

הצעה לביטוח רפואי - לשוהים זרים בישראל

Proposal Form Health Insurance - Foreigners in Israel



הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

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

סטטוס ביטוח / Status of insurance

ביטוח חדש / New insurance הארכה / חידוש

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

Other / אחר Industry / תעשייה Construction / בניין Agriculture / חקלאות Nursing care / סיעוד

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

<input type="checkbox"/> פוליסה לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף / Policy for Foreign worker with permit to work in Israel
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> F / נ <input type="checkbox"/> M / ז				
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	חברת ביטוח / Insurance Co _____ מס' חבר קופ"ח / Membership No _____ עד תאריך / Up to date _____ From date / מתאריך _____			
<input type="checkbox"/> Yes / כן <input type="checkbox"/> No / לא				

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. מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות /

The supply and handling of personal information in accordance with privacy protection laws

מובהר שאין חובה חוקית למסור לאיילון מידע אישי ומסירתו תלויה ברצון ובהסכמת המוסר אולם אי מסירת מידע אישי עלול למנוע מאיילון את היכולת לספק שירות או לתת מענה לפניה.

המידע האישי שתמסור ייאגר במאגרי המידע של איילון חברה לביטוח בע"מ. מאגרי המידע של איילון מנוהלים כדין ואיילון מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי איילון (כולל לאילו מטרת הוא ישמש, למי יכול שיועבר ולאילו מטרת), פרטי הקשר של איילון, וזכויותיך בקשר עם מידע אישי שאיילון מעבדת אודותיך (כולל זכות עיון וזכות לבקש תיקון המידע), הוא כמפורט במדיניות הפרטיות של איילון שמתפרסמת באתר האינטרנט של איילון בכתובת: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

Please note that you are under no legal obligation to supply personal information to Ayalon and doing so is left to your discretion. However, if you do not supply certain personal information, Ayalon may be unable to provide service or respond to enquiries.

The personal information you supply will be stored in the databases of Ayalon Insurance Company Ltd. The Ayalon databases are legally administered and Ayalon respects your right to privacy. Details of how personal information is handled by Ayalon (including the purposes it is used for, who it can be shared with and for what purposes), contact details of Ayalon, and your rights in connection with personal information which Ayalon processes (including the right of review and the right to request corrections to personal information), appears in the Ayalon privacy policy document which can be downloaded from the Ayalon website at: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

6. אופן התשלום / Payment method

<input type="checkbox"/> המחאה <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> הפקדה בנקאית		
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי / Credit Card מסוג: <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דיינרס <input type="checkbox"/> אחר _____		
Telephone No. / מס' טלפון	ID No / מס' זהות	Name of card holder / שם בעל הכרטיס
No. of payments / מס' תשלומים	Exp. date / תוקף	Credit card No. / מספר כרטיס אשראי
Signature of policy holder / חתימה	Name of policy holder / שם בעל הפוליסה	Date / תאריך
>>>		<<<

विदेशी श्रमिकों या पर्यटकों के लिए स्वास्थ्य चिकित्सीय बीमा घोषणा-पत्र

1. प्रस्तावक के विवरण

उपनाम	पहला नाम	पासपोर्ट नंबर	लिंग	जन्मतिथि	वजन	कद
			पुरुष / स्त्री			

सुविधा के लिए फार्म को पुलिंग रूप में दिया गया है, हालांकि ये स्त्रीलिंग पर भी उतना ही लागू होता है। कृपया सवालों के जवाब अंग्रेजी या यहूदी भाषा में दें।

2. स्वास्थ्य का घोषणा-पत्र

कृपया संबंधित खाने में X का निशान लगाएं। यदि आपने किसी सवाल का जवाब हां में दिया है, तो कृपया और विवरण प्रदान करें। आपको किसी चिकित्सीय स्थिति, जांच नतीजे या किसी इलाज, जो आप प्राप्त करते हैं, के विवरणों के संबंध में अपने डॉक्टर की तरफ से अतिरिक्त चिकित्सीय दस्तावेज प्रदान करने की जरूरत हो सकती है।

