services of the companies in the Harel Group (in the field of insurance, long-term savings and finances) and in their marketing, including allowing the said companies to inform you of products and services, and also for the purpose of handling other policies and/or insurance products, long-term savings and financing that you hold, processing and storing the information, and also for additional uses associated with the above-said uses and required in order to complete them, and for other related legitimate purposes, including by means of transferring the information to third parties acting on behalf of and in the name of the Harel Group. (b) We hereby inform you that there is a possibility that you will receive from the Company or from other companies in the Harel Group to which your details are provided (insofar as you consented to providing them with your details), marketing offers and advertising materials about products and services of the company and/or the companies in the Harel Group, as relevant, by means of fax, email, an automatic dialing system or short message service (SMS) texts. If you do not agree to receive marketing offers and advertising material as said, you may inform us of your refusal or change a previous choice at any time using the "Refusal of Advertising and Marketing Offers Form" which is available on the Company website at www.harel.co.il/pirsum or by contacting us in writing at the address: Harel Building, Health Division, Personal Overseas and Foreign Resident Health Division, 3 Aba Hillel, POB 1951, Ramat Gan 5211802, or by calling: 03-7547777. Additional information about the privacy policy of the institutional bodies of the Harel Group is found on the Group website at www.harel-group.co.il			
7. Waiver of medical confidentiality: I, the undersigned, hereby give permission to the HMO (kupat holim) and/or its medical institutions and/or the IDF and also to all the other physicians and psychiatrists, medical institutions and other hospitals, the National Security Council (Malal) and/or the Ministry of Defense and/or any other insurance company and/or any other institution and party, insofar as necessary in order to examine the rights and obligations according to the policy and/or for the purpose of the procedure of examining my acceptance for the insurance requested, to provide Harel with all the information and details held by the company, without exception, in the form requested by the Requester, regarding my health condition/s, any disease that I have suffered from in the past and/or that I suffer now and/or that I will suffer in the future, and I relieve you of the duty to maintain medical confidentiality and waive confidentiality in favor of the "Requester." This waiver is binding of my estate and legal representatives and anyone who comes in my place. This waiver shall also apply to my minor children.			
Date		Name of insurance Candidate	
Witness to the signature (the insurance agent):		Signature 	
Date	Name	I.D. 055027015	
License no.	Signature 	Stamp	

G Details of policyholder / present employer		פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי	
Name of Employer / Policyholder שם	ID number מס' ת.ז.	Telephone No. מס' טלפון	
E-mail for receipt of notices, information and mailings דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	Address of Employer כתובת	Cellphone No. מס' טלפון נייד	

< <

Studio**Harel** 3739727 01/2023

Studio**Harel** 3739727 01/2023

י

The Insurance Candidate signed this Proposal Form after its content had been explained to him in a language he understands.

 $\leq$ $\leq$

סוג מסמך - 33543

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

שם המבוטח	מספר פוליסה
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

02/2021	3278.4	סטודיוס הראל
---------	--------	--------------

הוראת תשלום באמצעות שיקים (מצ"ב פירוט)					
תאריך פירעון	שם הבנק	מספר סניף	מספר השיק	מספר חשבון	סכום בש"ח
				סה"כ	

מספר הבנק..... שם הבנק..... מספר סניף..... מספר חשבון.....

אני הח"מ מאשר לגבות בהוראת הקבע שלי המצ"ב מחשבון בנק.
 סניף עבור הפוליסות המפורטות לעיל.

[illegible]

תאריך: שם בעל החשבון: מספר זהות: חתימת בעל החשבון:

- אני מאשר בחתימתי את נכונות הרשום לעיל.
- אני מתחייב לשמור על הטופס הנ"ל לצרכי בקרה.

תאריך: שם סוכן: **אריק רוזן** מספר סוכן: 63187 חתימת הסוכן: 

