

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 _____			
<input type="checkbox"/> כן / Yes <input type="checkbox"/> לא / No	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. 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 יאגור 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
>>>		<<<

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 يُطلب منك إرفاق مستندات طبية أخرى من الطبيب المعالج بخصوص المشكلة المصرح بها، أو نتائج الفحوصات، كيفية العلاج والحالة المحدثة.

لا	نعم	أسئلة عامة
		1. هل خضعت في السنوات العشر الأخيرة إلى عملية جراحية أو أوصيت بالخضوع لعملية جراحية؟
		2. هل مكثت في السنوات العشر الأخيرة في المستشفى أو في مؤسسة طبية؟ متى، وما السبب؟ الرجاء إرفاق ملخصات المرض ومعلومات محدثة.
		3. هل تتناول أدوية بشكل ثابت، أو أوصي لك بتناولها في السنوات العشر الأخيرة؟ اكتب اسم الدواء وسبب تناوله.
		4. هل تستهلك بشكل دائم أو استهلكتي 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 شهراً 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 تشوه 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؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ب. هل تعانيين أو عانيت من أمراض نسائية بما في ذلك: عدم انتظام الدورة الشهرية، مشاكل في الخصوبة، حالات نزيف، مشاكل في الرحم أو 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 ولدت بعملية قيصرية؟ إذا كان الجواب نعم، في أي سنة؟
		هل تعاني من أو عانيت من الأمراض أو الأعراض التالية:
		17. جهاز الأعصاب - بما في ذلك الدوران، الصداع، الصداع النصفي، الإغماء، الشلل، الصرع، اضطرابات في الذاكرة، فقدان الحس، مرض تنكسي، إصابات دماغية، نزيف في الدماغ، C.V.A، اضطرابات في التوازن، الزهايمر، باركينسون، إنهاك نفسي، الخرف، تصلب 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، السل، 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 متزن.
		22. الأوعية الدموية - بما في ذلك مشاكل في تخثر 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 الندي.
		25. الكلى والمسالك البولية - بما في ذلك حصى الكلى، التهابات الكلى أو المسالك البولية، تشوهات في المسالك البولية، وجود دم أو زلال في البول، تضُرر 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.	الأبيض وجهاز المناعة - بما في ذلك السكري، اضطراب الغدة الدرقية، اضطراب الغدة الكظرية، اضطراب الغدة النخامية، الغدة للمفاوية، الغدة العابية أو الغدد الأخرى، دهون عالية في الدم، أمراض الدم والتخثر، 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، الهريس، الزهري، الثنابل، الورم الحليبي/ تآؤللول التناسلي.
30.	العيون - بما في ذلك الكتاركت (الساد)، الحؤل، العمى، مشاكل في القرنية، مشاكل في الشبكية، اضطرابات في النظر، لآبؤرية، الزرق.
31.	الأنف، الأذن والحنجرة - بما في ذلك الالتهابات المتكررة، التهابات في فتحات الأنف (الجيوب الأنفية)، البوليبيات، 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 تبين أن التفاصيل التي زودتها غير صحيحة أو غير كاملة، تكون شركة أيلون معفية من التزامها ومسؤوليتها بموجب قانون عقد التأمين.

تصريح صاحب البوليصة		
على حد معلوماتي، فإن ما صرح به المؤمن صحيح، ولست على علم بأي تشؤه أو مرض خلقي، بما في ذلك الأمراض الوراثية و/أو الحالة الصحية و/أو الغرض 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 المؤمنة، لم تكن الشركة المؤمنة لتتعاقد وفقًا لهذه البوليصة وتؤمّن المؤمن.		
تم توقيع هذا التصريح من قبل المؤمن، وذلك بعد أن سُرح له فحواه بلغة واضحة ومفهومة له.		
تاريخ التوقيع	اسم المرشح/ة للتأم ن ي	توقيع المرشح/ة للتأم ن ي ↓

