

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 (נא לסמן X בריבוע המתאים. / Please mark X at the correct square)

<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: 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 / רחוב, מס' בית / street,house no. / עיר / Town / מיקוד / Zip code			Another phone No / טלפון נוסף	Mobile phone / טלפון נייד
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 / רחוב, מס' בית / street,house no. / עיר / Town / מיקוד / Zip code				

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
 מוסג: 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
------------------------------------	--	--------------



ЗАЯВЛЕНИЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ИНОСТРАННЫХ РАБОТНИКОВ ИЛИ ТУРИСТОВ

1. Сведения о заявителе						
Фамилия	Имя	Номер паспорта	Пол	Дата рождения	Вес	Рост
			М / Ж			

Для удобства текст составлен в мужском роде, но точно так же относится и к женскому роду. Пожалуйста, отвечайте на вопросы на английском или на иврите.

2. Заявление о состоянии здоровья
Поставьте крестик в соответствующем поле. Если вы ответите «ДА» на любой из вопросов, пожалуйста, указывайте подробности. От вас может потребоваться предоставить дополнительные медицинские документы от вашего врача, касающиеся любого заболевания, результатов анализов и сведений о любом лечении, которое вы проходите.

Общие вопросы	ДА	НЕТ
1. Делали ли вам хирургические операции или советовали сделать операцию за последние десять лет?		
2. Лежали ли вы в больнице за последние десять лет? Если да, укажите, когда и по какой причине, а также приложите медицинское заключение из больницы и справку о вашем текущем состоянии.		
3. Принимаете ли вы лекарства регулярно, или регулярно принимали за последние десять лет? Если да, пожалуйста, укажите название лекарства и причину его приема.		
4. Употребляете ли вы алкоголь регулярно, или регулярно употребляли в прошлом? Если да, укажите, какие напитки и как часто вы употребляете.		
5. Употребляете ли вы наркотики или употребляли их в прошлом?		
6. Выкуриваете ли вы БОЛЬШЕ 20 сигарет в день?		
7. Вы худели больше чем на 5 кг за последние 12 месяцев (без диеты)? Если да, укажите подробности		
8. Сдавали ли вы какие-либо лабораторные анализы – например, анализ крови или мочи (с патологическими результатами) или любые медицинские анализы, в т.ч. катетеризацию, ультразвуковую кардиографию, эндоскопию, инвазивные исследования для обнаружения рака, биопсию, ЭКГ, рентгеноскопические или ультразвуковые исследования, КТ, МРТ? Если да, укажите причину, дату и результат.		
9. Есть ли у вас сейчас или была в прошлом полная или частичная нетрудоспособность?		
10. Вы являетесь инвалидом?		
11. Пользуетесь ли вы медицинскими приборами любого типа?		
12. Есть ли у вас любые врожденные дефекты?		
13. Есть ли у вас любые аутоиммунные заболевания, в т.ч. волчанка?		
14. Ожидаете ли вы какое-либо медицинское лечение или госпитализацию?		
15. Являетесь ли вы носителем вируса ВИЧ и(или) антител к нему?		
16. Гинекология (только для женщин):		
А. Вы беременны?		
В. Есть ли у вас или имелись ли у вас в прошлом гинекологические нарушения, например: нарушение менструального цикла, бесплодие, патологические кровотечения, заболевания матки, яичников, патологические результаты гинекологических анализов (например, мазок из шейки матки) или любые другие гинекологические нарушения?		
С. Есть ли у вас какие-либо заболевания или уплотнения молочных желез?		
Д. Вам делали кесарево сечение?		

Есть ли или были у вас любые перечисленные ниже заболевания или нарушения?	ДА	НЕТ
17. Неврологические расстройства – в том числе, головокружение, головные боли, мигрень, обморок, паралич, эпилепсия, расстройство памяти, сенсорные нарушения, дегенеративные заболевания, нарушения мозгового кровообращения, внутримозговое кровоизлияние, сердечно-сосудистая катастрофа, потеря равновесия, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, слабоумие, деменция, рассеянный склероз.		
18. Психические расстройства – расстройства любого типа или попытка суицида		

