

הצעה לביטוח רפואי - לשוהים זרים בישראל
Proposal Form Health Insurance - Foreigners in Israel

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

א.רוזן סוכנות לביטוח
משרד 03-6735915

No Agent / מספר סוכן / 322460	Name of Agent / שם סוכן / אריק רוזן
-------------------------------	-------------------------------------

למשלוח הטפסים חזרה למשרדנו - בדוא"ל info@rozen-ins.co.il או בפקס: 03-6729025 משרד : 03-6735915

Status of insurance / סטטוס ביטוח
 New insurance / ביטוח חדש
 הארכה / חידוש

:The purpose for coming to Israel / נא סמן את סיבת הגעתך לישראל

Other / אחר Industry / תעשייה Construction / בניין Agriculture / חקלאות Nursing care / יעוד

1. תוכנית ביטוח מבוקשת / Insurance program wanted (Please mark X at the correct square / נא לסמן X בריבוע המתאים.)

<input type="checkbox"/> Policy for Foreign worker with permit to work in Israel / פוליסה לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף
<input type="checkbox"/> Tourist Medical Insurance / Medical insurance לתיירים בישראל
תקופת הביטוח המבוקשת / Insurance period requested Up to Date / עד תאריך _____ from date / מתאריך _____

2. פרטי המועמד לביטוח / Insurance applicant personal details

Gender / מין / F / נ <input type="checkbox"/> M / ז <input type="checkbox"/>	Date of birth / תאריך לידה	First Name / שם פרטי	Last Name / שם משפחה	Passport No / מספר דרכון
e-mail / כתובת דואר אלקטרוני		Israel entry day / תאריך כניסה לישראל		Country of birth / ארץ לידה
Address / כתובת בית בישראל			Another phone No / טלפון נוסף	Mobile phone / טלפון נייד
Zip code / מיקוד	Town / עיר	street,house no. / רחוב, מס' בית		
Insurance Co / חברת ביטוח >>> Membership No / מס' חבר קופ"ח Up to date / עד תאריך _____ From date / מתאריך _____			Previous Insurances in Israel / ביטוחים קודמים בישראל No / לא Yes / כן	

3. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק / Details of policy holder

טלפון של איש קשר	שם איש קשר	שם פרטי / First Name	שם משפחה / Last Name	מספר זהות / ID No
e-mail / כתובת דואר אלקטרוני		Another phone No / טלפון נוסף		Mobile phone / טלפון נייד
Address / כתובת בית				
Zip code / מיקוד	Town / עיר	street,house no. / רחוב, מס' בית		

4. דמי הביטוח / Insurane premium

Total cost in NIS / סה"כ פרמיה בש"ח	No. of days / מס' ימי ביטוח	Daily cost in NIS / פרמיה יומית בש"ח
-------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

5. 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 <input type="checkbox"/> מוסג: <input type="checkbox"/> ישראל <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דינירס <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
------------------------------------	--	--------------



SAĞLIK BEYANI

YABANCI İŞÇİLER VEYA TURİSTLER İÇİN SAĞLIK SİGORTASI

1. Teklif sahibinin detayları						
Soyad	Ad	Pasaport numarası	Cinsiyet	Doğum tarihi	Kilo	Boy
			E / K			

2. Sağlık beyanı
Lütfen ilgili kutuya X işareti koyun. Herhangi bir soruya EVET cevabını verirsiniz, lütfen ayrıntı verin. Herhangi bir tıbbi durum, test sonucu ve aldığınız bir tedavinin ayrıntılarıyla ilgili olarak doktorunuzdan ek tıbbi belgeler sağlamanız gerekebilir.

