א.רוזן סוכנות לביטַוחָ

Declaration of Health

הצהרת בריאות

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

על השאלות הבאות יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית

	propriate place in the findings table on page 3.			VZ111 011 5 317	פו וופאלוו בנוקום וונויועו בס	("כן") - יש לפוט על פי נוסי הנמצאת בעמ' 3.
	cuments that must be attached according to the number appearing alo		question:		ופר שמופיע ליד השאלה:	מסמכים שיש לצרף על פי המכ
1) F	ill in a detailed illness questionnaire. 2) Attach pathologic - histologic	c report.		טולוגי.	ט. 2) צרף דו"ח פתולוגי - היסכ	1) יש למלא שאלון מחלות מפור
Pro	poser to the insurance cover			מועמד לביטוח		
	rname משפחה Forename)		שם פרטי	Height in cm גובה בס"מ	שקל בק"ג Weight in kg
Ge	neral questions					שאלות כלליות
1.	Have there been any changes in your weight in the last 12 months?	מר ⊖ no	yes 🔾 p		ך ב-12 החודשים	1. האם חל שינוי במשקל
2.	Have you ever been previously hospitalized or institutionalized? (which one, when, reason, treatments)?	מא 🔾 no	yes 🔾 p	ז, טיפולים)?	י"ח או מוסד? (איזה, מתי, סיבו	2. האם אושפזת אי פעם בבי
3.	Were you examined by any physician in the past 2 years? Detail reason, results & treatments.	no 🔾 לא	yes 🔘 jo	סיבה, תוצאות	רונות ע"י רופא כלשהו! (פרט	3. האם נבדקת בשנתיים האו וטיפולים)?
4.	Are you under any medical observation? Do you require medication on a permanent basis?	no 🔾 זא	yes 🔾 p	ון קבוע?	האם הינך צורך תרופות באופ	4. האם אתה במעקב רפואי?
5.	Have you ever undergone or been advised to undergo surgery?	no 🔾 לא	yes 🔾 p		צו לך לעשות ניתוח?	s. האם נותחת בעבר או יע
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?	מא 🔾 מח	yes 🔾 p	וו האחוז ומהם	יש לך נכות כלשהי? אם כן, מה	6. האם נפצעת פעם? האם י 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	ּז או פיצוי בגין	ל פיצויים בגין נכות כגון קיצבר:	7. האם הגשת בקשה / מקב 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	ר, טומוגרפיה	ות כמו א.ק.ג, צילומי רנטגן שוו וד), בדיקות מיפוי, אקו, צינתו נדם, ספירת דם, בדיקת שתן, ד ני תקינות)	עיכול, כליות, עצמות ועו
9.	Have you ever received irradiation, chemotherapy or radiotherapy? Were tumors removed? (2)	no 🔾 לא	yes 🔾 p	קטיביים? האם	ןרנות, טיפולים כימיים או רדיוא	9. האם קיבלת טיפולים בהק נכרתו גידולים! (2)
10.	Are you presently a smoker? If yes, how many cigarettes per day?	no 🔾 לא	yes 🔾 p		- כמה ליום?	.10 האם אתה מעשן? אם כן,
11.	Do you / did you take drugs? If so, give details. Do you /did you consume alcoholic beverages? If so,per week?	מא 🔾 חס	yes 🔾 p	ח צורך/צרכת.	זמים? אם כן, פרט. האם את לשבוע.	וּוּ. האם אתה צורך/צרכת כ משקאות חריפים? אם כן,
Dic	I the candidate suffer from diseases or disease signs	listed belo	יה? ?wc	מפורטות מט	לות או סימני המחלות ה	האם היו למועמד המחז
	The nervous system and brain, mental disorders, chronic headaches.	no 🔾 לא	yes 🔾 p		.פרעות נפשיות, כאבי ראש	12. מערכת העצבים והמח, הכ
13.	Respiratory and lung diseases, prolonged coughing. (1)	no 🔾 לא	yes 🔾 p		עול ממושך (1).	13. מחלות דרכי הנשימה, שי
14.	Cardiovascular disease, high blood pressure.	no 🔾 לא	yes 🔾 p		לות דם, יתר לחץ דם.	14. מחלות לב, כלי הדם ומחי
15.	Gastrointestinal disorders, liver, gallbladder, pancreas.	no 🔾 אֹז	yes 🔾 p		', כיס מרה, לבלב.	15. מחלות דרכי העיכול, כבד
16.	Kidney and urinary tract diseases, prostate disorders.	no 🔾 לא	yes 🔾 p		ן, בלוטות הערמונית.	16. מחלות כליות ודרכי השת
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 ⊜ ₁ ⊃		ולת בלוטות, הגדלת בלוטות, ש רה), מחלות חום ממושכות, מחלו בלוטת המגן, סכרת (ו).	
18	. Skin and sexually diseases.	no 🔾 זא	yes 🔾 p			18. מחלות עור ומין.
19.	Joint and bone diseases, muscular and skeletal system, back and neck pain.	no 🔾 זא	yes 🔾 p	גב וצוואר.	ערכת השלד והשרירים, כאבי	19. מחלות פרקים ועצמות, מ
20.	Cancer (malignancy), degenerative and chronic disease (2).	no 🔾 לא	yes 🔾 p		חלה ניוונית וכרונית (2).	20. סרטן (מחלה ממארת), מ
21.	Eye diseases, vision disorders.	מר 🔾 מח	yes 🔾 p		אייה.	21. מחלות עיניים, הפרעות ר
22.	Ear and throat diseases, nose, sinusitis, hearing defects.	לא ⊖ סחי	yes 🔾 p	,	סינוסיטיס, ליקוי שמיעה.	22. מחלות אוזניים וגרון, אף, כ
23	Are you pregnant?	no 🔾 לא	yes 🔾 p			23. האם את בהריון?
	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 🔾 לא	yes 🔾 p	aleesinn ii	וחזור הווסת, דימומים, רחם, ש יים, בדיקות לגילוי סרטני [כג גרידת איבחון ועוד] (2).	
25.	Other health conditions or sicknesses not detailed above.	חס ⊜ לא	yes 🔾 p		. או מחלות שלא פורטו לעיל.	25. הפרעות בריאותיות אחרור
26.	Do you feel you are absolutely healthy and were fully capable of working during the past 12 months?	no 🔾 ז'א	yes 🔾 p	לעבודה במשך	בהחלט והיית בעל כושר מלא י	26. האם אתה חש עצמך בֿריא 12 החודשים האחרונים?