19.	Аллергии – Подробно опишите аллергию и лечение		
20.	Респираторные нарушения – в том числе, астма, туберкулез, рецидивирующая пневмония, муковисцидоз, бронхит, эмфизема, рецидивирующая инфекция дыхательных путей, ХОБЛ, пневмоторакс		
21.	Заболевания сердца и нарушения кровяного давления – в том числе, стенокардия, сердечный приступ, аритмия, заболевания сердечного клапана, врожденный порок сердца, панкардит, сердечная недостаточность, высокое кровяное давление или колебания кровяного давления		
22.	Сердечно-сосудистые нарушения – в том числе, гиперкоагуляция, тромбоз глубоких вен, варикозное расширение вен, сердечно-сосудистое заболевание, заболевание периферических сосудов		
23.	Система пищеварения – в том числе, кишечные расстройства (язва желудка или двенадцатиперстной кишки), изжога, инфекции кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, кровотечение из желудочно-кишечного тракта, геморрой, поражение аноректальной области, заболевания печени, желтуха, инфекция желчного пузыря, желчно-каменная болезнь, заболевания пищевода, инфекции поджелудочной железы		
24.	Грыжи любого вида, в том числе послеоперационная грыжа		
25.	Инфекции почек и мочевыводящих путей – в том числе, камни в почках, инфекции или непроходимость почек или мочевыводящих путей, кровь или белок в моче, хроническая почечная недостаточность, киста почки, заболевания предстательной железы		
26.	Суставы и кости – в том числе, артрит, подагра, заболевания спины, позвоночника, колен и других суставов, хирургическое лечение переломов, заболевания костей		
27.	Обмен веществ и иммунная система – в том числе, диабет, заболевания щитовидной железы, надпочечной железы, гипопаратиреоз, лимфатических узлов, слюнной железы или других желез, гиперлипидемия, болезнь крови или тромбообразование, анемия		
28.	Злокачественные заболевания (рак) – в том числе, злокачественные или предраковые опухоли или предраковые заболевания. Укажите тип и дату диагностики и лечения.		
29.	Дерматология и венерология – в том числе, кожные новообразования, псориаз, герпес, сифилис, бородавки, папилломы / кондиломы		
30.	Нарушения зрения и глазные болезни – в том числе, катаракта, косоглазие, слепота, патологии роговицы или сетчатки, искажение зрения, астигматизм, глаукома		
31.	ЛОР – в том числе, рецидивирующие инфекции, риносинусит, полипы, тонзиллит, нарушения слуха, апноэ во сне, храп		

Пожалуйста, приведите подробное описание к вопросам, на которые вы ответили «ДА». Если не хватит места, продолжите на другом листе и приложите любые медицинские документы.

Дата и подпись	Имя застрахованного лица	Подпись застрахованного лица

Информация для заявителя

- В соответствии с условиями полиса, полис можно продлить в течение 90 дней с момента истечения срока его действия, с выплатой премии за период с момента истечения срока действия полиса до начала продления (такую оплату вносит застрахованное лицо или страхователь) на время вашего пребывания в Израиле в качестве иностранного работника. По истечении 90 дней с момента истечения срока действия полиса потребуются заново пройти процедуру принятия на медицинское страхование.
- Если у вас есть любая инвалидность в значении, предусмотренном Законом о равных правах для инвалидов 1988 года, т.е. любая физическая недееспособность, психическое или когнитивное нарушение, постоянное или временное, которая сильно ограничивает вашу способность выполнять типичные повседневные действия, уведомите об этом страхового агента, чьи данные указаны в этом бланке.

Заявление заявителя

- Настоящим заявляю, соглашаюсь и обязуюсь, что:** (1) Все ответы верны, полны и даны мною добровольно. (2) Ответы в заявлении о состоянии здоровья и любая другая информация, предоставленная страховщику, вместе со стандартными условиями страховщика в этом отношении, являются фундаментальным условием для договора страхования между мной и страховщиком, и неотъемлемой частью договора страхования. (3) Страховщик по своему усмотрению решает, принять или отклонить настоящую заявку, и не обязан обосновывать свое решение. Мне известно, что договор страхования вступает в силу только после того, как страховщик письменно подтвердит свое согласие, и после полной выплаты первой премии.
- Мне известно, что в соответствии с настоящим полисом, страховщик освобождается от оказания любых услуг в связи с любыми нарушениями, врожденными дефектами или наследственным заболеваниями и(или) нарушениями и(или) заболеваниями и(или) болезнями и их влиянием, с лечением или без лечения, прямо или косвенно вытекающими из и(или) ухудшившимися в силу любых нарушений, имевшихся у меня до оформления полиса страхования, с соблюдением положений Указа об иностранной рабочей силе и условий и положений полиса.
- Настоящим заявляю, что никакие другие страховые компании не отказывались страховать меня.

4. Подтверждаю, что я получил касающуюся страхования информацию, в том числе описание основного покрытия, страховой премии, страхового периода, основных страховых сумм и лимитов ответственности, а также возможности получения полного текста полиса.
5. Оформляя настоящий полис, вы разрешаете вашему страховому агенту подавать и получать за вас / от вашего имени любые уведомления и(или) документы, связанные с процессом принятия на страхование и оформления настоящего полиса.
6. Я согласен на то, чтобы страховой полис мне прислал страховой агент, чьи данные указаны в этом бланке.
7. **Отказ от врачебной тайны**
Я, нижеподписавшийся, настоящим разрешаю любым организациям медицинского обслуживания и(или) медицинским учреждениям, а также любым врачам, больницам и другим медицинским учреждениям и(или) любым страховым компаниям и(или) учреждениям и(или) организациям предоставлять компании Ayalon Insurance Company Ltd. (далее – «страховая компания») всю информацию без исключения, и в том формате, какой потребует страховая компания, касающуюся состояния моего здоровья и(или) любых болезней или нарушений здоровья, которые влияли на меня в прошлом, влияют в настоящем или могут повлиять в будущем. Также настоящим я освобождаю вас и страховую компанию от обязанности хранить врачебную тайну. Настоящий отказ накладывает обязательства на меня, на моих наследников, законных представителей и на любых замещающих их лиц.
- Если вы желаете получить полный текст полиса и(или) любую другую информацию, касающуюся процесса принятия на страхование и оформления настоящего полиса, напрямую от страховой компании, обращайтесь к нам в любое время.

Дата подписания	Имя заявителя	Подпись заявителя 
-----------------	---------------	--