सामान्य सवाल	हां	नहीं
1. पिछले दस वर्षों में, क्या आपकी कोई सर्जरी हुई है या क्या आपको सर्जरी कराने की सलाह दी गई है?		
2. पिछले दस वर्षों में, क्या आप अस्पताल में भर्ती हुए हैं? यदि हां, तो कृपया बताएं कि कब और किस कारण से और अस्पताल की एक मेडिकल रिपोर्ट और आपकी मौजूदा अवस्था से संबंधित एक रिपोर्ट नत्थी करें।		
3. क्या आप इस समय नियमित रूप से दवाई ले रहे हैं या पिछले दस वर्षों में ऐसा किया है? यदि हां, तो कृपया दवाई का नाम और कारण बताएं कि आप इसे क्यों लेते हैं।		
4. क्या आप नियमित रूप से शराब पीते हैं या अतीत में ऐसा किया है? यदि हां, तो कृपया बताएं कि कौन-सी शराब और कितनी बार पीते हैं		
5. क्या आप ड्रग्स लेते हैं या क्या आपने अतीत में ड्रग्स ली हैं?		
6. क्या आप प्रतिदिन 20 से ज्यादा सिगरेट पीते हैं?		
7. पिछले 12 महीनों में क्या आपका वजन 5 किलो से ज्यादा कम हुआ है (आहार के अलावा किसी और कारण से)? यदि हां, तो कृपया विवरण प्रदान करें		
8. क्या आपकी कोई प्रयोगशाला जांचें, जैसे रक्त या पेशाब (असामान्य नतीजों के साथ) या कोई चिकित्सीय जांचें, जिनमें शामिल हैं, कैथेटर डालना, इकोकार्डियोग्राफी, एंडोस्कोपी, कैंसर का पता लगाने के लिए उपकरण डालकर की जाने वाली जांचें, बायोप्सी, ईसीजी, एक्सरे या अल्ट्रासाउंड, स्कैन, सीटी, एमआरआई आदि हुई हैं? यदि हां, तो कृपया कारण, तारीख और नतीजा बताएं		
9. क्या आप काम की संपूर्ण या आंशिक अक्षमता से पीड़ित हैं या हुए हैं?		
10. क्या आप विकलांग हैं?		
11. क्या आप किसी प्रकार की चिकित्सीय डिवाइस का प्रयोग करते हैं?		
12. क्या आप किसी जन्मजात दोष से पीड़ित हैं?		
13. क्या आप लूपस सहित किसी ऑटोइम्यून बीमारी से पीड़ित हैं?		
14. क्या आप किसी चिकित्सीय इलाज या अस्पताल में भर्ती होने की प्रतीक्षा कर रहे हैं?		
15. क्या आप एचआईवी एंटीबॉडी और/अथवा वायरस से संक्रमित हैं?		
16. स्त्री रोग विज्ञान - केवल महिलाएं:		
A. क्या आप गर्भवती हैं?		
B. क्या आप स्त्री रोग विकारों से पीड़ित हैं, जैसे: अनियमित माहवारी, बांझपन, रक्तस्राव विकार, गर्भाशय संबंधी बीमारियां, अंडाशय संबंधी विकार, स्त्री रोग जांचों के असामान्य नतीजे (जैसे पीएपी) या कोई अन्य स्त्री रोग विकार?		
C. क्या आपको कोई स्तन संबंधी विकार या स्तन में गांठें हैं?		
D. क्या आपकी सिजेरियन डिलीवरी हुई है?		

