

**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

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

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

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

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

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

4. דמי הביטוח / Insurane premium

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

5. אופן התשלום / Payment method

המחאה  הוראת קבע  הפקדה בנקאית

קרטיס אשראי / Credit Card מסוג:  ישראלרנט  ויזה  דינירס  אחר \_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס / Name of card holder	מס' זהות / ID No	מס' טלפון / Telephone No.
מספר כרטיס אשראי / Credit card No.	תוקף / Exp. date	מס' תשלומים / No. of payments

תאריך / Date	שם בעל הפוליסה / Name of policy holder	חתימה / Signature of policy holder

## DECLARAȚIE DE SĂNĂTATE

### ASIGURARE MEDICALĂ PENTRU LUCRĂTORII STRĂINI SAU TURIȘTI

#### 1. Detalii despre inițiator

Numele de familie	Prenumele	Număr pașaport	Sex	Data nașterii	Greutate	Înălțime
			B / F			

Pentru comoditate, formula de adresare utilizată în formular este la masculin, însă se aplică în egală măsură și la feminin. Vă rugăm să răspundeți la întrebări în limba engleză sau ebraică.

#### 2. Declarație privind starea de sănătate

Vă rugăm să marcați cu X în căsuța corespunzătoare. Dacă răspundeți DA la oricare dintre întrebări, vă rugăm să furnizați detalii suplimentare. Este posibil să fie necesar să furnizați documente medicale suplimentare de la medicul dvs. cu privire la orice afecțiune medicală, rezultate ale testelor și detalii despre orice tratament pe care îl urmați.

Întrebări generale		DA	NU
1.	În ultimii zece ani, ați suferit vreo intervenție chirurgicală sau vi s-a recomandat o intervenție chirurgicală?		
2.	În ultimii zece ani ați fost spitalizat? Dacă da, vă rugăm să precizați când și din ce motiv și să anexați un raport medical de la spital și un raport privind starea dvs. se sănătate actuală.		
3.	Luați în prezent medicamente în mod regulat sau ați făcut acest lucru în ultimii zece ani? Dacă da, vă rugăm să precizați numele medicamentului și motivul pentru care îl luați.		
4.	Consumați alcool în mod regulat sau ați consumat în trecut? Dacă da, vă rugăm să precizați care sunt băuturile și frecvența cu care le-ați consumat		
5.	Consumați droguri în prezent sau ați consumat în trecut?		
6.	Fumați mai mult de 20 de țigări pe zi?		
7.	În ultimele 12 luni ați slăbit mai mult de 5 kg (altfel decât în urma unei diete)? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii		
8.	Ați fost supus unor teste de laborator, cum ar fi analize de sânge sau de urină (cu rezultate anormale) sau oricărui alte teste medicale, inclusiv cateterizare, ecocardiografie, endoscopie, teste invazive pentru depistarea cancerului, biopsie, ECG, radiografie sau ecografie, scanări, CT, RMN? Dacă da, vă rugăm să precizați motivul, data și rezultatul		
9.	Suferiți sau ați suferit de incapacitate totală sau parțială de muncă?		
10.	Aveți o dizabilitate?		
11.	Folosiți orice tip de dispozitiv medical?		
12.	Suferiți de vreun defect din naștere?		
13.	Suferiți de vreo boală autoimună, inclusiv lupus?		
14.	Așteptați să primiți un tratament medical sau să fiți spitalizat?		
15.	Sunteți purtător al anticorpilor și/sau al virusului HIV?		
16.	<b>Ginecologie - numai pentru femei:</b>		
	A. Sunteți însărcinată?		
	B. Suferiți sau ați suferit de afecțiuni ginecologice, cum ar fi: menstruație neregulată, infertilitate, tulburări de coagulare, boli uterine, afecțiuni ovariene, rezultate anormale ale testelor ginecologice (cum ar fi testul PAP (Papanicolau)) sau orice alte afecțiuni ginecologice?		
	C. Aveți vreo afecțiune a sânilor sau noduli la sân?		
	D. Ați suferit o operație de cezariană?		

