

## Proposal for Health insurance for Foreign Employees הצעה לביטוח רפואי לעובדים זרים

פרטי הסוכן	שם הסוכן	סוכנות	מס' סוכן
------------	----------	--------	----------

I/we, the undersigned (the candidate for ownership of the policy and/or the candidate for the health insurance) apply to "The Phoenix Insurance Compnsy Ltd." in a Proposal to join an insurance plan as detailed below:

אני/אנו, החתומים מטה (המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח בריאות) פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבטח") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

פרטי בעל הפוליסה		פרטי המועמד לביטוח	
Phone no.	מס' טלפון	Address	כתובת
I.D. or P.C.	ת.ז. / ת.פ.	Given name	שם פרטי
Surname	שם משפחה		

פרטי המועמד לביטוח		פרטי המועמד לביטוח	
Passport number	מספר דרכון	Nationality	אזרחות
Given name	שם פרטי	Surname	שם משפחה
Actual occupation	עיסוק בפועל	Profession	מקצוע
Family status	מצב משפחתי	Sex	מין
Date of birth	תאריך לידה		

Were you absent from Israel for a period exceeding 90 continuous days? האם נעדרת מהארץ לתקופות העולות על 90 יום ברציפות? ☐ No ☐ Yes, kindly provide details

Date of first arrival in israel תאריך הגעה ראשון לישראל

עבודה וביטוח בישראל		עבודה וביטוח בישראל	
Insurance Company where you were insured	חברת הביטוח בה היית מבטח	Until date	עד תאריך
From date	מתאריך	Employer's name	שם המעסיק

Insurance plan		תכנית ביטוח	
שם נותן השירות:		(727) ביטוח יסודי - מתן שירותים רפואיים לעובדים זרים	
1. Requested period of insurance from _____ until _____		2. תקופת הביטוח המבוקשת: מ- _____ עד _____	
Date of commencement of the insurance		אם לא תצוין תקופה תופק הפוליסה לשנה (מקסימום תקופת ביטוח - שנה אחת)	
2. The date of commencement of the insurance shall be according to the proposal from or at the time of the company receiving the Proposal, or on the date on which the company decided to accept the Proposal, the later of them.		3. במקרה של עזיבת הארץ על ידי המבוטח, יפקע מייד תוקף הביטוח.	
3. In case the insured leaves Israel, the insurance will immediately be expired.			

Credit cards payment from an Israeli bank account only		תשלום בכרטיס אשראי מחשבון בנק בישראל בלבד	
Card valid until	תוקף הכרטיס עד	Card number	מספר הכרטיס
Details of account owner	פרטי בעל/ת החשבון	Full name	שם מלא
Signature of card owner	חתימת בעל/ת הכרטיס	Date	תאריך

אופן תשלום		אופן תשלום	
The premium is paid in one payment for the whole period of insurance. If a few payments are requested there is an extra charge.		הפרמיה נגבית בתשלום אחד עבור כל תקופת הביטוח. חלוקה למספר תשלומים מחייבת בדמי אשראי.	
No. of payments requested _____ (maximum 10).	מספר תשלומים מבוקש _____ (מקסימום 10).		

הצהרת בריאות

Declaration of Health

The following questions are to be marked with either "yes" or "no". If the answer is positive ("yes") - details thereof according to the question no. must be given in the appropriate place in the findings table on page 3.

Documents that must be attached according to the number appearing alongside to the question:

1) Fill in a detailed illness questionnaire. 2) Attach pathologic - histologic report.

על השאלות הבאות יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית ("כן") - יש לפרט על פי מספר השאלה במקום המיועד בטבלת פירוט ממצאים חיוביים הנמצאת בעמ' 3.

מסמכים שיש לצרף על פי המספר שמופיע ליד השאלה:

1) יש למלא שאלון מחלות מפורט. 2) צרף דו"ח פתולוגי - היסטולוגי.

משקל בק"גWeight in kgגובה בס"מHeight in cm

שאלות כלליות

1. האם חל שינוי במשקלך ב-12 החודשים

2. האם אושפדת אי פעם בבי"ח או מוסד? (איזה, מתי, סיבה, טיפולים)?

3. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו? (פרט סיבה, תוצאות וטיפולים)?

4. האם אתה במעקב רפואי? האם היך צורך תרופות באופן קבוע?

