

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 M / ז <input type="checkbox"/> F / נ <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		
ביטוחים קודמים בישראל / Previous Insurances in Israel		רחוב, מס' בית / street, house no.		
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> No / Yes		עיר / Town	מיקוד / Zip code	מס' חבר קופ"ח / Membership No
From date / מתאריך _____		Up to date / עד תאריך _____		

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 יאגרו 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
>>>		<<<

ЗАЯВЛЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ИНОСТРАННЫХ РАБОТНИКОВ ИЛИ ТУРИСТОВ

1. Сведения о заявителе

Фамилия	Имя	Номер паспорта	Пол	Дата рождения	Вес	Рост
			М / Ж			

Для удобства текст составлен в мужском роде, но точно так же относится и к женскому роду.

2. Заявление о состоянии здоровья

Поставьте крестик в соответствующем поле. Если вы ответите «ДА» на любой из вопросов, пожалуйста, указывайте подробности. От вас может потребоваться предоставить дополнительные медицинские документы от вашего врача, касающиеся любого заболевания, результатов анализов и сведений о любом лечении, которое вы проходите.

Общие вопросы		ДА	НЕТ
1.	Делали ли вам хирургические операции или советовали сделать операцию за последние десять лет?		
2.	Лежали ли вы в больнице за последние десять лет? Если да, укажите, когда и по какой причине, а также приложите медицинское заключение из больницы и справку о вашем текущем состоянии.		
3.	Принимаете ли вы лекарства регулярно, или регулярно принимали за последние десять лет? Если да, пожалуйста, укажите название лекарства и причину его приема.		
4.	Употребляете ли вы алкоголь регулярно, или регулярно употребляли в прошлом? Если да, укажите, какие напитки и как часто вы употребляете.		
5.	Употребляете ли вы наркотики или употребляли их в прошлом?		
6.	Выкуриваете ли вы БОЛЬШЕ 20 сигарет в день?		
7.	Вы худели больше чем на 5 кг за последние 12 месяцев (без диеты)? Если да, укажите подробности		
8.	Сдавали ли вы какие-либо лабораторные анализы – например, анализ крови или мочи (с патологическими результатами) или любые медицинские анализы, в т.ч. катетеризацию, ультразвуковую кардиографию, эндоскопию, инвазивные исследования для обнаружения рака, биопсию, ЭКГ, рентгеноскопические или ультразвуковые исследования, КТ, МРТ? Если да, укажите причину, дату и результат.		
9.	Есть ли у вас сейчас или была в прошлом полная или частичная нетрудоспособность?		
10.	Вы являетесь инвалидом?		
11.	Пользуетесь ли вы медицинскими приборами любого типа?		
12.	Есть ли у вас любые врожденные дефекты?		
13.	Есть ли у вас любые аутоиммунные заболевания, в т.ч. волчанка?		
14.	Ожидаете ли вы какое-либо медицинское лечение или госпитализацию?		
15.	Являетесь ли вы носителем вируса ВИЧ и(или) антител к нему?		
16.	Гинекология (только для женщин):		
	A. Вы беременны?		
	B. Есть ли у вас или имелись ли у вас в прошлом гинекологические нарушения, например: нарушение менструального цикла, бесплодие, патологические кровотечения, заболевания матки, яичников, патологические результаты гинекологических анализов (например, мазок из шейки матки) или любые другие гинекологические нарушения?		
	C. Есть ли у вас какие-либо заболевания или уплотнения молочных желез?		
	D. Вам делали кесарево сечение?		