Suferiți sau ați suferit de oricare dintre următoarele boli sau afecțiuni?		DA	NU
17.	<b>Tulburări neurologice</b> - inclusiv vertij, dureri de cap, migrene, leșin, paralizie, epilepsie, tulburări de memorie, tulburări de procesare senzorială, boli degenerative, atac cerebral, hemoragie cerebrală, AVC, pierderea echilibrului, boala Alzheimer, boala Parkinson, infirmitate mintală, demență, scleroză multiplă.		
18.	<b>Tulburări psihice</b> - orice tip de tulburare sau tentativă de suicid		
19.	<b>Alergii</b> - Vă rugăm să furnizați detalii despre alergii și despre orice tratament pe care îl urmați		
20.	<b>Afecțiuni respiratorii</b> - inclusiv astm, tuberculoză, pneumonie recurentă, fibroză chistică, bronșită, emfizem, infecții recurente ale tractului respirator, BPOC, pneumotorax		
21.	<b>Afecțiuni cardiace și tulburări ale tensiunii arteriale</b> - inclusiv angină pectorală, infarct, aritmie, afecțiuni ale valvelor cardiace, boli cardiace congenitale, perimicardită, boli de inimă, hipertensiune arterială sau fluctuații ale tensiunii arteriale		
22.	<b>Afecțiuni cardiovasculare</b> - inclusiv hipercoagulare, tromboză venoasă profundă, vene varicoase, boli		

	cardiovasculare, boli vasculare periferice		
23.	<b>Sistemul digestiv</b> - inclusiv afecțiuni peptice (ulcer peptic sau ulcer duodenal), arsuri la stomac, boli infecțioase ale intestinelor, boala Crohn, colită ulcerativă, hemoragie gastrointestinală, hemoroizi, afecțiuni anorectale, afecțiuni hepatice sau boli hepatice, icter, infecții ale vezicii biliare, calculi biliari, afecțiuni esofagiene, infecții pancreatice		
24.	<b>Hernie</b> de orice tip, inclusiv hernie incizională		
25.	<b>Infecții ale rinichilor și ale tractului urinar</b> - inclusiv pietre la rinichi, infecții sau obstrucții ale rinichilor sau ale tractului urinar, sânge sau proteine în urină, boli cronice de rinichi, chisturi renale, probleme de prostată		
26.	<b>Articulații și oase</b> - inclusiv artrită, gută, spate, coloană vertebrală, genunchi și alte afecțiuni articulare, intervenții chirurgicale pentru tratarea fracturilor, boli osoase		
27.	<b>Metabolism și sistem imunitar</b> - inclusiv diabet, afecțiuni tiroidiene, afecțiuni ale glandei suprarenale, glandei pituitare, glandei limfatice, glandei salivare sau ale altor glande, hiperlipemie, boli de sânge sau de coagulare, anemie		
28.	<b>Boli maligne (cancer)</b> - inclusiv tumori maligne sau pre-maligne, sau boli pre-maligne. Vă rugăm să precizați tipul, data diagnosticării și tratamentul.		
29.	<b>Dermatologie și venerologie</b> - inclusiv excrescențe cutanate, psoriazis, herpes, sifilis, veruci, papilom / condilom		
30.	<b>Afecțiuni și boli oculare</b> - inclusiv cataractă, strabism, orbire, probleme ale corneei sau ale reticulului, vedere distorsionată, astigmatism, glaucom		
31.	<b>Ureche, nas și gât</b> - inclusiv infecții recurente, rinosinuzită, polipi, amigdalită, tulburări de auz, apnee în somn, sforăit		

Vă rugăm să furnizați informații suplimentare cu privire la orice întrebare la care ați răspuns „DA”. În cazul în care spațiul este insuficient, vă rugăm să continuați pe o altă foaie și să anexați orice document medical.

