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

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

بيت أيالون للتأمين، شارع آبا هيلل سيلفر 12، رمات جان 5250606، ص.ب 10957

تصريح صحي لبوليصة تأمين صحي لعامل أجنبي / سائح

1. تفاصيل المرشح/ة للتأمين						
اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم جواز السفر	الجنس	تاريخ الميلاد	الوزن (كغم)	الطول (سم)
			أنثى / ذكر			

تمت كتابة الأسئلة بصيغة المذكر للتسهيل فقط، إلا أنها موجهة لكلا الجنسين.

2. تصريح صحي

يجب الإجابة عن الأسئلة التالية من خلال وضع إشارة X في عمود الإجابة الملائمة، وإكمال المعلومات المطلوبة في التصريح نفسه إذا لزم الأمر. **في كل مكان تختارون فيه الإجابة "نعم"، يجب التفصيل في المكان الملائم أدناه.** قد يُطلَب منك إرفاق مستندات طبية أخرى من الطبيب المعالج بخصوص المشكلة المصرّح بها، أو نتائج الفحوصات، كيفية العلاج والحالة المحدّثة.

	أسئلة عامة	نعم	لا
1.	هل خضعت في السنوات العشر الأخيرة إلى عملية جراحية أو أوصيت بالخضوع لعملية جراحية؟		
2.	هل مكثت في السنوات العشر الأخيرة في الاستشفاء في مستشفى أو في مؤسسة طبية؟ متى، وما السبب؟ الرجاء إرفاق ملخصات المرض ومعلومات محدثة.		
3.	هل تتناول أدوية بشكل ثابت، او أوصي لك بتناولها في السنوات العشر الأخيرة؟ اكتب اسم الدواء وسبب تناوله.		
4.	هل تستهلك بشكل دائم او استهلكت في الماضي مشروبات روحية؟ اذكر ما هو المشروب وكمية استهلاكه.		
5.	هل تتعاطى أو تعاطيت المخدرات؟		
6.	هل تدخن أكثر من 20 سيجارة في اليوم؟		
7.	خلال الـ 12 شهرًا الأخير، هل نزلت في الوزن أكثر من 5 كغم (ليس بسبب نظام غذائي)؟ الرجاء التفصيل.		
8.	هل أجريت فحوصات مختبر بما في ذلك فحوصات دم، بول (نتائجها غير سليمة) و/أو فحوصات طبية معينة بما في ذلك القسطرة، التنظير الداخلي/فحص غزوي، فحوصات لتشخيص ورم خبيث، خزعة، تخطيط كهربائية القلب، صور أشعة أو أولتراساوند، مسح CT،MRI ؟ الرجاء تفصيل السبب، الموعد والنتائج.		
9.	هل عانيت أو تعاني من فقدان القدرة على العمل بشكل جزئي أو كامل؟		
10.	هل تحددت لك نسبة إعاقة؟		
11.	هل تستعين بأجهزة طبية معينة؟		
12.	هل تعرف بوجود تشوّه خلقي معين لديك؟		
13.	هل تم تشخيصك كمن تعاني من مرض مناعة ذاتي معين، بما في ذلك الذئبة الحمراء؟		
14.	هل ستخضع لعلاج طبي معين أو للاستشفاء؟		
15.	هل تبين أنك حامل لمضادات و/أو مريض بفيروس HIV؟		
16.	**أمراض النساء، للنساء فقط:** أ. هل أنت حامل؟ ☐ نعم ☐ لا ب. هل تعانين أو عانيت من أمراض نسائية بما في ذلك: عدم انتظام الدورة الشهرية، مشاكل في الخصوبة، حالات نزيف، مشاكل في الرحم او المبيضين، نتائج غير سليمة في فحص نسائي (مثل PAP) أو اضطرابات نسائية أخرى؟ ج. هل تعلمين بوجود أمراض في الثديين بما في ذلك الأورام في الثديين؟ د. هل ولدتِ بعملية قيصرية؟ إذا كان الجواب نعم، في أي سنة؟		