Lütfen soruları İngilizce veya İbranice yanıtlayın

Genel sorular		EVET	HAYIR
1.	Son on yılda herhangi bir ameliyat oldunuz mu veya ameliyat olmanız önerildi mi?		
2.	Son on yılda hastaneye kaldırıldınız mı? Cevabınız evet ise, lütfen ne zaman olduğunu ve nedenini belirtin ve hastaneden alınmış bir sağlık raporu ve mevcut durumunuzla ilgili bir rapor ekleyin.		
3.	Şu anda düzenli olarak ilaç kullanıyor musunuz yoksa son on yılda bu şekilde düzenli ilaç kullandınız mı? Cevabınız evet ise, lütfen ilacın adını ve neden aldığınızı belirtin.		
4.	Düzenli olarak alkol kullanıyor musunuz yoksa geçmişte bu şekilde alkol kullandınız mı? Cevabınız evet ise, lütfen hangi içkiler olduğunu ve sıklığı belirtin		
5.	Uyuşturucu kullanıyor musunuz yoksa geçmişte uyuşturucu kullandınız mı?		
6.	Son 20 yılda sigara içtiniz mi?		
7.	Son 12 ayda 5 kg'dan fazla kilo verdiniz mi (diyet dışında)? Eğer verdiyseniz, lütfen ayrıntıları belirtin		
8.	Kan veya idrar gibi herhangi bir laboratuvar testi (anormal sonuçlu) veya kateterizasyon, ekokardiyografi, endoskopi, kanseri tespit etmek için invaziv testler, biyopsi, EKG, röntgen veya ultrason, taramalar, BT, MRI dahil olmak üzere herhangi bir tıbbi test yaptırınız mı? Cevabınız evet ise, lütfen nedenini, tarihini ve sonucu belirtin		
9.	Tamamen veya kısmi iş göremezlik şikâyetiniz var mı veya oldu mu?		
10.	Engelli misiniz?		
11.	Herhangi bir tıbbi cihaz kullanıyor musunuz?		
12.	Herhangi bir doğum kusurunuz var mı?		
13.	Lupus dahil herhangi bir otoimmün hastalığınız var mı?		
14.	Herhangi bir tıbbi tedavi veya hastaneye yatış bekliyor musunuz?		
15.	HIV antikor ve/veya virüsünün taşıyıcısı mısınız?		
16.	Jinekoloji - sadece kadınlar:		
	A. Hamile misiniz?		
	B. Düzensiz adet kanaması, kısırlık, kanama bozuklukları, rahim hastalıkları, yumurtalık bozuklukları, anormal jinekolojik test sonuçları (PAP gibi) veya diğer jinekolojik bozukluklar gibi jinekolojik rahatsızlıklarınız var mı veya bunlardan mustarip misiniz?		
	C. Herhangi bir meme rahatsızlığınız veya meme yumrularınız var mı?		
	D. Sezaryen geçirdiniz mi?		

Aşağıdaki hastalıklardan veya koşullardan herhangi birine maruz kaldınız mı veya acı çektiniz mi?		EVET	HAYIR
17.	Nörolojik bozukluklar - vertigo, baş ağrısı, migren, bayılma, felç, epilepsi, hafıza bozuklukları, duyuşal işlem bozuklukları, dejeneratif hastalıklar, felç, beyin kanaması, C.V.A., denge kaybı, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, zihinsel güçsüzlük, bunama, multipl skleroz dahil.		
18.	Psikiyatrik bozukluklar - her türlü bozukluk veya intihara teşebbüs		
19.	Alerjiler - Lütfen alerjiniz ve aldığınız herhangi bir tedavi hakkında ayrıntılı bilgi verin		
20.	Solunum bozuklukları - astım, tüberküloz, tekrarlayan pnömoni, kistik fibroz, bronşit, amfizem, solunum yollarında tekrarlayan enfeksiyonlar, KOAH, pnömotoraks dahil		
21.	Kalp ve tansiyon bozuklukları - anjina, kalp krizi, aritmi, kalp kapak hastalığı, doğuştan kalp hastalığı, perimiyokardit, kalp hastalığı, yüksek tansiyon veya tansiyon dalgalanmaları dahil		
22.	Kardiyovasküler bozukluklar - hiperkoagülasyon, derin ven trombozu, varisli damarlar, kardiyovasküler hastalık, periferik vasküler hastalık dahil		

23.	Sindirim sistemi - peptik bozukluklar (peptik ülserler veya duodenal ülserler), mide ekşimesi, bulaşıcı bağırsak hastalıkları, Crohn hastalığı, ülseratif kolit, gastrointestinal kanama, hemoroid, anorektal bozukluklar, karaciğer bozuklukları veya karaciğer hastalığı, sarılık, safra kesesi enfeksiyonu, safra taşı, yemek borusu bozuklukları, pankreas enfeksiyonları dahil		
24.	İnsizyonel fitik dahil her türlü fitik		
25.	Böbrek ve idrar yolu enfeksiyonları – böbrek taşları, böbrek veya idrar yolu enfeksiyonları veya tıkanıklıkları, idrarda kan veya protein, kronik böbrek hastalığı, böbrek kistleri, prostat sorunları dahil		
26.	Eklemler ve kemik - artrit, gut, sırt, omurga, diz ve diğer eklem bozuklukları, kırık cerrahisi, kemik hastalıkları dahil		
27.	Metabolizma ve bağışıklık sistemi - diyabet, tiroid bozuklukları, adrenal bez bozuklukları, hipofiz bezi, lenf bezi, tükürük bezi veya diğer bezler, hiperlipemi, kan hastalığı veya pıhtılaşma, anemi dahil		
28.	Malign hastalıklar (kanser) – malign veya malign öncesi tümörler veya malign öncesi hastalıklar dahil. Lütfen tanı ve tedavi türünü, tarihini belirtin.		
29.	Dermatoloji ve zührevi hastalıklar - cilt büyümeleri, sedef hastalığı, uçuk, sifiliz, siğiller, papilloma / kondiloma dahil		
30.	Göz bozuklukları ve hastalıkları – katarakt, şaşılık, körlük, kornea veya retikulum sorunları, çarpık görme, astigmatizma, glokom dahil		
31.	Kulak burun boğaz – tekrarlayan enfeksiyonlar, rinosinüzit, polipler, bademcik iltihabı, işitme bozuklukları, uyku apnesi, horlama dahil		

Lütfen "EVET" cevabını verdiğiniz sorularla ilgili daha fazla bilgi verin. Yeterli alan yoksa lütfen başka bir sayfada devam edin ve tıbbi belgeleri ekleyin.