በኢትዮጵያ ለሚገኙ የወጪዬን ትኩረት-ለጠፍ ኢንሹራንስ



የወጣድን ጋጌ

እና ለኢንሹራንስ መመዝገቢያው ከሚፈቀድ ጋር ተያይዞ ይቀርባል፤ ይህም የጠፍ ድንጋጌው የሚይነ ጣጠል አካል ነው።

ይህ ቅጽ የተዘጋጀው ለወንዶችም ለሴቶችም ነው።
እባክዎ ይህንን ቅጽ በትክክል እና ማሳሰቢያዎን ያረጋግጡ።

ይመልከቱ

ሃረል ኢንሹራንስ ከባንያ የወጪዬን የሆኑ ተቀጣሪዎች / ተራሮች ኢንሹራንስ ቅርንጫፍ

3 Abba Hillel Street, P.O. Box 1951, Ramat Gan 5211802, Fax: 03-7348083 ኢሜል: 4ክስ7930@harel-ins.co.il

A የኢንሹራንስ አመልካቹ መረጃ					
ፓስፖርት ቁጥር	የአባት ስም	ስም	የትወልድ ቀን	ጾታ ወ ☐ ሴ ☐	
በዚህ የጠፍ ድንጋጌ የሚከተሉትን ጥያቄዎች ትክክለኛው ላይ "✓" የሚል ምልክት በሚከተለው መላክ ይኖርብዎታል። ለማንኛውም ጥያቄ መልሱ "አዎ" ከሆነ ከሃኪም ጊዜው ያላለፈ፤ ችግሩን የሚመለከት፤ የምርመራ ወጠቶች የያዘ ሰርተፊኬት ማያያዝ ይኖርብዎታል።					
ክፍል A: ጠቅላላ ጥያቄዎች				አይ	አዎ
1.	ቁመት በሳ.ሜ..... ክብደት በኪሎግ				
2.	☐ ማንኛውም አይነት አደንዛዥ እጽ ይጠቀሙ ወይም ተጠቅመዋል? ☐ ይጠጥሉ፤ ወይም በተከታታይ አልኮል መጠጦችን ጠጥተዋል? እባክዎ አወሳሰድዎትን ያስቀምጡ በቀን ብር ጭቆ				
3.	ባለፉት 10 አመታት፤ እነዚህን ምርመራዎች አድርገው ነበር (ከተከታታይ ምርመራዎች ውጪ) ወይም አድርገው አያወቁም፡ ወይም የሚገኝ ምርመራ ወጠታ አላገኙም፡ ለምሳሌ እንደረዥም ጊዜ በሽታ፤ የሽንት መምጠጥ፤ አጥንት ልኬት፤ የልብ ምርመራ፤ MRI፤ CT፤ አልትራሳውንድ (ከተለምዶ ውጪ)፤ የናጣ ምርመራ፤ የደም ምርመራ፤ የአንጀት እና የጨረራ ምርመራ፤ በተፈጥሮ የሚጠቁ በሽታዎች ለጥሰት ጨምሮ (መልስዎ "አዎ" ከሆነ እባክዎ የተመረመሩበትን፤ ለምን እንደተመረመሩ እና የምርመራ ወጠቱን የሚሳይ ሰርተፊኬት ያስገቡ።)				
4.	አሁን ወይም ባለፉት 10 አመታት ወስጥ ቀዶ ጥገና / ንቅለ ተከላ ተደርጎልዎታል? እባክዎ በዝርዝር ያስረዱ፡				
5.	ባለፉት 10 አመታት ሆስፒታል ተገኝተው ነበር? እባክዎ ተገኝተው የታከሙትን ምክንያት እና ምርመራዎትን በዝርዝር ያስረዱ፡				