Есть ли или были у вас любые перечисленные ниже заболевания или нарушения?		ДА	НЕТ
17.	Неврологические расстройства – в том числе, головокружение, головные боли, мигрень, обморок, паралич, эпилепсия, расстройство памяти, сенсорные нарушения, дегенеративные заболевания, нарушения мозгового кровообращения, внутримозговое кровоизлияние, сердечно-сосудистая катастрофа, потеря равновесия, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, слабоумие, деменция, рассеянный склероз.		
18.	Психические расстройства – расстройства любого типа или попытка суицида		
19.	Аллергии – Подробно опишите аллергию и лечение		
20.	Респираторные нарушения – в том числе, астма, туберкулез, рецидивирующая пневмония, муковисцидоз, бронхит, эмфизема, рецидивирующая инфекция дыхательных путей, ХОБЛ, пневмоторакс		
21.	Заболевания сердца и нарушения кровяного давления – в том числе, стенокардия, сердечный приступ, аритмия, заболевания сердечного клапана, врожденный порок сердца, панкардит, сердечная недостаточность,		

	высокое кровяное давление или колебания кровяного давления		
22.	Сердечно-сосудистые нарушения – в том числе, гиперкоагуляция, тромбоз глубоких вен, варикозное расширение вен, сердечно-сосудистое заболевание, заболевание периферических сосудов		
23.	Система пищеварения – в том числе, кишечные расстройства (язва желудка или двенадцатиперстной кишки), изжога, инфекции кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, кровотечение из желудочно-кишечного тракта, геморрой, поражение аноректальной области, заболевания печени, желтуха, инфекция желчного пузыря, желчно-каменная болезнь, заболевания пищевода, инфекции поджелудочной железы		
24.	Грыжи любого вида, в том числе послеоперационная грыжа		
25.	Инфекции почек и мочевыводящих путей – в том числе, камни в почках, инфекции или непроходимость почек или мочевыводящих путей, кровь или белок в моче, хроническая почечная недостаточность, киста почки, заболевания предстательной железы		
26.	Суставы и кости – в том числе, артрит, подагра, заболевания спины, позвоночника, колен и других суставов, хирургическое лечение переломов, заболевания костей		
27.	Обмен веществ и иммунная система – в том числе, диабет, заболевания щитовидной железы, надпочечной железы, гипофиза, лимфатических узлов, слюнной железы или других желез, гиперлипидемия, болезнь крови или тромбообразование, анемия		
28.	Злокачественные заболевания (рак) – в том числе, злокачественные или предраковые опухоли или предраковые заболевания. Укажите тип и дату диагностики и лечения.		
29.	Дерматология и венерология – в том числе, кожные новообразования, псориаз, герпес, сифилис, бородавки, папилломы / кондиломы		
30.	Нарушения зрения и глазные болезни – в том числе, катаракта, косоглазие, слепота, патологии роговицы или сетчатки, искажение зрения, астигматизм, глаукома		
31.	ЛОР – в том числе, рецидивирующие инфекции, риносинусит, полипы, тонзиллит, нарушения слуха, апноэ во сне, храп		

Пожалуйста, приведите подробное описание к вопросам, на которые вы ответили «ДА». Если не хватит места, продолжите на другом листе и приложите любые медицинские документы.

Заявление страхователя

Настоящим заявляю, что вся информация, указанная мной в настоящем заявлении о состоянии здоровья, верна и точна, и мне не известно о каких бы то ни было нарушениях, врожденных дефектах или наследственных заболеваниях и(или) нарушениях и(или) болезнях и(или) заболеваниях и их влиянии, с лечением или без лечения, которые прямо или косвенно вытекают из и(или) ухудшились в силу любых нарушений, имевшихся у меня до оформления страхового полиса, и(или) об иной информации, которая может заставить страховщика отклонить настоящее заявление на страхование или отказаться страховать заявителя.

Настоящее заявление подписано застрахованным лицом после разъяснения на понятном ему (ей) языке.

Дата и подпись

Имя застрахованного лица

Подпись застрахованного лица



Информация для заявителя

1. В соответствии с условиями полиса, полис можно продлить в течение 90 дней с момента истечения срока его действия, с выплатой премии за период с момента истечения срока действия полиса до начала продления (такую оплату вносит застрахованное лицо или страхователь) на время вашего пребывания в Израиле в качестве иностранного работника. По истечении 90 дней с момента истечения срока действия полиса потребуются заново пройти процедуру принятия на медицинское страхование.
2. Если у вас есть любая инвалидность в значении, предусмотренном Законом о равных правах для инвалидов 1988 года, т.е. любая физическая недееспособность, психическое или когнитивное нарушение, постоянное или временное, которая сильно ограничивает вашу способность выполнять типичные повседневные действия, уведомите об этом страхового агента, чьи данные указаны в этом бланке.