क्या आप निम्नलिखित बीमारियों या अवस्थाओं में से किसी से पीड़ित हैं या रहे हैं?	हां	नहीं
17. तंत्रिका तंत्र संबंधी विकार - इनमें शामिल हैं, चक्कर आना, सिरदर्द, माइग्रेन, बेहोशी, लकवा, मिर्गी, याददाश्त संबंधी विकार, संवेदी प्रोसेसिंग विकार, डिजेनेरेटिव रोग, स्ट्रोक, ब्रेन हैमरेज, सी.वी.ए., संतुलन की कमी, एलजाइमर्स रोग, पार्किंसन्स रोग, मानसिक अक्षमता, डिमेंशिया, मल्टीपल स्क्लेरोसिस।		
18. मनोचिकित्सीय विकार - किसी भी प्रकार का विकार या आत्महत्या करने की कोशिश		
19. एलर्जी - कृपया एलर्जी और किसी इलाज, जो आप करवाते हैं, के विवरण प्रदान करें		
20. श्वास संबंधी विकार - इनमें शामिल हैं, दमा, टीबी, बार-बार होने वाला न्यूमोनिया, सिस्टिक फाइब्रोसिस, ब्रॉकाइटिस, एम्फायसेमा, श्वासमार्ग में बार-बार संक्रमण, सीओपीडी, न्यूमोथोरैक्स		
21. हृदय और रक्तचाप संबंधी विकार - इसमें शामिल हैं, एंजाइना, दिल का दौरा, अतालता, हृदय वाल्व रोग, जन्मजात हृदय रोग, परिमार्थोकार्डिटिस, हृदय रोग, उच्च रक्तचाप या रक्तचाप बढ़ना-घटना		
22. हृदय वाहिका विकार - इनमें शामिल हैं, रक्त का अतिजमाव, गहरी नसों में रक्त के थक्के बनना, सूजी हुई नसों, हृदय रोग, परिधीय रक्तवाहिका रोग		
23. पाचनतंत्र - इनमें शामिल हैं, पाचन संबंधी विकार (पेटिक अल्सर या ग्रहणी में अल्सर), सीने में जलन, आंतों के संक्रामक रोग, क्रोहन्स रोग, आंत्र शोथ, जठरांत्र रक्तस्राव, बवासीर, गुदा और मलाशय संबंधी विकार, जिगर संबंधी विकार या जिगर रोग, पीलिया, पित्ताशय का संक्रमण, पित्त की पथरी, भोजन नलिका संबंधी विकार, अग्नाशय के संक्रमण		
24. हर्निया, किसी भी प्रकार का, इसिजनल हर्निया सहित		
25. गुर्दे और मूत्रमार्ग के संक्रमण - इनमें शामिल हैं, गुर्दे की पथरियां, गुर्दे या मूत्रमार्ग के संक्रमण या रुकावटें, पेशाब में रक्त या प्रोटीन, गुर्दे की पुरानी बीमारी, गुर्दे में सिस्ट, प्रोस्टेट संबंधी समस्याएं		
26. जोड़ और हड्डी - इनमें शामिल हैं, गठिया, गाउट, पीठ, रीढ़ की हड्डी, घुटना और अन्य जोड़ों के विकार, हड्डी टूटने की सर्जरी, हड्डी रोग		
27. चयापचय और प्रतिरक्षा प्रणाली - इसमें शामिल हैं, मधुमेह, थायरॉयड संबंधी विकार, अधिवृक्क ग्रंथी, पीयूष ग्रंथी, लसीका ग्रंथि, लार ग्रंथि या अन्य ग्रंथियों के विकार, हाइपरलिपेमिया, रक्त रोग या स्कंदन, खून की कमी		

28.	असाध्य रोग (कैंसर) – इनमें शामिल हैं, असाध्य या कैंसर-पूर्व ट्यूमर, या कैंसर-पूर्व बीमारियां। कृपया निदान और इलाज का प्रकार, तारीख बताएं।		
29.	त्वचा विज्ञान और रतिजरोग – इनमें शामिल हैं, त्वचा के मस्से, छालरोग, हर्पीज, उपदंश, मस्से, अंकुराबुद / कोंडिलोमा		
30.	आंखों संबंधी विकार और रोग – इनमें शामिल हैं, मोतियाबिंद, भंगा होना, नेत्रहीनता, कोर्निया या जालिका संबंधी समस्याएं, विकृत दृष्टि, दृष्टिवैषम्य, ग्लूकोमा		
31.	कान नाक और गला – इनमें शामिल हैं, बार-बार होने वाले संक्रमण, राइनोसिनुसाइटिस, पॉलिप्स, टॉन्सिलाइटिस, सुनने संबंधी समस्याएं, स्लीप एपनिया, खरटे लेना		

कृपया किसी भी ऐसे सवालों से संबंधित और जानकारी प्रदान करें, जिनके लिए आपने "हां" में जवाब दिया है। यदि जगह कम है तो कृपया दूसरी शीट पर जारी रखें और कोई चिकित्सीय दस्तावेज नत्थी करें।