	هل تعاني من أو عانيت من الأمراض أو الأعراض التالية:	نعم	لا
17.	**جهاز الأعصاب** - بما في ذلك الدوران، الصداع، الصداع النصفي، الإغماء، الشلل، الصرع، اضطرابات في الذاكرة، فقدان الحسّ، مرض تنكّسي، إصابات دماغية، نزيف في الدماغ، C.V.A، اضطرابات في التوازن، الزهايمر، باركينسون، إنهاك نفسي، الخرف، التصلب المتعدد.		
18.	**اضطرابات نفسية** - بما في ذلك الاضطرابات المشخصة ومحاولات الانتحار.		
19.	**الحساسيات** - الرجاء تفصيل نوع الحساسية والعلاج.		
20.	**جهاز التنفس** - بما في ذلك الأزمة، السلّ، التهابات الرئتين المتكررة، سيستيك فيبروزس، التهاب القصبات الهوائية، النفاخ الرئوي، التهابات متكررة في جهاز التنفس، copd، مشاكل في الصدر.		
21.	**القلب وفرط ضغط الدم** - بما في ذلك الذبحة الصدرية (أناجينا بيكتورس)، انسداد عضلة القلب، اضطرابات في وتيرة خفقان القلب، مشكلة في صمامات القلب، مرض قلب خلقي، مرض في عضلة القلب أو غشاء القلب، ضغط دم غير متّزن.		
22.	**الأوعية الدموية** - بما في ذلك مشاكل في تخثّر الدم/ خثرات الدم، الخثار الوريدي (DVT)، الدوالي الوريدية، اضطرابات في الدورة الدموية، مشاكل في الشرايين (PVD).		
23.	**جهاز الهضم** - بما في ذلك أمراض القرحة الهضمية (قرحة المعدة أو الاثني عشر)، حرقات، مرض التهاب الأمعاء (كرون، التهاب القولون التقرحي)، نزيف من جهاز الهضم، بواسير، مشاكل في الفتحة الشرجية، مشاكل في الكبد أو أمراض كبد، يرقان، المرارة وحصى المرارة، مشاكل في المريء، التهاب في البنكرياس.		

24.	**فتق (هيرنيا، كسر)** - من أي نوع، بما في ذلك الفتق الندبي.		
25.	**الكلى والمسالك البولية** - بما في ذلك حصى الكلى، التهابات الكلى أو المسالك البولية، تشوّهات في المسالك البولية، وجود دم أو زلال في البول، تضرُّر أداء الكلى، كيسة في الكلى، غدة البروستاتا.		
26.	**المفاصل والعظام** - بما في ذلك التهاب العظام (ارتريتيس)، النقرس، الظهر والعمود الفقري، الركبتان، المفاصل الأخرى، كسور خضعت لعملية جراحية، أمراض العظام.		
27.	**الأيض وجهاز المناعة** - بما في ذلك السكري، اضطراب الغدة الدرقية، اضطراب الغدة الكظرية، اضطراب الغدة النخامية، الغدة اللمفاوية، الغدة اللعابية أو الغدد الأخرى، دهون عالية في الدم، أمراض الدم والتخثّر، فقر الدم.		
28.	**مرض خبيث (سرطان)** - بما في ذلك الأورام الخبيثة أو ما قبل الخبيثة، أو مرض ما قبل الخبيث. الرجاء تفصيل نوع المرض، موعد الإصابة وطريقة العلاج.		
29.	**الجلد والجنس** - بما في ذلك الأورام الجلدية، الصدفية، الهربس، الزهري، الثاليل، الورم الحليمي/ تاثؤلول التناسلي.		
30.	**العيون** - بما في ذلك الكتاراكت (الساد)، الحوَل، العمى، مشاكل في القرنية، مشاكل في الشبكية، اضطرابات في النظر، لابؤرية، الزرق.		
31.	**الأنف، الأذن والحنجرة** - بما في ذلك الالتهابات المتكررة، التهابات في فتحات الأنف (الجيوب الأنفية)، البوليبات، التهابات اللوزتين، مشاكل سمع، متلازمة انقطاع النفس النومي، شخير.		

تفصيل النتائج الإيجابية في أسئلة الحالة الصحية. الرجاء تفصيل المشكلة والحالة اليوم:

_____

_____

_____

أصرح بأن كل التفاصيل التي زودتها في التصريح الصحي، صحيحة وكاملة. إذا تبيّن أن التفاصيل التي زودتها غير صحيحة أو غير كاملة، تكون شركة أيالون معفية من التزامها ومسؤوليتها
بموجب قانون عقد التأمين.

تصريح صاحب البوليصة

على حد معلوماتي، فإن ما صرح به المؤمن صحيح، ولست على علم بأي تشوّه أو مرض خلقي، بما في ذلك الأمراض الوراثية و/أو الحالة الصحية و/أو العُرض الطبي و/أو المرض، سواء تم علاجه أم لا، و/أو نتائجها، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، نجمت و/أو تفاقمت بسبب حالة صحية، التي كانت موجودة قبل موعد بدء سريان التأمين و/أو أي معلومات أخرى. لو تم إبلاغ الشركة المؤمِّنة، لم تكن الشركة المؤمِّنة لتتعاقد وفقًا لهذه البوليصة وتؤمِّن المؤمَّن.

