

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

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

א.רוזן סוכנות לביטוח
משרד 03-6735915

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

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

Status of insurance / סטטוס ביטוח

ביטוח חדש / New insurance הארכה / חידוש

The purpose for coming to Israel / נא סמן את סיבת הגעתך לישראל

יעוד / 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
עד תאריך / Up to Date _____ מתאריך / from 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
				F / נ <input type="checkbox"/> M / ז <input type="checkbox"/>
ארץ לידה / Country of birth	תאריך כניסה לישראל / Israel entry 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 <input type="checkbox"/> לא / No <input type="checkbox"/>	חברת ביטוח / Insurance Co		
		מס' חבר קופ"ח / Membership No		
		עד תאריך / Up to date _____		
		מתאריך / From 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

קרטיס אשראי / Credit Card מסוג: ישראלרנט ויזה דינינס 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



Declaración de salud para una póliza de seguros de salud de un trabajador extranjero / turista

1. Datos del candidato/a al seguro

Altura (cm)	Peso (kg)	Fecha de nacimiento	Sexo F/M	Número de pasaporte	Nombre	Apellido
-------------	-----------	---------------------	-------------	---------------------	--------	----------

Por cuestiones de comodidad las preguntas fueron redactadas en masculino pero se refieren a ambos sexos. Por favor responda a las preguntas en inglés o en hebreo.

Preguntas generales		Sí	No
1.	¿Fue operado o le recomendaron atravesar una cirugía en los últimos diez años?		
2.	¿Estuvo internado en los últimos diez años en un hospital u otra institución médica? ¿Cuándo y cuál fue el motivo? Adjunte resúmenes de la enfermedad e información actualizada.		
3.	¿Toma usted medicación regular o le fue recomendado en los últimos diez años? Detalle el nombre del medicamento y el motivo por el que lo toma.		
4.	¿Consume regularmente o consumió en el pasado bebidas alcohólicas? Indique qué bebida y volumen de consumo.		
5.	¿Consume o consumió drogas?		
6.	¿Fuma más de veinte cigarrillos por día?		
7.	¿Bajó durante los últimos doce meses más de cinco kilos (no como resultado de una dieta)? Detalle.		
8.	Si atravesó análisis de laboratorio incluidos sangre, orina (que no salieron normales) y/u otros exámenes médicos incluido cateterismo, ecocardiografía, endoscopia/exámenes invasivos, exámenes para la detección de tumores malignos, biopsia, ECG, radiografías o ecografías, mapeo, TAC, resonancia magnética, detallar el motivo, fecha y resultados.		
9.	¿Sufre o sufrió de pérdida de capacidad laboral total o parcial?		
10.	¿Le fueron determinados porcentajes de discapacidad?		
11.	¿Es asistido por algún instrumento médico?		
12.	¿Sabe de alguna malformación congénita?		
13.	¿Fue diagnosticado con alguna enfermedad auto inmune incluido lupus?		
14.	¿Es candidato a algún tratamiento médico o internación? המתנה לרשימת המתנה waiting list		
15.	¿Es portador de anticuerpos y/o del virus VIH?		
16.	Enfermedades femeninas, exclusivamente para mujeres: a. ¿Está usted embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Sufre o sufrió algún problema ginecológico? Incluidos: trastornos menstruales, problemas de fertilidad, sangrado, útero, ovarios, hallazgos anormales en exámenes ginecológicos (como PAP) u otros trastornos ginecológicos? c. ¿Sufre de algún trastorno mamario incluidos nódulos mamaros?... d. ¿Dio a luz por medio de cesárea? Si sí, ¿en qué año?		
	Sufre o sufrió de alguna de las siguientes enfermedades o fenómenos:	Sí	No
17.	Sistema nervioso - incluidos mareos, dolores de cabeza, migrañas, desmayos, parálisis, epilepsia, trastornos en la memoria, pérdida sensorial, enfermedad degenerativa, ataque cerebral, hemorragia cerebral, accidente cerebrovascular, trastornos del equilibrio, Alzheimer, Parkinson, agotamiento mental, demencia, esclerosis múltiple.		
18.	Trastornos mentales - incluidos diagnosticados e intentos de suicidio.		
19.	Alergias - detalle tipo de alergia y tratamiento.		
20.	Vías respiratorias - incluido asma, tuberculosis, pulmonías reiteradas, fibrosis quística, bronquitis, enfisema, infecciones reiteradas en las vías respiratorias, EPOC, neumotórax.		
21.	Corazón e hipertensión arterial incluidos - angina de pecho, infarto agudo de miocardio, arritmias, problemas de valvulopatía, enfermedad cardíaca congénita, miocardiopatía o pericardio, presión arterial descompensada.		
22.	Vasos sanguíneos - incluidos problemas de coagulación de la sangre/coágulos de sangre, trombosis venosa (TVP), venas varicosas, trastornos en el flujo sanguíneo, problemas arteriales (EVP).		
23.	Sistema digestivo - incluida enfermedad péptica (ulcera de estómago o duodenal) acidez estomacal, enfermedad inflamatoria intestinal (colitis de Crohn), sangrado del sistema digestivo, Hemorroides, problemas en el ano, problemas o enfermedades hepáticas, hepatitis, vesícula biliar y cálculos biliares, problemas con el esófago, inflamación del páncreas.		
24.	Hernias - de cualquier tipo, incluida hernia cicatricial.		
25.	Riñones y vía urinarias - incluidos cálculos renales, infecciones renales o de las vías urinarias, malformaciones en las vía urinarias, sangre o proteína en la orina, deterioro de la función renal, quistes en los riñones, próstata.		
26.	Articulaciones y huesos - incluidas inflamaciones en las articulaciones (artritis), gota, espalda y columna vertebral, rodillas, otras articulaciones, fractura intervenida, enfermedades óseas.		
27.	Metabolismo y sistema inmune - incluidas diabetes, trastornos en la tiroides, trastornos en la glándula suprarrenal, trastornos en la glándula pituitaria, glándula linfática, glándula salival u otras glándulas, hiperlipidemia, enfermedades de la sangre y de coagulación, anemia.		
28.	Enfermedad maligna (cáncer) - incluidos tumores malignos o premalignos, o enfermedad premaligna, detalle el tipo, fecha y tratamiento.		
29.	Piel y sexo - incluidos tumores cutáneos, psoriasis, herpes, sífilis, ampollas, papiloma/condiloma.		
30.	Ojos - incluida catarata (bajo), estrabismo, ceguera, problemas en la córnea, problemas en la retina, trastornos en la visión, astigmatismo, glaucoma.		
31.	Otorrinolaringología - incluidas infecciones reiteradas, infecciones en las cavidades nasales (sinusitis), pólipos, amigdalitis, problemas de audición, síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño, ronquidos.		

