

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"/> 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
------------------------------------	--	--------------



健康声明

外籍工人或外籍游客的医疗保险

1. 投保申请人详细信息

姓氏	名	护照号	性别	出生日期	体重	身高
			男/女			

2. 健康声明

请在相关的方框内划 X。如果您对任何问题的回答为“是”，请提供更多详细信息。您可能需要提供您的医生提供的关于您的任何医疗状况、检查结果和任何治疗详情的额外医疗文件。

一般问题		是	否
1.	在过去十年中，您是否做过任何手术或被建议接受手术？		
2.	在过去十年中，您是否住过院？如果回答为“是”，请说明时间和原因，并附上医院的医疗报告和关于您目前状况的报告。		
3.	您目前是否定时服药，或者在过去十年中是否定时服药？如果回答为“是”，请说明药物名称和用药原因。		
4.	您是否经常饮酒或过去经常饮酒？如果回答为“是”，请说明喝哪种酒和喝的频率		
5.	您是否吸毒或过去曾吸过毒？		
6.	在过去的 20 年里，您是否吸烟？		
7.	在过去 12 个月中，您的体重是否下降了 5 公斤以上（不是因为节食）？如果回答为“是”，请提供详细信息		
8.	您是否接受过任何医学检验，如血液或尿液检查（且结果异常）或任何医学检查，包括插管、超声心动图、内镜检查、检测癌症的侵入性检查、活检、ECG、X 线或超声、扫描、CT、MRI？如果回答为“是”，请说明原因、日期和结果		
9.	您现在或曾经是否完全或部分丧失工作能力？		
10.	您是残疾人吗？		
11.	您是否使用任何类型的医疗器械？		
12.	您是否有任何出生缺陷？		
13.	您是否患有包括狼疮在内的自身免疫性疾病？		
14.	您是否在等待接受任何药物治疗或在等待住院？		
15.	您是艾滋病抗体阳性者和/或艾滋病病毒携带者吗？		
16.	妇科——仅限女性：		
	A. 您是否在怀孕？		
	B. 您是否患有或曾患有以下妇科疾病：月经不调、不孕症、出血性疾病、子宫疾病、卵巢疾病、妇科检查结果异常（如宫颈抹片）或任何其他妇科疾病？		
	C. 您是否有任何乳房疾病或乳房包块？		
	D. 您做过剖腹产手术吗？		

您是否患有或曾经患有以下任何疾病或病症？		是	否
17.	神经系统疾病 ——包括眩晕、头痛、偏头痛、昏厥、瘫痪、癫痫、记忆障碍、感觉处理障碍、退行性疾病、中风、脑出血、脑血管意外、失去平衡、阿尔茨海默病、帕金森病、精神疾病、痴呆、多发性硬化症。		
18.	精神疾病 ——任何类型的疾病或企图自杀		
19.	过敏 ——请提供过敏和您接受的任何相关治疗的详细信息		
20.	呼吸系统疾病 ——包括哮喘、肺结核、复发性肺炎、囊性纤维化、支气管炎、肺气肿、反复呼吸道感染、慢性阻塞性肺病、气胸		
21.	心脏疾病及血压问题 ——包括心绞痛、心脏病发作、心律失常、心脏瓣膜疾病、先天性心脏病、心包心肌炎、心脏病、高血压或血压波动		
22.	心血管疾病 ——包括高凝状态、深静脉血栓形成、静脉曲张、心血管疾病、外周血管疾病		
23.	消化系统 ——包括消化性疾病（消化性溃疡或十二指肠溃疡）、胃灼热、肠道感染性疾病、克罗恩病、溃疡性结肠炎、胃肠道出血、痔疮、肛门直肠疾病、肝脏问题或肝脏疾病、黄疸、胆囊感染、胆结石、食管疾病、		

