

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

ביטוח חדש / New insurance 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 (נא לסמן X בריבוע המתאים. / Please mark X at the correct square)

פוליסה לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף / Policy for Foreign worker with permit to work in Israel

Medical insurance לתיירים בישראל / Tourist Medical Insurance

תקופת הביטוח המבוקשת / Insurance period requested: מתאריך / from date _____ עד תאריך / Up to Date _____

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			Previous Insurances in Israel / ביטוחים קודמים בישראל	
Membership No / מס' חבר קופ"ח			No / לא <input type="checkbox"/> Yes / כן <input type="checkbox"/>	
Up to date / עד תאריך			From date / מתאריך	

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

המחאה הוראת קבע הפקדה בנקאית

מסוג: אשראי / Credit Card ויזה דינירס 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
------------------------------------	--	--------------



בית אילון للتأمين، شارع أبا هيلل سيلفر 12، رמת جان 5250606، ص.ب 10957

تصريح صحي لبوليصة تأمين صحي لعامل أجنبي / سائح

1. تفاصيل المرشح/ة للتأمين						
اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم جواز السفر	الجنس	تاريخ الميلاد	الوزن (كغم)	الطول (سم)
			أنثى / ذكر			

تمت كتابة الأسئلة بصيغة المذكر للتسهيل فقط، إلا أنها موجهة لكلا الجنسين.

2. تصريح صحي
يجب الإجابة عن الأسئلة التالية من خلال وضع إشارة X في عمود الإجابة الملائمة، وإكمال المعلومات المطلوبة في التصريح نفسه إذا لزم الأمر. في كل مكان تختارون فيه الإجابة "نعم"، يجب التفصيل في المكان الملائم أدناه. قد يُطلب منك إرفاق مستندات طبية أخرى من الطبيب المعالج بخصوص المشكلة المصرح بها، أو نتائج الفحوصات، كيفية العلاج والحالة المحدثة.

أسئلة عامة	نعم	لا
1. هل خضعت في السنوات العشر الأخيرة إلى عملية جراحية أو أوصيت بالخضوع لعملية جراحية؟		
2. هل مكثت في السنوات العشر الأخيرة في المستشفى في الاستشفاء في مستشفى أو في مؤسسة طبية؟ متى، وما السبب؟ الرجاء إرفاق ملخصات المرض ومعلومات محدثة.		
3. هل تتناول أدوية بشكل ثابت، أو أوصي لك بتناولها في السنوات العشر الأخيرة؟ اكتب اسم الدواء وسبب تناوله.		
4. هل تستهلك بشكل دائم أو استهلك في الماضي مشروبات روحية؟ انكر ما هو المشروب وكمية استهلاكه.		
5. هل تتعاطى أو تعاطيت المخدرات؟		
6. هل تدخن أكثر من 20 سيجارة في اليوم؟		
7. خلال الـ 12 شهراً الأخير، هل نزلت في الوزن أكثر من 5 كغم (ليس بسبب نظام غذائي)؟ الرجاء التفصيل.		
8. هل أجريت فحوصات مختبر بما في ذلك فحوصات دم، بول (نتائجها غير سليمة) و/أو فحوصات طبية معينة بما في ذلك القسطرة، التنظير الداخلي/فحص غزوي، فحوصات لتشخيص ورم خبيث، خزعة، تخطيط كهربائية القلب، صور أشعة أو أولتراساوند، مسح CT، MRI؟ الرجاء تفصيل السبب، الموعد والنتائج.		
9. هل عانيت أو تعاني من فقدان القدرة على العمل بشكل جزئي أو كامل؟		
10. هل تحددت لك نسبة إعاقة؟		
11. هل تستعين بأجهزة طبية معينة؟		
12. هل تعرف بوجود تشوه خلقي معين لديك؟		
13. هل تم تشخيصك كمن تعاني من مرض مناعة ذاتي معين، بما في ذلك الذئبة الحمراء؟		
14. هل ستخضع لعلاج طبي معين أو للاستشفاء؟		
15. هل تبين أنك حامل لمضادات و/أو مريض بفيروس HIV؟		
16. أمراض النساء، للنساء فقط: أ. هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ب. هل تعانيين أو عانيت من أمراض نسائية بما في ذلك: عدم انتظام الدورة الشهرية، مشاكل في الخصوبة، حالات نزيف، مشاكل في الرحم أو المبيضين، نتائج غير سليمة في فحص نسائي (مثل PAP) أو اضطرابات نسائية أخرى؟ ج. هل تعلمين بوجود أمراض في الثديين بما في ذلك الأورام في الثديين؟ د. هل ولدت بعملية قيصرية؟ إذا كان الجواب نعم، في أي سنة؟		
هل تعاني من أو عانيت من الأمراض أو الأعراض التالية:		
17. جهاز الأعصاب - بما في ذلك الدوران، الصداع، الصداع النصفي، الإغماء، الشلل، الصرع، اضطرابات في الذاكرة، فقدان الحس، مرض تنكسي، إصابات دماغية، نزيف في الدماغ، C.V.A، اضطرابات في التوازن، الزهايمر، باركينسون، إبهاك نفسي، الخرف، تصلب المتعدد.		
18. اضطرابات نفسية - بما في ذلك الاضطرابات المشخصة ومحاولات الانتحار.		
19. الحساسيات - الرجاء تفصيل نوع الحساسية والعلاج.		
20. جهاز التنفس - بما في ذلك الأزمة، السل، التهابات الرئتين المتكررة، سيبستيك فيبروزس، التهاب القصبات الهوائية، النفاخ الرئوي، التهابات متكررة في جهاز التنفس، copd، مشاكل في الصدر.		
21. القلب وفرط ضغط الدم - بما في ذلك الذبحة الصدرية (أناجينا بيكتورس)، انسداد عضلة القلب، اضطرابات في وتيرة خفقان القلب، مشكلة في صمامات القلب، مرض قلب خلقي، مرض في عضلة القلب أو غشاء القلب، ضغط دم غير متوازن.		
22. الأوعية الدموية - بما في ذلك مشاكل في تخثر الدم/خثرات الدم، الخثار الوريدي (DVT)، الدوالي الوريدية، اضطرابات في الدورة الدموية، مشاكل في الشرايين (PVD).		
23. جهاز الهضم - بما في ذلك أمراض القرحة الهضمية (قرحة المعدة أو الاثني عشر)، حرقات، مرض التهاب الأمعاء (كرون، التهاب القولون التقرحي)، نزيف من جهاز الهضم، بواسير، مشاكل في الفتحة الشرجية، مشاكل في الكبد أو أمراض كبد، يرقان، المرارة وحصى المرارة، مشاكل في المريء، التهاب في البنكرياس.		

