

paymants are requested there is an extra charge.

(maximum 10).

No. of paymants requested

קשרי לקוחות: **3455** 03**-7332222** הפניקס אקו הבריאות

בדמי אשראי.

מספר תשלומים מבוקש

הפניקס חברה לביטוח בע"מ משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים 53454

www.phoenix.co.il ו info@phoenix.co.il ו 03-5735222

Proposal for Health insurance for Foreign Employees הצעה לביטוח רפואי לעובדים זרים פרטי הסוכן מס' סוכן שם הסוכו I/we, the undersigned (the candidate for ownership of the policy and/or אני/אנו, החתומים מטה (המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח בריאות) the candidate for the health insurance) apply to "The Phoenix Inssurance פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבטח") בהצעה להצטרף לתכנית Compsny Ltd." in a Proposal to join an insurance plan as detailed below: ביטוח כמפורט להלן: **Details of the Policyholder** פרטי בעל הפוליסה מס' טלפון Address Phone no **Details of insurance candidate** פרטי המועמד לביטוח Passport number אזרחות מספר דרכון Given name Surname S/M/D/W x/x/1/1 M/F 1/1 family status מצב משפחתי Actual occupation עיסוק בפועל Profession מין Date of birth Were you absent from Israel for a period exceeding 90 continuous days? האם נעדרת מהארץ לתקופות העולות No Yes, kindly provide details Date of first arrival in israel חאריך הגעה ראשון לישראל עבודה וביטוח בישראל **Employment and inurance in israel** Insurance Company where you were insured חברת הביטוח בה היית מבוטח Until date עד תאריך From datte שם המעסיק Employer's name מתאריך 1 2 3 4 Insurance plan תכנית ביטוח שם נותו השירות: ביטוח יסודי - מתן שירותים רפואיים לעובדים זרים 🗸 (730) (נספח לכיסויים נוספים (נכות מתאונה, מוות מתאונה, הטסת גופה, טיפולי חירום שיניים) 1. תקופת הביטוח המבוקשת: מ-1. Requested period of insurance from אם לא תצויין תקופה תופק הפוליסה לשנה (מקסימום תקופת ביטוח - שנה אחת) until Date of commencement of the insurance 2. מועד תחילת הביטוח עפ"י ההצעה או מועד קבלת ההצעה בחברה או המועד בו 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, החליטה החברה על הקבלה, המאוחר מביניהם. or on the date on which the company decided to accept the Proposal, 3. במקרה של עזיבת הארץ על ידי המבוטח, יפקע מייד תוקף הביטוח. the later of them. 3. In case the insured leaves Israel, the insurance will immediately be expired תשלום בכרטיס אשראי מחשבון בנק בישראל בלבד Credit cards payment from an Israeli bank account only ויזה Card valid until מספר הכרטיכ Diners דיינרס Details of פרטי בעל/ת account owner החשבון Full name Mastercard מאסטרכארד American Express אמריקן אקספרס חתימת בעל/ת הכרטיס Date Signature of card owner חאריך אופן תשלום 🗻 The premium is payed in one paymant for the whole period of insurance. If a few הפרמיה נגבית בתשלום אחד עבור כל תקופת הביטוח. חלוקה למספר תשלום מחוייבת

מהדורת אוגוסט 2007 מהדורת אוגוסט 2007

(מקסימום 10).

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.

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.

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

מסמכים שיש לצרף על פי המספר שמופיע ליד השאלה:

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

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

				Height in cm משקל בק"ג Weight in kg משקל בק"ג
Ge	neral questions			שאלות כלליות
1.	Have there been any changes in your weight in the last 12 months?	no 🔾 לא	yes 🔾 p	1. האם חל שינוי במשקלך ב-12 החודשים
2.	Have you ever been previously hospitalized or institutionalized? (which one, when, reason, treatments)?	no 🔾 לא	yes 🔾 p	2. האם אושפזת אי פעם בבי"ח או מוסד? (איזה, מתי, סיבה, טיפולים)?
3.	Were you examined by any physician in the past 2 years? Detail reason, results & treatments.	no 🔾 לא	yes 🔾 p	3. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו? (פרט סיבה, תוצאות וטיפולים)?
4.	Are you under any medical observation? Do you require medication on a permanent basis?	no 🔾 לא	yes 🔾 p	4. האם אתה במעקב רפואי? האם הינך צורך תרופות באופן קבוע?
5.	Have you ever undergone or been advised to undergo surgery?	no 🔾 לא	yes 🔾 p	5. האם נותחת בעבר או יעצו לך לעשות ניתוח?
6.	Have you ever been injured? Do you suffer from any disability? If so, what percentage of disability and what were the reasons for the disability?	no 🔾 לא	yes 🔾 p	 האם נפצעת פעם? האם יש לך נכות כלשהי? אם כן, מהו האחוז ומהם הסיבות לנכות.
7.	Have you filed a request for or do you receive compensation in respect of disability, such as compensation for loss of work ability?	no 🔾 לא	yes 🔾 p	7. האם הגשת בקשה / מקבל פיצויים בגין נכות כגון קיצבה או פיצוי בגין אי כושר עבודה?
8.	Did you undergo medical tests such as an EKG, various x-rays (chest, gastrointestinal tract, kidneys, bones, etc), isotope scans, echo, catheterization, computerized tomography (CT), blood tests, blood counts, urine tests, occult blood ?(detail reason, date and abnormal findings)	no 🔾 לא	yes 🔾 p	 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.	Have you ever received irradiation, chemotherapy or radiotherapy? Were tumors removed? (2)	no 🔾 לא	yes 🔾 p	9. האם קיבלת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיואקטיביים? האם נכרתו גידולים? (2)
10.	Are you presently a smoker? If yes, how many cigarettes per day?	no 🔾 לא	yes 🔾 p	10. האם אתה מעשן? אם כן, כמה ליום?
11.	Do you / did you take drugs? If so, give details. Do you /did you consume alcoholic beverages? If so,per week?	no 🔾 לא	yes 🔾 p	11. האם אתה צורך/צרכת סמים? אם כן, פרט. האם אתה צורך/צרכת משקאות חריפים? אם כן,לשבוע.
Dic	the candidate suffer from diseases or disease signs	listed belo	ow? ? กซ	האם היו למועמד המחלות או סימני המחלות המפורטות מכ
12.	The nervous system and brain, mental disorders, chronic headaches.	no 🔾 לא	yes 🔾 p	.12 מערכת העצבים והמח, הפרעות נפשיות, כאבי ראש.
13.	Respiratory and lung diseases, prolonged coughing. (1)	no 🔾 לא	yes \bigcirc p	13. מחלות דרכי הנשימה, שיעול ממושך (1).
14.	Cardiovascular disease, high blood pressure.	no 🔾 לא	yes \bigcirc p	14. מחלות לב, כלי הדם ומחלות דם, יתר לחץ דם.
15.	Gastrointestinal disorders, liver, gallbladder, pancreas.	no 🔾 לא	yes 🔾 p	15. מחלות דרכי העיכול, כבד, כיס מרה, לבלב.
16.	Kidney and urinary tract diseases, prostate disorders.	no 🔾 לא	yes 🔾 p	16. מחלות כליות ודרכי השתן, בלוטות הערמונית.
17.	Metabolic diseases, endocrine diseases, enlargement of lymph nodes, high blood lipids, gout (podagra), protracted febrile diseases, blood and coagulation disorders, anemia, allergies, Thyroid disease, diabetes (1).	no 🔾 לא	yes 🔾 p	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.	Skin and sexually diseases.	no 🔾 לא	yes 🔾 p	18. מחלות עור ומין.
19.	Joint and bone diseases, muscular and skeletal system, back and neck pain.	no 🔾 לא	yes 🔾 p	19. מחלות פרקים ועצמות, מערכת השלד והשרירים, כאבי גב וצוואר.
20.	Cancer (malignancy), degenerative and chronic disease (2).	no 🔾 לא	yes 🔾 p	.20 סרטן (מחלה ממארת), מחלה ניוונית וכרונית (2).
21.	Eye diseases, vision disorders.	no 🔾 לא	yes 🔾 p	21. מחלות עיניים, הפרעות ראייה.
22.	Ear and throat diseases, nose, sinusitis, hearing defects.	no 🔾 לא	yes 🔾 p	.22 מחלות אוזניים וגרון, אף, סינוסיטיס, ליקוי שמיעה.
23.	Are you pregnant?	no 🔾 לא	yes 🔾 p	23. האם את בהריון?
24.	Gynecological disorders; menstrual disorders, hemorrhages, uterus, ovaries, breast diseases including lumps in the breasts, tests for detection of cancer [such as mammography, Pap smear (cervix), diagnostic curettage, etc.] (2).	no	yes 🔾 c	24. מחלות נשים: הפרעות במחזור הווסת, דימומים, רחם, שחלות, מחלות שדיים, כולל גושים בשדיים, בדיקות לגילוי סרטני [כגון ממוגרפיה, פפסמיר (צוואר הרחם), גרידת איבחון ועוד] (2).
25.	Other health conditions or sicknesses not detailed above.	no 🔾 לא	yes 🔾 p	.25 הפרעות בריאותיות אחרות או מחלות שלא פורטו לעיל.
26.	Do you feel you are absolutely healthy and were fully capable of working during the past 12 months?	no 🔾 לא	yes 🔾 p	26. האם אתה חש עצמך בריא בהחלט והיית בעל כושר מלא לעבודה במשך 12 החודשים האחרונים?