5. האם נותחת בעבר או יעצו לך לעשות ניתוח?

6. האם נפצעת פעם? האם יש לך נכות כלשהי? אם כן, מהו האחוז ומהם הסיבות לנכות.

7. האם הגשת בקשה / מקבל פיצויים בגין נכות כגון קיצבה או פיצוי בגין אי כושר עבודה?

8. האם עברת בדיקות רפואיות כמו א.ק.ג, צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות ועוד), בדיקות מיפוי, אקו, צינתור, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקות דם, ספירת דם, בדיקת שתן, דם סמוי? (פרט סיבה, מועד ותוצאות בלתי תקינות)

9. האם קיבלת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיואקטיביים? האם נכרתו גידולים? (2)

10. האם אתה מעשן? אם כן, כמה ליום?

11. האם אתה צורך/צרכת סמים? אם כן, פרט. האם אתה צורך/צרכת משקאות חריפים? אם כן, \_\_\_\_\_ לשבוע.

האם היו למועמד המחלות או סימני המחלות המפורטות מטה?

12. מערכת העצבים והחמ, הפרעות נפשיות, כאבי ראש.

13. מחלות דרכי הנשימה, שיעול ממושך (1).

14. מחלות לב, כלי הדם ומחלות דם, יתר לחץ דם.

15. מחלות דרכי העיכול, כבד, כיס מרה, בלבלב.

16. מחלות כליות ודרכי השתן, בלוטות הערמונית.

17. מחלות חילוף חומרים, מחלת בלוטות, הגדלת בלוטות, שומנים גבוהים בדם, מחלת השיגרון (פודגרה), מחלות חום ממושכות, מחלת דם וקרישה, אנמיה, אלרגיות, מחלות בלוטת המגן, סכרת (1).

18. מחלות עור ומין.

19. מחלות פרקים ועצמות, מערכת השלד והשרירים, כאבי גב וצוואר.

20. סרטן (מחלה ממארת), מחלה ניוונית וכרונית (2).

21. מחלות עיניים, הפרעות ראייה.

22. מחלות אוזניים וגרון, אף, סינוסיטיס, ליקוי שמיעה.

23. האם את בהריון?

24. מחלות נשים: הפרעות במחזור הווסת, דימומים, רחם, שחלות, מחלות שדיים, כולל גושים בשדיים, בדיקות לגילוי סרטני [כגון ממוגרפיה, ספסמיר (צוואר הרחם), גרידת איבחון ועוד] (2).

25. הפרעות בריאותיות אחרות או מחלות שלא פורטו לעיל.



26. האם אתה חש עצמך בריא בהחלט והיית בעל כושר מלא לעבודה במשך 12 החודשים האחרונים?

2



300301001

פרט ממצאים חיוביים		פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו'		שנת האירוע		שאלה מס' שאלה		שם המבוטח			
מבצע כיום		Your present condition		Details of the disease, accident, defect, etc.		Year of occurrence		Question no.		Insured's name	