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 المؤمن أو المشغل)، وطالما أنك مستمر في العمل كعامل أجنبي. بعد مرور 90 يومًا من موعد انتهاء فترة التأمين، الانتساب لبوليصة جديدة سيكون مشروطًا بإجراء ضمان اكتاب.
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 تقيد أدأؤه 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، وأوافق وألتزم بما يلي: (1) كل إجاباتي صحيحة، كاملة وأجبت عنها بمحض إرادتي. (2) الإجابات المفصلة في التصريح الصحي وأي معلومات أخرى أزودها للشركة المؤمنة وكذلك الشروط المتبعة لدى الشركة المؤمنة في هذا الشأن، ستكون شرطًا جوهريًا لعقد التأمين بيني وبين الشركة المؤمنة، وستكون جزءًا لا يتجزأ من عقد التأمين. (3) يحق للشركة المؤمنة أن تقرر عدم قبول المقترح أو رفضه دون حاجة لتبرير قرارها. أنا على علم أن عقد التأمين يدخل حيز السريان فقط بعد أن تصدر الشركة المؤمنة 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 تشؤه أو مرض خلقي، بما في ذلك الحالة الصحية و/أو الغرض 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 جوهريًا للتأمينية، 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 الاكتاب وإجراءات الانتساب للبوليصة.
6. أوافق على أن بوليصة التأمين لبرنامج التأمين المطلوب في هذا المقترح، سُرسل لي عن طريق الوكيل الذي تظهر تفاصيله في صفحة المقترح.
7. التنازل عن السرية الطبية أنا الموقع أدناه، أعطى لذلك الإذن لصندوق المرضى و/أو مؤسساته الطبية ولكل الأطباء، المؤسسات الطبية والمستشفيات الأخرى و/أو لكل شركات التأمين و/أو لأي مؤسسة و/أو لأي جهة أخرى، بتزويد كل التفاصيل لـ "شركة أيلون للتأمين م.ض"، فيما يلي: مقدم الطلب"، دون استثناء وبالشكل المطلوب من قبل مقدم الطلب عن حالتي الصحية و/أو كل مرض أصبت به في الماضي و/أو أنا مصاب فيه الآن و/أو سأصاب به في المستقبل، وأعفيكم من واجب الحفاظ على السرية الطبية وأتنازل عن هذه السرية تجاه مقدم الطلب. كتاب التنازل هذا يلزمني، ويلزم ورثتي وموكلّي القانونيين وكل من ينوب عني.
أدناه، أع ط لذلك الإذن لصندوق المرن ص و/أو مؤسساته الطبية ولكل الأطباء، المؤسسات الطبية والمستشفيات الأخرى و/أو لك إذا رغبت في الحصول على البوليصة و/أو المعلومات في إطار إجراءات ضمان الاكتاب وإجراءات الانتساب لهذه البوليصة مباشرةً إليك، بإمكانك التوجه إلينا في أي وقت.

تزويد ومعالجة المعلومات الشخصية بموجب قوانين حماية الخصوصية

تجدر الإشارة إلى أنه لا يوجد التزام قانوني بتزويد المعلومات الشخصية لشركة أyalon، وأن تزويد هذه المعلومات يعتمد على رغبة وموافقة الشخص الذي يزودها، لكن عدم تزويد المعلومات الشخصية قد يحد من قدرة شركة أyalon على تقديم الخدمة أو الرد على التوجه.

المعلومات الشخصية التي تقوم بتزويدها تُحفظ في قواعد بيانات شركة أyalon للتأمين م.ض. تتم إدارة قواعد البيانات هذه بموجب القانون، وشركة أyalon تحترق الحق في الخصوصية. معالجة المعلومات الشخصية من قبل شركة أyalon (بما في ذلك الأغراض التي تُستخدم من أجلها، الجهات التي يمكن أن تُنقل إليها، ولأي أهداف)، تفاصيل الاتصال الخاصة بشركة أyalon، وحقوقك المتعلقة بالمعلومات الشخصية التي تعالجها الشركة عنك (بما في ذلك حق الاطلاع وطلب تصحيح المعلومات) – هي كالمفضل في سياسة الخصوصية الخاصة بشركة أyalon، والتي تظهر على الموقع الإلكتروني للشركة على العنوان: [/https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/](https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/)

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

7.2025