Заявление заявителя

1. **Настоящим заявляю, соглашаюсь и обязуюсь, что:** (1) Все ответы верны, полны и даны мною добровольно. (2) Ответы в заявлении о состоянии здоровья и любая другая информация, предоставленная страховщику, вместе со стандартными условиями страховщика в этом отношении, являются фундаментальным условием для договора страхования между мной и страховщиком, и неотъемлемой частью договора страхования. (3) Страховщик по своему усмотрению решает, принять или отклонить настоящую заявку, и не обязан обосновывать свое решение. Мне известно, что договор страхования вступает в силу только после того, как страховщик письменно подтвердит свое согласие, и после полной выплаты первой премии.
2. Мне известно, что в соответствии с настоящим полисом, страховщик освобождается от оказания любых услуг в связи с любыми нарушениями, врожденными дефектами или наследственными заболеваниями и(или) нарушениями и(или) заболеваниями и(или) болезнями и их влиянием, с лечением или без лечения, прямо или косвенно вытекающими из и(или) ухудшившимися в силу любых нарушений, имевшихся у меня до оформления полиса страхования, с соблюдением положений Указа об иностранной рабочей силе и условий и положений полиса.
3. Настоящим заявляю, что никакие другие страховые компании не отказывались страховать меня.
4. Подтверждаю, что я получил касающуюся страхования информацию, в том числе описание основного покрытия, страховой

премии, страхового периода, основных страховых сумм и лимитов ответственности, а также возможности получения полного текста полиса.

5. Оформляя настоящий полис, вы разрешаете вашему страховому агенту подавать и получать за вас / от вашего имени любые уведомления и(или) документы, связанные с процессом принятия на страхование и оформления настоящего полиса.
6. Я согласен на то, чтобы страховой полис мне прислал страховой агент, чьи данные указаны в этом бланке.
7. **Отказ от врачебной тайны**

Я, нижеподписавшийся, настоящим разрешаю любым организациям медицинского обслуживания и(или) медицинским учреждениям, а также любым врачам, больницам и другим медицинским учреждениям и(или) любым страховым компаниям и(или) учреждениям и(или) организациям предоставлять компании Ayalon Insurance Company Ltd. (далее – «страховая компания») всю информацию без исключения, и в том формате, какой потребует страховая компания, касающуюся состояния моего здоровья и(или) любых болезней или нарушений здоровья, которые влияли на меня в прошлом, влияют в настоящем или могут повлиять в будущем. Также настоящим я освобождаю вас и страховую компанию от обязанности хранить врачебную тайну. Настоящий отказ накладывает обязательства на меня, на моих наследников, законных представителей и на любых замещающих их лиц.

Если вы желаете получить полный текст полиса и(или) любую другую информацию, касающуюся процесса принятия на страхование и оформления настоящего полиса, напрямую от страховой компании, обращайтесь к нам в любое время.

Передача личной информации и ее обработка в соответствии с Законом о защите конфиденциальности

Настоящим разъясняется, что законодательство не обязывает передавать компании «Аялон» личную информацию; передача информации осуществляется по желанию и с согласия передающего. Вместе с тем, отказ от передачи личной информации может лишить «Аялон» возможности предоставлять услуги или рассмотреть обращение.

Передаваемая вами личная информация хранится в информационной базе «Аялон - Страховая компания ЛТД». Управление информационными базами компании «Аялон» осуществляется в соответствии с законодательством; «Аялон» уважает право на конфиденциальность. «Политика конфиденциальности в компании Аялон» - документ, опубликованный на сайте компании - освещает следующие вопросы: обращение компании «Аялон» с личной информацией, в том числе цели использования информации, лица, которым информация может быть передана и с какой целью, контактные данные «Аялон», а также ваши права в связи с личной информацией, обрабатываемой компанией «Аялон» (включая право на просмотр и на исправление данных).

Документ размещен по адресу: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security>

Дата подписания	Имя заявителя	Подпись заявителя ↓
-----------------	---------------	------------------------