הצהרה והתחייבות (כולל ויתור סודיות)		Declaration and obligation (including waiver of secrecy)	
<p>I, the undersigned hereby request "The Phoenix Insurance Company Ltd." (hereinafter: "the Insurer") to insure the candidate for insurance relying on all that is stated in the Proposal and/or the Declaration of Health appearing herein and hereby declare and agree as follows:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>All the answers detailed in the aforementioned Proposal and/or the Declaration of Health above, are correct and complete, same were given by me of my own free will and are to be used as the basis of the contractual ties with the Insurer.</li> <li>The Insurer shall be exclusively entitled to confirm or to reject the Insurance Proposal without any explanation whatsoever.</li> <li>The insurance will become valid according to the later of the following dates:               <ol style="list-style-type: none"> <li>Date of commencement of the insurance.</li> <li>Date of receipt of the proposal by the insurer.</li> <li>Date of the insurer's decision relating to acceptance condition.</li> <li>Date of confirmation of acceptance conditions by the Policyholder and/or the insured.</li> </ol> </li> </ol> <p>It is hereby declared and agreed that the validity of the insurance is conditional upon there having been no change in the state of health of the insured from the time that the proposal and health declaration were completed and until the inception of the policy.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>My answer and/or the information which shall be provided to the Insurer shall be stored in a database in accordance with the provisions of the Law of Protection of Privacy, 1981, and shall only be used for the purpose of the insurance.</li> <li>I, the undersigned, hereby permit the sick fund and/or its medical institutions and/or Israel Armed Forces and also all the doctors in Israel and abroad, medical institutions and other hospitals, both in Israel and abroad, including the National Insurance Institute and/or any other institution and factor, in Israel and abroad, to provide "The Phoenix Insurance Company Ltd." (hereinafter: "the applicant") all the details, without exception and in a form requested by the applicant, on my health condition, and/or on every sickness I had in the past and/or have now and/or shall have in the future and I release them from their obligation to medical secrecy and give up this secrecy towards the applicant, including doctors' list I have seen.</li> <li>This document shall oblige me, my estate and whomsoever shall replace me and in my name.</li> </ol>		<p>אני הח"מ, מבקש בזה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבטח") לבטח את המועמד לביטוח בהסתמך על כל האמור בהצעה ו/או הצהרת הבריאות שלהלן ומצהיר ומסכים בזאת כדלקמן:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>כל התשובות כמפורט בהצעה הנ"ל ו/או הצהרת הבריאות שלעיל הינן נכונות ומלאות וניתנו מתוך רצוני החופשי, והן משמשות בסיס להתקשרות החוזית עם המבטח.</li> <li>המבטח רשאי באופן בלעדי לאשר או לדחות את הצעת הביטוח ללא כל הסבר.</li> <li>הביטוח יכנס לתוקפו על פי המאוחר מבין המועדים הבאים:               <ol style="list-style-type: none"> <li>תאריך תחילת הביטוח.</li> <li>תאריך קבלת ההצעה אצל המבטח.</li> <li>תאריך החלטת המבטח על תנאי הקבלה.</li> <li>תאריך אישור תנאי הקבלה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבטח.</li> </ol> </li> </ol> <p>מוצהר ומוסכם כי תוקף הביטוח מותנה בכך שמאז שמולאה ההצעה והצהרת הבריאות עם כניסת הביטוח לתוקף, לא חל כל שינוי במצב בריאותו של המבטח.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>תשובותי ו/או המידע שיימסר למבטח יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח בלבד.</li> <li>אני הח"מ נותן בזה רשות לקופ"ח ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים בארץ ובח"ל, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים בארץ ובח"ל ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד וגורם אחר בארץ ובח"ל, למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתדרש ע"י המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אותם מחובת השמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, לרבות רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.</li> <li>מסמך זה מחייב אותי, את ערבותי, וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.</li> </ol>	

	
חתימת בעל הפוליסה Signature of policyholder	חתימת המועמד לביטוח Signature of insurance candidate

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבטח		Appointment of the agent as emissary of the policyholder / insured	
<p>על פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב הינך יכול למנותו כשלוחך. רק אם הינך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה למבטח לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.</p> <p>אני החתום מטה ממנה את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה עם חברתכם, בקשר לפרטים הבאים: תיקון פרטי הביטוח המבוקש, אישור תנאי הקבלה.</p>		<p>In accordance with paragraph 33 of the Law of Insurance Contracts, 1981, the agent is considered to be the emissary of the Insurer. In accordance with your written demand, you may appoint him as your emissary. Only if you are interested in appointing him, we request you to sign an application to the Insurer according to the of Law of Insurance Contracts, 1981.</p> <p>I, the undersigned, hereby appoint the insurance agent whose name is registered in this Proposal, to be my emissary for the purpose of the negotiations pending the finalization of the insurance contract and for the purpose of entering into a contract with your company in regard to the following details: altering the insurance details requested, confirming the acceptance conditions.</p>	

	
חתימת בעל הפוליסה Signature of policyholder	חתימת המועמד לביטוח Signature of insurance candidate

אישור הסוכן		Agent's confirmation	
<p>הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו (כולל הצהרת הבריאות) והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית ע"י המועמד.</p>		<p>I hereby confirm that I asked the candidate for ownership of the policy and/or the candidate for insurance all the questions appearing in this Proposal (including Declaration of Health) and the answers are as they were given to me personally by the candidate.</p>	

	
חתימת הסוכן Agent's signature	חתימת המועמד לביטוח Signature of insurance candidate