6.	ባለፉት 10 አመታት ወስጥ በተከታታይ መድሃኒቶችን ይወስዱ ነበር ወይም እንዲወስዱ ተመክረው ነበር? የተመረመሩበትን ችግር/ እየተመረመሩ ያሉበትን ችግር፤ ምርመራውን፤ እና ለምን ያህል ጊዜ መድሃኒቱን ይወስዱ እንደነበር እባክዎ በዝርዝር ያስረዱ?				
7.	አለርጂ አለብዎት ተብሎ ተመርምረውትን ግርዎታል? እባክዎ በዝርዝር ያስረዱ፡				
ክፍል B: ከታች በተቀመጡ ችግሮች በአንድ ወይም ከዛ በላይ እክል ተመርምረው ተገኝተው ታከሙዎታሉ፡				አይ	አዎ
1.	☐ የጅምት ስርዓት ☐ የጭቅላት ደምስር አደጋ (ደም ግፊት) ☐ ራስ መሳት ☐ ብዙ ስክለሮሲስ ☐ የጠጥቻ መስበስበስ ወይም ሌላ በሽታ ☐ ተከታታይ ማዘር ☐ ራስ ምታት ☐ ማዘን መሳት ☐ ራስን መሳት ☐ የፓርኪንሰን በሽታ ☐ አልዛይመር በሽታ ☐ መንቀጥቀጥ ☐ የጭቅላት ዝግመት ☐ አቲዝም ☐ የአእምሮ እድገት ዝግመት ☐ ሽባ መሆን ☐ ፖሊዮ (የልጅነት ፓራሊሲስ) ☐ የጋወቸር በሽታ ☐ የስሜን ማጥት (መጽንዘዝ) ☐ የአትኩሮት ማስ በሽታዎች ☐ ከባድ የራስ ህመም ☐ እየቀነሰ ያለ የሚታወስ ችሎታ (ዲሜንሻ) ለመርመር ወደ ሃኪም ሄደው ነበር? ☐ ኤድስ ☐ ኤችአይቪ አስተላላፊ ☐ ሉፐስ ከላይ ላሉት አንድ ወይም ከዛ በላይ ጥያቄዎች መልስዎ "አዎ" ከሆነ እባክዎ ጊዜው ያላለፈ ደብዳቤ ከነርቭ ሃኪም አብረው ያያይዙ።				
2.	አይን እና አይታ፡ ☐ ካታራክት ☐ የፊትና እና የኮርኒያ ችግሮች ☐ ግላኮማ ☐ አይን ማቃጠል ☐ ስትራቢስ መስ ☐ ሌላ የአይን በሽታ/ ችግር፡ ☐ አይ ☐ አዎ "አዎ" ከሆነ እባክዎ ያሳዩ፡				
3.	ልብ፡ ☐ ካርዲያክ አራትሜስ ☐ የልብ በሽታ ☐ የልብ ስራ ማቆም ☐ ልብ ድካም ☐ ኮንጀኒታል የልብ ድክመት ☐ ካተራይዜሽን ☐ የልብ ሂደት በሽታዎች፤ ሌላ የልብ በሽታ/ ችግር፡ ☐ አይ ☐ አዎ "አዎ" ከሆነ እባክዎ ያሳዩ፡				
4.	የደም ስሮች፡ ☐ ቫሪኮስ (እግር ላይ ያሉ ስሮች ላይ) ☐ ካሮቲድ አርተሪ (እንገት ላይ ያሉ ደም ስሮች) ☐ የመርጋት ችግር ☐ የደም በሽታ DVT (ትሮምቦሲስ) ☐ PVD (የኋለኛው ደምስር በሽታ)፤ ሌሎች የደምስር በሽታዎች / ችግሮች ☐ አይ ☐ አዎ, if "አዎ ከሆነ" እባክዎ ግልጽ ያድርጉ፡				