हस्ताक्षर और तारीख	बीमा कराने वाले का नाम	बीमा कराने वाले के हस्ताक्षर
--------------------	------------------------	------------------------------

प्रस्तावक की जानकारी

- पॉलिसी की शर्तों के मुताबिक, पॉलिसी की अवधि समाप्त होने के बाद 90 दिनों के अंदर पॉलिसी की अवधि बढ़ाई जा सकती है, जो पॉलिसी की अवधि समाप्त होने और अवधि बढ़ाना शुरू होने के बीच की अवधि के लिए प्रीमियम के भुगतान के अधीन होता है (ये भुगतान बीमाकर्ता या नियोजता द्वारा किया जा सकता है), जब तक आप विदेशी श्रमिक के तौर पर इजरायल में रहते हैं। पॉलिसी की अवधि समाप्त होने के बाद 90 दिन बीतने पर, नई चिकित्सीय जोखिम अंकन प्रक्रिया जरूरी होगी।
- यदि आप किसी विकलांगता से पीड़ित हैं, जैसा कि विकलांग व्यक्तियों के लिए समान अधिकार अधिनियम - 1988 (Equal Rights for Disabled Persons Act - 1988) में परिभाषित किया गया है, अर्थात् आप किसी शारीरिक विकलांगता, मानसिक या बौद्धिक दुर्बलता से पीड़ित हैं, चाहे स्थायी हो या अस्थायी, जो रोजमर्रा की आम गतिविधियों में आपके काम करने में गंभीर रूप से बाधा डालती हो, तो कृपया बीमा एजेंट को सूचित करें, जिसका विवरण इस फार्म में दिया गया है।