24.	فتق (هيرنيا، كسر) - من أي نوع، بما في ذلك الفتق الندي.
25.	الكلية والمسالك البولية - بما في ذلك حصى الكلية، التهابات الكلى أو المسالك البولية، تشوهات في المسالك البولية، وجود دم أو زلال في البول، تضرر أداء الكلية، كيسية في الكلية، غدة البروستاتا.
26.	المفاصل والعظام - بما في ذلك التهاب العظام (ارتريتيس)، النقرس، الظهر والعمود الفقري، الركبتان، المفاصل الأخرى، كسور خضعت لعملية جراحية، أمراض العظام.
27.	الأبيض وجهاز المناعة - بما في ذلك السكري، اضطراب الغدة الدرقية، اضطراب الغدة الكظرية، اضطراب الغدة النخامية، الغدة للمفاوية، الغدة للعبابية أو الغدد الأخرى، دهون عالية في الدم، أمراض الدم والتخثر، فقر الدم.
28.	مرض خبيث (سرطان) - بما في ذلك الأورام الخبيثة أو ما قبل الخبيثة، أو مرض ما قبل الخبيث. الرجاء تفصيل نوع المرض، موعد الإصابة وطريقة العلاج.
29.	الجلد والجنس - بما في ذلك الأورام الجلدية، الصدفية، الهريس، الزهري، الثآليل، الورم الحليمي/ تاتوول التناسلي.
30.	العيون - بما في ذلك الكتاركت (الساد)، الحول، العمى، مشاكل في القرنية، مشاكل في الشبكية، اضطرابات في النظر، لابؤرية، الزرق.
31.	الأنف، الأذن والحنجرة - بما في ذلك الالتهابات المتكررة، التهابات في فتحات الأنف (الجيوب الأنفية)، البوليبيات، التهابات اللوزتين، مشاكل سمع، متلازمة انقطاع النفس النومي، شخير.

تفصيل النتائج الإيجابية في أسئلة الحالة الصحية. الرجاء تفصيل المشكلة والحالة اليوم:

أصرح بأن كل التفاصيل التي زودتها في التصريح الصحي، صحيحة وكاملة. إذا تبين أن التفاصيل التي زودتها غير صحيحة أو غير كاملة، تكون شركة أياالون معفية من التزامها ومسؤوليتها بموجب قانون عقد التأمين.