	胰腺感染		
24.	任何类型的疝，包括切口疝		
25.	肾脏和泌尿道感染 ——包括肾结石、肾脏或泌尿道感染或梗阻、血尿或尿蛋白、慢性肾病、肾囊肿、前列腺问题		
26.	关节和骨骼 ——包括关节炎；痛风；背部、脊柱、膝盖和其他关节的疾病；骨折手术；骨骼疾病		
27.	代谢和免疫系统 ——包括糖尿病；甲状腺、肾上腺、垂体、淋巴腺、唾液腺或其他腺体的疾病；高脂血症；血液疾病或凝血问题、贫血		
28.	恶性疾病（癌症） ——包括恶性肿瘤或恶变前肿瘤，或恶变前疾病。请说明类型、诊断日期和治疗情况。		
29.	皮肤病学和性病学 ——包括皮肤增生、银屑病、疱疹、梅毒、疣、乳头状瘤/湿疣		
30.	眼部病症及疾病 ——包括白内障、斜视、失明、角膜或视网膜问题、视物变形、散光、青光眼		
31.	耳鼻喉 ——包括反复感染、鼻窦炎、息肉、扁桃腺炎、听力障碍、睡眠呼吸暂停、打鼾		

请提供有关您回答“是”的任何问题的更多信息。如果空间不够，请用另一张纸继续填写，并附上任何医疗文件。

签名和日期	投保人姓名	投保人签名

给投保申请人的信息

- 根据保单条件，只要您作为外国工人留在以色列，保单可以在保单到期后 90 天内续保，但须支付保单到期至续保开始期间的保险费（此类费用可由受保人或雇主支付）。在保单过期 90 天后，需要重新进行医疗核保。
- 如果您患有 1988 年《残疾人平等权利法案》中定义的任何残疾（即您患有任何身体残疾、精神或认知障碍，无论是永久性的还是暂时性的）严重限制了您在典型日常活动中的功能，请通知保险代理人，其详细信息在本表格中。

投保申请人声明

- 本人在此声明、同意并承诺：(1) 所有的回复都是真实、完整的，并且是我自愿提供的。(2) 健康声明中的答复和提供给承保方的任何其他信息，连同承保方在这方面的标准条件，是我和承保方之间保险合同的基本条款，并将构成保险合同不可分割的一部分。(3) 承保方可自由决定是否接受或拒绝此申请，而无须说明其决定的理由。我知道，只有在承保方以书面形式确认接受保险，而且首笔保费被全额缴纳后，保险合同才会生效。
- 我知道，根据本保单，承保方将免于提供与我在保险生效之前所患的任何疾病、出生缺陷或遗传性疾病和/或医疗状况和/或疾病及其影响（无论是否经过治疗）直接或间接引起和/或恶化的任何医疗状况相关的任何服务，但须符合《外籍劳工条例》的规定和保单的条款和条件。
- 本人特此声明，本人未被任何其他保险公司拒绝投保。
- 我确认我已收到有关保险的信息，包括主要承保范围的说明、保险费、保险期限、主要保险金额和责任限额以及获得完整保单合同条款的可能性。
- 通过办理本保单，我授权我的保险代理人以我的名义/为我提交和接收与核保过程和办理本保单过程有关的任何通知和/或文件。
- 我同意保险单将由本表中出现的保险代理人寄给我，其详细信息见本表。
- 医疗保密豁免
我，即下方签名者，特此授权任何医疗保健组织和/或医疗机构、任何医生、医院或其他医疗机构和/或任何保险公司和/或机构和/或实体向 Ayalon 保险有限公司（以下简称“保险公司”）提供一切信息，不受任何例外，并以保险公司要求的格式提供有关我目前、过去或将来的健康状况和/或任何疾病或医疗状况的信息。我在此免除以上各方的医疗保密义务，并且也免除保险公司的此项义务。本豁免书对我本人、我的继承人、法定代理人以及任何代替他们的人具有约束力。

如果您希望直接从保险公司获得完整的保单合同条款和/或任何其他有关核保流程和办理本保单流程的信息，请随时联系我们。

签名日期	投保申请人姓名	投保申请人签名
------	---------	---------