Details of positive findings (Kindly note the number of the questi	פירוט ממצאים חיוביים כירוט ממצאים חיוביים (מא 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)

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.

- 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

הצהרה והתחייבות (כולל ויתור סודיות)

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.
 - תאריך החלטת המבטח על תבאי הקבלה.
 - תאריך אישור תבאי 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.

The and in my name.					
	\bigcirc				
Signature of policyholder	חתינות בעל הפוליסה	Signature of insurance candidate	חתימת המועמד לביטוח	Date	חאריך

Appointment of the agent as emissary of the policyholder / insured מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

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

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: תיהוו פרטי הביטוח המבוהש. אישור תמאי ההבלה.

pending the finalization of the insurance into a contract with your company in re insurance details requested, confirming	e contract and for the purpor gard to the following details	se of entering s: altering the	, , ,		11
	\bigcirc				
Signature of policyholder	חתימת בעל הפוליסה	Signature of insurance candidate	חתימת המועמד לביטוח	Date	חארך

Agent's confirmation			אישור הסוכן 🗻

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

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

(including Declaration of Health) and the answers are as they were given to me personally by the candidate.								לי אישית ע"י המועמד.
		77619	:[210	ן מסי	רוזן	אריק	1	
Agent's signature	חתימת הסוכן						Date	חארך