تاريخ التوقيع	اسم المؤمن	توقيع المؤمن
---------------	------------	--------------

معلومات للمرشح للتأمين

- وفقاً لشروط البوليصة، في غضون 90 يوماً من موعد انتهاء فترة التأمين، يمكن تمديد فترة التأمين على التوالي، بشرط دفع رسوم التأمين عن الفترة بين فترة التأمين وتمديد التأمين (الدفع عن الفترة المذكورة، يمكن أن يتم من قبل المؤمن أو المشغل)، وطالما أنك مستمر في العمل كعامل أجنبي. بعد مرور 90 يوماً من موعد انتهاء فترة التأمين، الانتساب لبوليصة جديدة سيكون مشروطاً بإجراء ضمان اكتتاب.
- إذا كنت شخصاً مع محدودية، كما ورد تعريفه في قانون مساواة حقوق ذوي المحدودية - 1998، أي "شخص يعاني من إعاقة جسدية، نفسية أو عقلية، بما في ذلك الإعاقة الذهنية، الدائمة أو المؤقتة، التي بسببها تقيد أداءه إلى حد كبير في مجال واحد أو أكثر من مجالات الحياة الأساسية"، يرجى إبلاغنا بذلك عن طريق وكيل التأمين الخاص بك، والذي تظهر تفاصيله في صفحة المقترح.

تصريح المرشح للتأمين

- أصريح، أوافق وألتزم بما يلي: (1) كل إجاباتي صحيحة، كاملة وأجبت عنها بمحض إرادتي. (2) الإجابات المفصلة في التصريح الصحي وأي معلومات أخرى أزودها للشركة المؤمنة وكذلك الشروط المتبعة لدى الشركة المؤمنة في هذا الشأن، ستكون شرطاً جوهرياً لعقد التأمين بيني وبين الشركة المؤمنة، وستكون جزءاً لا يتجزأ من عقد التأمين. (3) يحق للشركة المؤمنة أن تقرر عدم قبول المقترح أو رفضه دون حاجة لتبرير قرارها. أنا على علم أن عقد التأمين يدخل حيز السريان فقط بعد أن تصدر الشركة المؤمنة مصادقة خطية بقبولها للتأمين وبعد دفع رسوم التأمين الأولية بالكامل.
- أنا على علم بأنه بموجب هذه البوليصة، الشركة معفية من تقديم الخدمة بخصوص أي تشوه أو مرض خلقي، بما في ذلك الحالة الصحية و/أو الغرض الطبي و/أو المرض، سواء تم علاجه أم لا، و/أو نتائجها، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، نجمت و/أو تفاقت بسبب حالة صحية، التي كانت موجودة قبل موعد بدء سريان التأمين، وكل ذلك خاضع للمذكور في مرسوم العمال الأجانب بخصوص التغطية التأمينية في إطار البوليصة.
- أصرح بذلك بأنه ليست هناك أي شركة تأمين لم ترفض مقترح للتأمين الصحي.
- أصادق على أنني تلقيت معلومات جوهرية بخصوص التأمين، والتي شملت على الأقل وصفاً جوهر التغطية التأمينية، رسوم التأمين، فترة التأمين، مبالغ التأمين الأساسية ونطاق المسؤولية الأساسية ومعلومات حول إمكانية حصولي على تفاصيل كاملة بشأنها.
- انتسابك لهذه البوليصة يعني تخويل وكيل التأمين الخاص بك في البوليصة بتقديم والحصول باسمك/ ومن أجلك على كل الرسائل و/أو المستندات المرتبطة بإجراءات ضمان الاكتتاب وإجراءات الانتساب للبوليصة.
- أوافق على أن بوليصة التأمين لبرنامج التأمين المطلوب في هذا المقترح، سترسل لي عن طريق الوكيل الذي تظهر تفاصيله في صفحة المقترح. إذا رغبت في الحصول على البوليصة و/أو المعلومات في إطار إجراءات ضمان الاكتتاب وإجراءات الانتساب لهذه البوليصة مباشرة إليك، بإمكانك التوجه إلينا في أي وقت.
- التنازل عن السرية الطبية**
أنا الموقع أدناه، أعطي لذلك الإذن لصندوق المرضى و/أو مؤسساته الطبية ولكل الأطباء، المؤسسات الطبية والمستشفيات الأخرى و/أو لكل شركات التأمين و/أو لأي مؤسسة و/أو لأي جهة أخرى، بتزويد كل التفاصيل لـ "شركة أياالون للتأمين م.ض"، فيما يلي: مقدم الطلب، دون استثناء وبالشكل المطلوب من قبل مقدم الطلب عن حالتي الصحية و/أو كل مرض أصبت به في الماضي و/أو أنا مصاب فيه الآن و/أو أصاب به في المستقبل، وأغفكم من واجب الحفاظ على السرية الطبية وأتنازل عن هذه السرية تجاه مقدم الطلب. كتاب التنازل هذا يُلزمني، ويلزم ورتتي وموكلي القانونيين وكل من ينوب عني.

تاريخ التوقيع	اسم المرشح/ة للتأمين	توقيع المرشح/ة للتأمين
---------------	----------------------	------------------------