تم توقيع هذا التصريح من قِبل المؤمَّن، وذلك بعد أن شُرح له فحواه بلغة واضحة ومفهومة له.

تاريخ التوقيع	اسم المشغّل/صاحب البوليصة	توقيع المشغّل/صاحب البوليصة

معلومات للمرشح للتأمين

1. وفقًا لشروط البوليصة، في غضون 90 يومًا من موعد انتهاء فترة التأمين، يمكن تمديد فترة التأمين على التوالي، بشرط دفع رسوم التأمين عن الفترة بين فترة التأمين وتمديد التأمين (الدفع عن الفترة المذكورة، يمكن أن يتم من قبل المؤمَّن أو المشغّل)، وطالما أنك مستمر في العمل كعامل أجنبي. بعد مرور 90 يومًا من موعد انتهاء فترة التأمين، الانتساب لبوليصة جديدة سيكون مشروطًا بإجراء ضمان اكتتاب.

2. إذا كنت شخصًا مع محدودية، كما ورد تعريفه في قانون مساواة حقوق ذوي المحدودية - 1998، أي "شخص يعاني من إعاقة جسدية، نفسية أو عقلية، بما في ذلك الإعاقة الذهنية، الدائمة أو المؤقتة، التي بسببها تقيّد أداؤه إلى حد كبير في مجال واحد أو أكثر من مجالات الحياة الأساسية"، يرجى إبلاغنا بذلك عن طريق وكيل التأمين الخاص بك، والذي تظهر تفاصيله في صفحة المقترح.

تصريح للمرشح للتأمين

1. **أصرح، أوافق وألتزم بما يلي**: (1) كل إجاباتي صحيحة، كاملة وأجبت عنها بمحض إرادتي. (2) الإجابات المفصلة في التصريح الصحي وأي معلومات أخرى أزودها للشركة المؤمِّنة وكذلك الشروط المتّبعة لدى الشركة المؤمِّنة في هذا الشأن، ستكون شرطًا جوهريًا لعقد التأمين بيني وبين الشركة المؤمِّنة، وستكون جزءًا لا يتجزأ من عقد التأمين. (3) يحق للشركة المؤمِّنة أن تقرر عدم قبول المقترح أو رفضه دون حاجة لتبرير قرارها. أنا على علم أن عقد التأمين يدخل حيّز السريان فقط بعد أن تصدر الشركة المؤمِّنة مصادقة خطية بقبولها للتأمين وبعد دفع رسوم التأمين الأولية بالكامل.
2. أنا على علم بأنه بموجب هذه البوليصة، الشركة معفية من تقديم الخدمة بخصوص أي تشوّه أو مرض خلقي، بما في ذلك الحالة الصحية و/أو العُرض الطبي و/أو المرض، سواء تم علاجه أم لا، و/أو نتائجها، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، نجمت و/أو تفاقمت بسبب حالة صحية، التي كانت موجودة قبل موعد بدء سريان التأمين، وكل ذلك خاضع للمذكور في مرسوم العمال الأجانب بخصوص التغطية التأمينية في إطار البوليصة.
3. أصرح بذلك بأنه ليست هناك أي شركة تأمين لم ترفض مقترح للتأمين الصحي.
4. أصادق على أني تلقيت معلومات جوهرية بخصوص التأمين، والتي شملت على الأقل وصفًا جوهر التغطية التأمينية، رسوم التأمين، فترة التأمين، مبالغ التأمين الأساسية ونطاق المسؤولية الأساسي ومعلومات حول إمكانية حصولي على تفاصيل كاملة بشأنها.
5. انتسابك لهذه البوليصة يعني تخويل وكيل التأمين الخاص بك في البوليصة بتقديم والحصول باسمك/ ومن أجلك على كل الرسائل و/أو المستندات المرتبطة بإجراءات ضمان الاكتتاب وإجراءات الانتساب للبوليصة.
6. أوافق على أن بوليصة التأمين لبرنامج التأمين المطلوب في هذا المقترح، ستُرسل لي عن طريق الوكيل الذي تظهر تفاصيله في صفحة المقترح.

إذا رغبت في الحصول على البوليصة و/أو المعلومات في إطار إجراءات ضمان الاكتتاب وإجراءات الانتساب لهذه البوليصة مباشرةً إليك، بإمكانك التوجه إلينا في أي وقت.

تاريخ التوقيع	اسم المرشح/ة للتأمين	توقيع المرشح/ة للتأمين