Semnătura și data			Numele asiguratului			Semnătura asiguratului		
-------------------	--	--	---------------------	--	--	------------------------	--	--

#### Informații pentru inițiator

- În conformitate cu condițiile poliței, aceasta poate fi prelungită în decurs de 90 de zile de la data expirării, sub rezerva plății primei pentru perioada dintre expirarea poliței și începutul prelungirii (această plată poate fi efectuată de asigurat sau de angajator), atât timp cât rămâneți în Israel ca lucrător străin. După ce au trecut 90 de zile de la expirarea poliței, va fi necesară o nouă procedură de subscriere medicală.
- În cazul în care suferiți de o dizabilitate, așa cum este definit în Legea privind egalitatea de drepturi pentru persoanele cu handicap - 1988, ceea ce înseamnă că suferiți de o dizabilitate fizică, psihică sau cognitivă, permanentă sau temporară, care vă limitează semnificativ desfășurarea activităților zilnice tipice, vă rugăm să anunțați agentul de asigurări ale cărui detalii apar în acest formular.

#### Declarația inițiatorului

- Prin prezenta, declar, sunt de acord și confirm că:** (1) Toate răspunsurile sunt adevărate, complete și au fost furnizate de bunăvoie. (2) Răspunsurile care apar în declarația de sănătate și orice alte informații furnizate asiguratorului, împreună cu condițiile standard ale asiguratorului în acest sens, constituie o clauză fundamentală a contractului de asigurare dintre mine și asigurator și vor face parte integrantă din contractul de asigurare. (3) Asiguratorul este liber să decidă dacă acceptă sau respinge această cerere, fără a fi nevoit să își justifice decizia. Știu că contractul de asigurare va intra în vigoare numai după ce asiguratorul confirmă în scris acceptarea asigurării și după ce prima primă a fost plătită integral.
- Știu că, în conformitate cu această poliță, asiguratorul va fi scutit de furnizarea oricărui serviciu în legătură cu orice afecțiune, defect congenital sau boală ereditară și/sau afecțiune medicală și/sau boală și/sau afecțiune și impactul acesteia, indiferent dacă este tratată sau nu, care rezultă direct sau indirect din și/sau se agravează din cauza oricărei afecțiuni medicale de care am suferit înainte de încheierea poliței de asigurare, sub rezerva dispozițiilor Ordonanței privind lucrătorii străini și a termenilor și condițiilor poliței.
- Prin prezenta, declar că nu mi s-a refuzat asigurarea de către nicio altă companie de asigurări.
- Confirm că am primit informații privind asigurarea, inclusiv o descriere a principalelor acoperiri, privind prima de asigurare, perioada de asigurare, principalele sume asigurate și limitele de răspundere, precum și posibilitatea de a obține conținutul integral al poliței.
- Prin încheierea acestei polițe, îl autorizați pe agentul dvs. de asigurări să trimită și să primească în numele dvs./pentru dvs. orice notificare și/sau documente în legătură cu procesul de subscriere și cu procesul de încheiere a acestei polițe.
- Sunt de acord ca polița de asigurare să-mi fie trimisă de agentul de asigurări ale cărui date apar în acest formular.
- Renunțarea la confidențialitatea informațiilor medicale**  
Subsemnatul, autorizez prin prezenta orice furnizor de îngrijire primară și/sau instituție medicală și orice medic, spital sau altă unitate medicală și/sau orice companie de asigurări și/sau instituție și/sau entitate să furnizeze către Ayalon Insurance Company Ltd. (denumită în continuare: „compania de asigurări”) toate informațiile, fără excepție și în formatul solicitat de compania de asigurări, cu privire la starea mea de sănătate și/sau la orice boală sau afecțiune medicală suferită în trecut, în prezent sau în viitor și, prin prezenta, vă exonerez de obligația de păstrare a confidențialității medicale și, de asemenea, exonerez compania de asigurări de această obligație. Această renunțare mă obligă pe mine, pe moștenitorii și reprezentanții mei legali și pe oricine îi înlocuiește  
Dacă doriți să obțineți conținutul integral al poliței și/sau orice alte informații privind procesul de subscriere și procesul de încheiere a acestei polițe direct de la compania de asigurări, vă rugăm să ne contactați în orice moment.

Data semnării	Numele inițiatorului	Semnătura inițiatorului
---------------	----------------------	-------------------------