

# 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

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)

<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 / <input type="checkbox"/> M				
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 _____ מתאריך / From date _____ עד תאריך / Up to date _____			
<input type="checkbox"/> כן / Yes <input type="checkbox"/> לא / No				

### 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, וזכויותך 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
>>>		<<<

## 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 laborar 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.	<b>Enfermedades femeninas, exclusivamente para mujeres:</b> 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 mamarios?... d. ¿Dio a luz por medio de cesárea? Si sí, ¿en qué año?		
<b>Sufre o sufrió de alguna de las siguientes enfermedades o fenómenos:</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
17.	<b>Sistema nervioso</b> - 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.	<b>Trastornos mentales</b> - incluidos diagnosticados e intentos de suicidio.		
19.	<b>Alergias</b> - detalle tipo de alergia y tratamiento.		
20.	<b>Vías respiratorias</b> - incluido asma, tuberculosis, pulmonías reiteradas, fibrosis quística, bronquitis, enfisema, infecciones reiteradas en las vías respiratorias, EPOC, neumotórax.		
21.	<b>Corazón e hipertensión arterial incluidos</b> - angina de pecho, infarto agudo de miocardio, arritmias, problemas de valvulopatía, enfermedad cardíaca congénita, miocardiopatía o pericardio, presión arterial descompensada.		
22.	<b>Vasos sanguíneos</b> - incluidos problemas de coagulación de la sangre/coágulos de sangre, trombosis venosa (TVP), venas varicosas, trastornos en el flujo sanguíneo, problemas arteriales (EVP).		
23.	<b>Sistema digestivo</b> - 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.	<b>Hernias</b> - de cualquier tipo, incluida hernia cicatricial.		
25.	<b>Riñones y vía urinarias</b> - 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.	<b>Articulaciones y huesos</b> - incluidas inflamaciones en las articulaciones (artritis), gota, espalda y columna vertebral, rodillas, otras articulaciones, fractura intervenida, enfermedades óseas.		
27.	<b>Metabolismo y sistema inmune</b> - 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.	<b>Enfermedad maligna (cáncer)</b> - incluidos tumores malignos o premalignos, o enfermedad premaligna, detalle el tipo, fecha y tratamiento.		

29.	<b>Piel y sexo</b> - incluidos tumores cutáneos, psoriasis, herpes, sífilis, ampollas, papiloma/condiloma.		
30.	<b>Ojos</b> - incluida catarata (bajo), estrabismo, ceguera, problemas en la córnea, problemas en la retina, trastornos en la visión, astigmatismo, glaucoma.		
31.	<b>Otorrinolaringología</b> - 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 candidato/a al seguro 	Nombre del candidato/a al seguro	Fecha del candidato/a al seguro
---	----------------------------------	---------------------------------

#### 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 .limitado de forma sustancial en uno o más rubros de los rubros principales de la vida», por favor infórmenos sobre ellos por medio de su agente.

#### 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 excención 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.

### Entrega y tratamiento de información personal conforme a las leyes de Protección de Datos

Se aclara que no existe obligación legal de entregar a Ayalón información personal y su transferencia depende de la voluntad y del consentimiento del transferente, pero en caso de no proveer información personal, esto puede impedir de Ayalón la capacidad de prestar servicio o responder a consultas.

La información personal que transfiera, será almacenada en las bases de datos de Ayalón Compañía de Seguros S.A. Las bases de datos de Ayalón son administradas legalmente y Ayalón respeta el derecho a privacidad. El tratamiento de la información personal por Ayalón (incluido para que usos será destinada, a quien puede que sea transferida y con qué objetivos), los datos de contacto de Ayalón, y sus derechos en relación con la información personal que Ayalón procesa respecto suyo (incluido el derecho de revisar y el derecho de solicitar una corrección de la información), son como se detallan en la Política de Privacidad de Ayalón que se publica en el sitio de Internet de Ayalón en la dirección: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

Firma del candidato/a al seguro 	Nombre del candidato/a al seguro	Fecha del candidato/a al seguro
--	----------------------------------	---------------------------------

7.2025