300301001

Details of positive findings		פירוט ממצאים חיוביים 🚤			
(Kindly note the number of the questi	(נא לציין את מס' השאלה אליו הנך מתייחס)				
מצבך כיום Your present condition	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו' Details of the disease, accident, defect, etc.	שנת הארוע Year of occurrence	מס' שאלה Question no.	שם המבוטח Insured's name	

Declaration and obligation (including waver of secrecy)

אבהרה והתחייבות (כולל ויתור סודיות)

the undersigned hereby request "The Phoenix Insurance Company Ltd." (hereinafter: "the Insurer") to insured 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:

1. 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.

- The Insurer shall be exclusively entitled to confirm or to reject the Insurance Proposal without any explanation whatsoever.
- The insurance will become valid according to the later of the following dates:
 - Date of commencement of the insurance.
 - Date of receipt of the proposal by the insurer.
 - Date of the insurer's decision relating to acceptance condition.
 - Date of confirmation of acceptance conditions by the Policyholder and/or the insured.

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 timethate the proposal and health declaration were completed and until the inception of the policy.

- 4. 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.
- 5. 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 exceptinos 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, inculding doctors' list I have seen
- This document shall oblige me, my estate and whomsoever shall replace me and in my name

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:

- 1. 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.
 - 2. המבטח רשאי באופן בלעדי לאשר או לדחות את הצעת הביטוח ללא כל הסבר.
 - 3. הביטוח יכנס לתוקפו על פי המאוחר מבין המועדים הבאים:
 - תאריך תחילת הביטוח.
 - תאריך קבלת ההצעה אצל המבטח.
 - 3. תאריר החלטת המבטח על תנאי הקבלה.
 - .תאריך אישור תנאי הקבלה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח

מוצהר ומוסכם כי תוקף הביטוח מותנה בכך שמאז שמולאה ההצעה והצהרת הבריאות עם כניסת הביטוח לתוקף, לא חל כל שינוי במצב בריאותו של המבוטח.

- 4. תשובותי ו/או המידע שיימסר למבטח יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח בלבד.
- .5 אני הח"מ נותן בזה רשות לקופ"ח ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים בארץ ובחו"ל, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים בארץ ובחו"ל ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד וגורם אחר בארץ ובחו"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.
 - 6. מסמך זה מחייב אותי, את עזבוני, וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

	mo and many name.					
		⊘				
Sic	nature of policyholder	חתימת בעל הפוליסה	Signature of insurance candidate	חתימת המועמד לביטוח	Date	חאריך

Appointment of the agent as emissary of the policyholder / insured

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.

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.

Agent's signature

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

Date

חאריך

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. 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 תבאי הקבלה.

	3				
	⊘				
Signature of policyholder	חתימת בעל הפוליסה	Signature of insurance candidate	חתימת המועמד לביטוח	Date	חאריך

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

חתימת הסוכן

300301001