A	የኢንፎርሜሽን አጭላቸው መረጃ	አይ	አዎ
	ክፍል B: ከታች በተቀመጡት ችግሮች በአንድ ወይም ከዛ በላይ እክል ተመርምረው ተገኝተዎት ታከሙ ያወቃሉ:		
5.	የሜዲካል ሰነድ ስላት ስላት: ☐ የአንቅርብ አጠቃላይ ሥነ ምግባር ☐ የሥራ ስላት ☐ የላብራቶሪ ስላት ☐ ስላት ስላት ☐ ደም ግፊት ☐ ከፍተኛ መጠን የሰብ/ኮሌስትሮል፣ ሌላ የሜዲካል ሰነድ / ችግር ☐ አይ ☐ አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
6.	የመተንፈሻ ስልት: ☐ አስም ☐ ቲቢ ☐ COPD (ተመላላሽ የሚደርስ የሳንባ በሽታ) ☐ ከፍተኛ ትኩላት ☐ ተመላላሽ የመተንፈሻ አካል መሣሪያ እና የትንፋሽ መቆራረጥ ☐ የፈረሰ ሳንባ (ኒሞኖራክስ) ☐ ሲስቲክ ፊብሮሲስ ሌላ የመተንፈሻ አካል በሽታ / ችግር ☐ አይ ☐ አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
7.	የምግብ መፍጫ ስልት: ☐ ቁስለት (ዳድኒ የም / ጨራ) ☐ ልብ ማቃጠል ☐ የክሮን በሽታ ☐ ኮሌቲስ ☐ ማቃር ☐ ሄሞሮይድ ☐ መቀደድ / ፊስቱላ ☐ የሰገራ መስተጓጎል ☐ የእጢ በሽታዎች / ኢንፌክሽኖች ☐ ኤስፋገስ ☐ የሽንት ፊኛ ☐ የኩላሊት ጠጠር ሌሎች የምግብ መፍጫ አካላት በሽታዎች / ችግር ☐ አይ ☐ አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
8.	ጉበት: ☐ የወፍ በሽታ ☐ የጉበት በሽታ B, C, D ☐ ስብያለውጉበት ☐ ሲሮሲስ, ሌሎች የመተንፈሻ አካላት በሽታዎች / ችግር ☐ አይ ☐ አዎ, if "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
9.	ቡኦ: የቡኦ መገኛ: በዳያፍራም ወስጥ / እንብርት ወስጥ / በቀኝ ፍሬ ወስጥ / በግራ ፍሬ ወስጥ በአወን ለመክምቀድ ጥገና አድርገው ነበር? ☐ አይ ☐ አዎ ፣ መቼ (ቀን)? ችግሩ ተፈታ? ☐ አይ ☐ አዎ		
10.	ኩላሊት እና መሻኛ አካላት: ☐ ተመላላሽ ኢንፌክሽኖች ☐ ኩላሊት እና መሻኛ አካላት ጠጠር ☐ የኩላሊት ቁስለት ☐ የመሻኛ ቱቦ አለመስማማት ☐ የመሻኛ አካል አለመስራት፣ ሌላ የኩላሊት እና የመሻኛ አካል በሽታ / ችግር ☐ አይ ☐ አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
11.	መግጠም: ☐ እና አጥንቶች ☐ አርትራይተስ ☐ ጋወት ☐ ጀርባ / ህብሉስረሰር ☐ በገጣም ☐ ጉልበት ሌላ የመግጠም እና የአጥንት በሽታ / ችግር ☐ አይ ☐ አዎ: "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
12.	የቆዳ እና የአባላዘር በሽታ: ☐ የቆዳ እጥረት ☐ የቆዳ ቁስለት ☐ ሶሪያሲስ ☐ የአባላዘር በሽታዎች ☐ ቂጥኝ ሌሎች የቆዳ እና የአባላዘር በሽታዎች / ችግሮች ☐ አይ ☐ አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
13.	ሚኒግናንት እጥረት/በሽታዎች(ካንሰር):		
14.	ለሴቶች: ☐ ጠቶች (የጠት መዳገፍ የሚጠቅም) ☐ የሚጸንስ ስርዓት፣ በሽታ / ሌላ የሴትነት ችግሮች ☐ አይ ☐ አዎ: "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ: ☐ ነፍሰጠፎ ነገሮች? ☐ በቀድሞ ጥገና ወልደው ያወቃሉ? ☐ አይ ☐ አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ መቼ እንደሆነ ግልጽ ያድርጉ (ቀን):		
15.	ለወንዶች: ☐ የፕሮስቴት ችግር ☐ ቫሪኮክል / ሃይድሮክል ሌላ የወንድነት በሽታዎች / ችግሮች ☐ አይ ☐ አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
16.	የአእምሮ ህመሞች: በአእምሮ ሃኪም: አማካሪ ወይም በቤተሰብ ሃኪም የተረጋገጠ የአእምሮ ህመም		
17.	የአፍንጫ ጀሮ እና ጉሮሮ በሽታዎች: ☐ እንቅልፍ እጦት ☐ የአፍንጫ መጸፈን ☐ ሳይነስ ሌላ የአፍንጫ ጀሮ እና ጉሮሮ ህመሞች / ችግር ☐ አይ ☐ አዎ: "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		