Detalle de hallazgos positivos en las preguntas de salud, indique el problema y la condición al día de hoy:

Declaro por la presente que todos los datos que señalé en la declaración de salud, son correctos y están completos. Si se encuentra que los detalles declarados no son correctos o están completos, Ayalon estará eximida de compromiso y responsabilidad Conforme a la Ley de Contratos de Seguros.

Firma del empleador/propietario de la póliza	Nombre del asegurado	Fecha del asegurado
--	----------------------	---------------------

Información para el candidato al seguro

Conforme a los términos de la póliza, durante 90 días desde la fecha de finalización del periodo del seguro, será posible prolongar el periodo del seguro de forma seguida, sujeto al pago de una cuota de seguro por el periodo entre el periodo del seguro y la prolongación de este (pago por el periodo como se menciona, puede realizarse por el asegurado o por el empleador) y siempre que usted siga trabajando como trabajador extranjero.

1. Pasados

90 días desde la fecha de finalización del periodo del seguro, la adhesión a una nueva póliza implica un procedimiento de suscripción.

2. Siempre que usted sea una persona con discapacidad, como se define en la Ley de Igualdad de Derechos para Personas con Discapacidad, 5758, 1998 léase «una persona con discapacidad física, mental o cerebral incluida cognitiva fija o temporal, por la que su desempeño se vean

Declaración del candidato al seguro

1. **Declaro, acepto y me comprometo por la presente que:** (1) Todas las respuestas son correctas, completas y fueron otorgadas de mi libre voluntad. (2) Las respuestas detalladas en la declaración de salud y cualquier otra información que sea entregada a la aseguradora así como los términos aceptados por la aseguradora para este asunto, servirán como término esencial para el contrato de seguro entre la aseguradora y yo y serán inseparables del contrato de seguro. (3) La aseguradora será libre de decidir si recibir una oferta o rechazarla sin que deba justificar su decisión. Soy consciente que el contrato de seguro entrará en vigencia solo después de que la aseguradora emita una autorización por escrito para su recepción al seguro luego de que la primera cuota de seguro sea abonada en su totalidad.

2. Soy consciente que según esta póliza la compañía estará eximida de prestar servicio en relación a una malformación, enfermedad congénita, incluida una condición de salud y/o fenómeno médico y/o enfermedad, ya sea si son tratadas o si no lo son, y/o sus resultados, de forma directa o indirecta causadas y/o que se agravaron debido a una condición de salud que existía antes de la fecha de comienzo del seguro y todo sujeto a lo mencionado en la Ordenanza de Trabajadores Extranjeros para asuntos de cobertura en el marco de la póliza.

3. Declaro por la presente que ninguna compañía? de seguro rechazó ofrecerme a un seguro de salud.

4. Certifico que me fue transmitida información sustancial respecto al seguro que incluyó al menos el detalle de las partes principales de la cobertura, la premia del seguro, periodo del seguro, montos principales del seguro y límites de responsabilidad principales y respecto a mi posibilidad de recibir datos completos respecto a ellos.

5. Con su adhesión a esta póliza usted autoriza a su agente de seguros en la póliza a presentar y recibir en su nombre/ y para usted todos los avisos y/o documentos relacionados al proceso de suscripción y al proceso de adhesión a la póliza.

6. Acepto que la póliza del seguro del plan de seguro requerido en esta oferta me será entregada por medio de un agente cuyos datos aparecen en la hoja de oferta.

7. Exención de confidencialidad médica

Yo, el abajo firmate, autorizo por la presente cualquier organización de mantenimiento y/o institución médica y a cualquier médico, hospital u otra instalación sanitaria y/o cualquier compañía de seguro y/o institución y/u entidad proveer a la Compañía de Seguros Ayalon S.A. (en lo sucesivo: "la compañía de seguro") toda la información sin excepción y en el formato requerido por la compañía de seguro con respecto a mi condición médica y/o cualquier enfermedad o condición médica que me que me haya afectado en el pasado, presente o futuro y eximo a usted por la presente de la obligación de confidencialidad médica y también eximo a la compañía de seguro de esta obligación. Esta exención me ata a mí, a mis herederos y a mis representantes legales y a cualquiera que los reemplace.

En caso de que desea recibir la póliza y/o la información en el marco del proceso de suscripción y proceso de adhesión a esta póliza también de forma directa, diríjase a nosotros en cualquier momento.

Firma del candidato/a al seguro	Nombre del candidato/a al seguro	Fecha de la firma
---------------------------------	----------------------------------	-------------------