İmza ve tarih	Sigortalının adı	Sigortalının imzası

Teklif sahibi için bilgi	
1.	Bu poliçe; poliçe koşullarına uygun olarak, poliçenin sona ermesinden sonraki 90 gün içinde, poliçenin sona ermesi ile uzatmanın başlangıcı arasındaki süre için primin ödenmesine tabi olarak (bu ödeme sigortalı veya işveren tarafından yapılabilir), İsrail'de yabancı bir işçi olarak kaldığınız sürece uzatılabilir. Poliçenin süresinin dolmasının üzerinden 90 gün geçtikten sonra, yeni bir tıbbi sigortalama süreci gerekecektir.
2.	Engelli Kişiler için Eşit Haklar Yasası - 1988'de tanımlandığı şekliyle herhangi bir engellilik durumundan mustaripseniz, yani tipik günlük aktivitelerde işlevlerinizi ciddi şekilde kısıtlayan kalıcı veya geçici herhangi bir fiziksel engel, zihinsel veya bilişsel bozukluktan mustaripseniz, lütfen bilgileri bu formda yer alan sigorta acentesine bildirin.

Teklif sahibinin beyanı		
1.	İşbu belge ile aşağıdakileri beyan, kabul ve taahhüt ederim: (1) Tüm yanıtlar doğrudur, eksiksizdir ve kendi özgür irademle verilmiştir. (2) Sağlık beyanında yer alan cevaplar ve sigortacıya verilen diğer bilgiler, sigortacının bu konudaki standart koşulları ile birlikte, benimle sigortacı arasındaki sigorta sözleşmesinin temel bir şartıdır ve sigorta sözleşmesinin ayrılmaz bir parçasını oluşturacaktır. (3) Sigortacı, kararını gerekçelendirmek zorunda olmaksızın bu başvuruyu kabul edip etmemekte serbesttir. Sigorta sözleşmesinin ancak sigortacının sigortayı kabul ettiğini yazılı olarak teyit etmesinden ve ilk primin tamamen ödenmesinden sonra yürürlüğe gireceğini biliyorum.	
2.	Bu poliçe uyarınca sigortacının; Yabancı İşçiler Yönetmeliği hükümlerine ve poliçenin hüküm ve koşullarına tabi olarak, sigorta poliçesi düzenlenmeden önce maruz kaldığım herhangi bir tıbbi durumdan doğrudan veya dolaylı olarak kaynaklanan ve/veya kötüleşen herhangi bir bozukluk, doğum kusuru veya kalıtsal hastalık ve/veya tıbbi durum ve/veya hastalık ve/veya hastalık ve etkileri ile ilgili olarak, tedavi edilsin veya edilmesin, herhangi bir hizmet sağlamaktan muaf olacağımı biliyorum.	
3.	Bu vesile ile başka hiçbir sigorta şirketi tarafından sigortamın reddedilmediğini beyan ederim.	
4.	Ana kapsamların tanımı, sigorta primi, sigorta süresi, sigortalanan ana meblağlar ve sorumluluk limitleri ve poliçe metninin tamamını edinme imkânı dahil olmak üzere sigorta ile ilgili bilgi aldığımı onaylıyorum.	
5.	Bu poliçeyi düzenleyerek, sigorta acentenize, sigortalama süreci ve bu poliçeyi düzenleme süreci ile bağlantılı olarak sizin adınıza / sizin için herhangi bir bildirim ve/veya belge gönderme ve alma yetkisi vermiş olursunuz.	
6.	Sigorta poliçesinin, detayları bu formda görünen sigorta acentesi tarafından bana gönderileceğini kabul ediyorum.	
7.	Tıbbi gizlilikten feragat	
Aşağıda imzası bulunan ben, herhangi bir sağlık bakım kuruluşuna ve/veya sağlık kurumuna ve herhangi bir doktora, hastaneye veya başka bir sağlık tesisine ve/veya herhangi bir sigorta şirketine ve/veya kurumuna ve/veya kuruluşuna, Ayalon Insurance Company Ltd.'nin (bundan böyle "sigorta şirketi" olarak anılacaktır) tıbbi durumum ve/veya geçmişte, şu anda veya gelecekte beni etkileyen herhangi bir hastalık veya tıbbi durumla ilgili istisnasız ve sigorta şirketinin talep ettiği formatta tüm bilgileri vermesine izin veriyor ve sizi tıbbi gizlilik yükümlülüğünden muaf tutuyor ve sigorta şirketini de bu yükümlülüğünden muaf tutuyorum. Bu feragatname beni, varislerimi, yasal temsilcilerimi ve onların yerine geçecek kişileri bağlar. Poliçe metninin tamamını ve/veya sigortalama süreci ve bu poliçenin düzenleme süreciyle ilgili diğer bilgileri doğrudan sigorta şirketinden almak isterseniz, lütfen istediğiniz zaman bizimle iletişime geçin.		
İmza tarihi	Teklif sahibinin adı	Teklif sahibinin imzası