प्रस्तावक का घोषणा-पत्र

- मैं इसके द्वारा, घोषणा करता हूँ, सहमति देता हूँ और उत्तरदायित्व लेता हूँ कि: (1) सभी जवाब सही, पूरे हैं और मेरी खुद की स्वेच्छा से दिए गए हैं। (2) स्वास्थ्य के घोषणा-पत्र में दिए गए जवाब और बीमाकर्ता को दी गई कोई भी अन्य जानकारी, इस संबंध में बीमाकर्ता की मानक शर्तों के साथ, मेरे और बीमाकर्ता के बीच में बीमा अनुबंध की बुनियादी शर्तें हैं और बीमा अनुबंध का एक अभिन्न अंग बनेगी। (3) बीमाकर्ता अपने निर्णय की सफाई दिए बिना ये निर्णय लेने के लिए स्वतंत्र है कि इस आवेदन को स्वीकार करना है या अस्वीकार। मैं जानता हूँ कि बीमा अनुबंध तभी प्रभावी होगा, जब बीमाकर्ता लिखित में बीमा के स्वीकार होने की पुष्टि करेगा और पहले प्रीमियम का पूरा भुगतान कर दिया जाएगा।
- मैं जानता हूँ कि इस पॉलिसी के मुताबिक बीमाकर्ता किसी विकार, जन्मजात दोष या आनुवंशिक रोग और/अथवा चिकित्सीय अवस्था और/अथवा बीमारी और/अथवा रोग और इसके प्रभाव, चाहे इलाज हुआ हो या नहीं, प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से किसी ऐसी चिकित्सीय अवस्था से पैदा हुई हो और/अथवा उसकी वजह से बदतर हुई हो, जिससे मैं बीमा पॉलिसी लेने से पहले पीड़ित था, के संबंध में कोई सेवा प्रदान करने से मुक्त है, जो विदेशी श्रमिक अध्यादेश (Foreign Workers Ordinance) और पॉलिसी के नियमों एवं शर्तों के प्रावधानों के अधीन है।
- मैं इसके द्वारा घोषणा करता हूँ कि मुझे किसी अन्य बीमा कंपनी द्वारा बीमा से इन्कार नहीं किया गया है।
- मैं पुष्टि करता हूँ कि मैं बीमा से संबंधित जानकारी प्राप्त कर चुका हूँ, जिसमें शामिल है, कवर की जाने वाली मुख्य चीजों का वर्णन, बीमा प्रीमियम, बीमा की अवधि, मुख्य बीमित राशियां और देनदारी की सीमाएं और पॉलिसी प्राप्त करने की संभावना का पूरा विवरण।
- इस पॉलिसी का प्रबंध करके आप अपने बीमा एजेंट को जोखिम अंकन प्रक्रिया और इस पॉलिसी का प्रबंध करने की प्रक्रिया के संबंध में आपका नाम / आपके लिए किसी भी नोटिसों और/अथवा दस्तावेजों को जमा और प्राप्त करने का अधिकार देते हैं।
- मैं सहमति देता हूँ कि बीमा पॉलिसी मुझे बीमा एजेंट द्वारा भेजी जाएगी, जिसके विवरण इस फार्म में दिए गए हैं।
- चिकित्सीय गोपनीयता का अधित्याग
मैं निम्नहस्ताक्षरकर्ता, इसके द्वारा किसी भी स्वास्थ्य देखभाल संगठन और/अथवा चिकित्सीय संस्थान और किसी डॉक्टर, अस्पताल या अन्य स्वास्थ्य फ़ैसिलिटी और/अथवा किसी बीमा कंपनी और/अथवा संस्थान और/अथवा संस्था को, Ayalon Insurance Company Ltd. (इसके बाद: "बीमा कंपनी") को, बिना किसी अपवाद के और मेरी चिकित्सीय अवस्था और/अथवा अतीत, वर्तमान या भविष्य में किसी बीमारी या चिकित्सीय अवस्था से संबंधित बीमा कंपनी द्वारा निवेदन किए गए फॉर्मेट में देने का अधिकार देता हूँ और मैं, इसके द्वारा आपको चिकित्सीय गोपनीयता के दायित्व से मुक्त करता हूँ और बीमा कंपनी को भी इस दायित्व से मुक्त करता हूँ। यह अधित्याग मुझे, मेरे वारिसों और कानूनी प्रतिनिधियों और उनको बदलने वाले किसी भी व्यक्ति के लिए बाध्य है।
यदि आप सीधे बीमा कंपनी से पूरा पॉलिसी विवरण और/अथवा जोखिम अंकन प्रक्रिया और इस पॉलिसी का प्रबंध करने की प्रक्रिया से संबंधित कोई अन्य जानकारी लेना चाहते हैं, तो कृपया किसी भी समय हमें संपर्क करें।

हस्ताक्षर की तारीख	प्रस्तावक का नाम	बीमा कराने वाले के हस्ताक्षर
--------------------	------------------	------------------------------

गोपनीयता सुरक्षा कानूनों के मुताबिक निजी जानकारी प्रदान करना और संभालना

कृपया ध्यान दें कि आप Ayalon को निजी जानकारी देने के किसी कानूनी दायित्व के अधीन नहीं हैं और ऐसा करना आपकी मर्जी है। हालांकि, यदि आप कुछ निजी जानकारी नहीं देते हैं, तो हो सकता है कि Ayalon सेवा या पृष्ठताछ का जवाब देने में अक्षम हो।

जो निजी जानकारी आप प्रदान करते हैं, वो Ayalon Insurance Company Ltd. के डेटाबेस में स्टोर की जाएगी। Ayalon के डेटाबेस कानूनी तौर पर संचालित किए जाते हैं और Ayalon गोपनीयता के आपके अधिकार का सम्मान करती है। इस बारे में विवरण कि आपकी निजी जानकारी को Ayalon द्वारा कैसे संभाला जाता है (उन उद्देश्यों सहित जिनके लिए इसका प्रयोग किया जाता है, किसके साथ इसे साझा किया जा सकता है और किन उद्देश्यों के लिए), Ayalon के संपर्क विवरण, और निजी जानकारी के संबंध में आपके अधिकार, जो Ayalon अपने पास रखती है (निजी जानकारी की समीक्षा करने के अधिकार और ठीक करने का निवेदन करने के अधिकार सहित), Ayalon की गोपनीयता नीति के दस्तावेज में दिए गए हैं, जिसे Ayalon की वेबसाइट: से डाउनलोड किया जा सकता है।