እባክዎ ተጨማሪ መረጃ ይስጡ:

.....

.....

.....

B.	የኢንፎርሜሽን ጠያቂው ድንጋጌ 1. በዚህ ክላይ ያሉት ማሳሰቢያዎች ተከክል፤ ማሉ እና በፍቃድኝነት የተሰጡትን ደሆኑ አረጋግጧልሁ። 2. በጠፍ ድንጋጌው ላይ የተሰጠው መልስ እና ማንኛውም ለኢንፎርሜሽን ሰጪው የተሰጠ ሌላ መረጃ እንዲሁም በዚህ ረገድ በኢንፎርሜሽን አቅራቢው ተቀባይነት ያገኘው ቅድመ ሁኔታ በእርስዎ እና በኢንፎርሜሽን አቅራቢው መካከል እንደ መስማማት ቀርቦ የማይለያይ መሆኑን አላበት። 3. ኢንፎርሜሽን አቅራቢው ማሞልከቻውን የመቀበልም ያለመቀበልም ማሉ መበት አለው። ያስተውሉ ይህ የኢንፎርሜሽን ወል ወደስራ የሚገባው ኢንፎርሜሽን አቅራቢው በጽሁፍ ስምምነት ቱን ካስገባ እና የቅድሚያ ክፍያው ማሉ ከተከፈለ በኋላ ማሆኑን ነው። ይህ የክፍያ ቅድመ ሁኔታ የማይሰራው ኢንፎርሜሽን አቅራቢው በሌላ የገቢ ምንጭ የቅድሚያ ክፍያውን ካገኘ ነው። 4. በዚህ ሰነድ ወስጥ ያለው መረጃ ፖሊሲዎች ወስጥ ለመግባት እና ማንኛውንም ከፖሊሲዎች ጋር የተያያዘ መረጃ ለመረዳት አስፈላጊ ነው። ከባንያው እና በሃረል ቡድን (ሃረል የኢንፎርሜሽን ኢንቨስትመንት እና የገንዘብ አገልግሎቶች እና ቅርንጫፎች) ያሉ ሌሎች ከባንያዎች እና/ወይም የነሱ ማንኛውም ተወካይ ይጠቅመዋል ከፖሊሲዎች እና ማንኛውም ህጋዊ ጉዳይ ጋር የተያያዘ ስራ፣ ማኖር፣ እና ጥቅም ላይ ማዋል፣ እንዲሁም ለሶስተኛ ወገን መረጃ ማድረስ በሃረል ቡድን ስም ይችላል። 5. የእርስዎን የጠፍ ኢንፎርሜሽን ማሞልከቻ ያልተቀበለ ወይም የሰረዘ ድርጅት አለ? ☐ አይ ☐ አዎ፤ "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ፡ 6. የጠፍ ምክጠራዊነት የማይጠበቅበት ጊዜ፡ እኔ፣ ከስር የፈረምኩት፣ ለ HMO እና/ወይም የጠፍ ተቋማት፣ እንዲሁም ሃኪሞች እና/ወይም የአእምሮ ሃኪሞች፣ የህክምና ተቋማት እና ሌሎች ሆስፒታሎች እና /ወይም ማንኛውም ኢንፎርሜሽን ከባንያ እና/ወይም ማንኛውም ተቋም እና አካል እነዚህን በኢንፎርሜሽን ፖሊሲ ስር ያሉ መብቶች እና ግዴታዎች ለማስረዳት እስኪሆኑ ድረስ እና/ወይም ለማሞልከቻዬ መዝገፍ ጊዜ ርዝመት ያህል፣ ወደ ሃረል ለማስገባት፣ በከባንያው የተያዙትን ማንኛውንም አይነት ዝርዝር ያለ ቀሪ እና በጠያቂው (ዎች) አካላት ፍላጎት መሰረት በሆነ አቀራረብ፣ ስለጠፍ ሁኔታዬ፣ በፊት ኖረውብኝ ስለነበሩ በሽታዎች እና / ወይም አሁን ያሉብኝን እና/ወይም ወደፊት ስለሚኖሩብኝ እና “በጠያቂው አካል” ፍላጎት መሰረት የጠፍ ምክጠራዊነትን እንዲያነሱ ፍቃድ ሰጥቻለሁ፡፡ ይህ በጽሁፍ ያለ ልዩ ሁኔታ የኔን ህጋዊ ገላጭነት እና ማንኛውንም የእኔን ወኪል በህግ ይገድባል፡፡
----	--

የመደህን ሽፋን ገዢ እጩው ይህንን የጤና ሁኔታ መግለጫ ቅጽ ስለ ይዘቱ እሱ/እርሷ በሚገባቸው ቋንቋ ማብራሪያ ካገኘ ፈርሟል።

ቀን _____ የመደህን ሽፋን ገዢ እጩው ፊርማ _____ የምስክር ፊርማ _____

C.	የቅበላ ማረጋገጫ ወል እና ቅድመ ሁኔታዎች በግልጽ በቅድሚያ እኔን ለሚጠብኩት ስምምነት ቱን አስቀምጧልሁ፤ ምክንያቱም የተጠየቀውን የኢንፎርሜሽን ፖሊሲ ለማሞልከት ከስር ያሉት የቅበላ ወሎች እና ቅድመ ሁኔታዎች በኢንፎርሜሽን ፖሊሲው ውስጥ መካተት አለባቸው ይህም ለእኔ እንደሚሰራ ሆኖ ይቀርባል፤ ከዛም፡ ከሚከተለው የኢንፎርሜሽን ዝግጅት ጋር የሚገናኝ ምንም የገንዘብ ሽፋን አይደረግም፡ ቀን ስም ፓስፖርት ቁጥር ፊርማ
----	---