



Top Tourists - Proposal for Health Insurance

הצעה לביטוח תיירים 2/2019

All questions must be answered clearly and fully.
Do not use lines or symbols instead of words.
The form is for both men and women.

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים
או בסימנים במקום מילים.
הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

You must provide full and honest answers to every essential matter you
are asked about, and not doing so may have an impact on the payment
of insurance benefits

עלך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן
יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

Name of agent.	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
Company/collective Name.	שם החברה/קולקטיב	Private company no.	מספר הסוכן בפוליסה / פרמיה ליום
		agreement no in collective policy / payment per day	מס' ח.פ.

A. Insurance Candidate details א. פרטי המועמד לביטוח

First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה	Passport no.	מס' דרכון
Citizenship	אזרחות	Date of birth	תאריך לידה	Date of entry to Israel	תאריך כניסה לישראל
		Gender / מין			Male / זכר <input type="radio"/> Female / נקבה <input type="radio"/>
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
		street	רחוב		כתובת:
E-mail for personal notifications and mailings	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון

B. Insurance period requested ב. תקופת ביטוח מבוקשת

To	עד לתאריך	From	מתאריך
* Note: The requested date does not bind the Company; the effective starting date of the insurance is as noted on the Insurance Details Page.		* לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.	

C. Health declaration ג. הצהרת בריאות

for the sake of convenience this declaration is written in the masculine form, but it is intended for both sexes. Please answer all the following questions.
in the "Yes" or "No" column For each question place a check mark ✓ and if the finding is positive, note the question number and the details in the "Details of positive findings" line.
(למען הפשטות מנוסחת הצהרה זו בלשון זכר, אך היא מכוונת לבני שני המינים).
נא לענות על כל השאלות שלהלן.
לכל שאלה יש לסמן ✓ בתשובה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, רשום בשורת "פירוט הממצאים החיוביים" או מספר השאלה ואת הפירוט.

General questions on the medical state		לא NO	כן YES	שאלות כלליות על מצב רפואי
1.	Height _____ meters, Weight _____ kg			גובה _____ מ', משקל _____ ק"ג
2.	Diagnostic tests: Have you undergone in the course of the last 10 years or have you been given a recommendation to undergo one or more of the following tests: catheterization, a cardiac scan, echocardiogram, MRI, CT, endoscopy, colonoscopy, gastroscopytests for detection of a cancerous tumor, biopsy and occult blood? If yes, please state the type of test, time, results of the test and the reason for performing it			בדיקות אבחנתיות: האם עברת ב-10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מהבדיקות: צינטור, מיופי לב, אקו לב, MRI, CT, אנדוסקופיה, קולונוסקופיה, גסטרוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע

שאלות על מחלות האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?
Questions about diseases Were you ever diagnosed with the diseases and/or disorders and/or medical problems listed below?

3.	The nervous system and the brain Multiple sclerosis, muscular dystrophy, paralysis, spasms (epilepsy), T.I.A, stroke, brain hemorrhage (c.v.a), tremor, ataxia, Parkinson.			מערכת עצבים והמוח טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, התכווצויות (אפילפסיה), T.I.A, אירועי מוחי, שטף דם במוח (C.V.A), רעד, הפרעות בשיווי משקל, פרקינסון.
4.	Diagnosed mental disorders and attempted suicide			הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות
5.	Respiratory system Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Cystic Fibrosis, tuberculosis, hemoptysis, repeat respiratory tract infections.			דרכי נשימה מחלת ריאות חסימתית כרונית COPD, סיסטיק פיברוזיס, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.
6.	Kidney/Renal failure , renal cysts, renal dysfunction, Prostate.			אי ספיקת כליות , ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליתי, בלוטת הערמונית
7.	Malignant diseases, malignant or precancerous tumor/s, polyps Detail the type and method of treatment _____ Enclose reports and pathology			מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול _____ יש לצרף דוחות ופתולוגיה
8.	Infectious diseases, autoimmune diseases, polio, venereal diseases and AIDS/ HIV. Enclose medical documents			מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידיס/ HIV. יש לצרף מסמכים רפואיים

Details of positive findings	פירוט ממצאים חיוביים

לתשומת לבך, הפוליסה הנ"ל אינה מכסה מקרה ביטוח הנובע ממצב רפואי קיים.
For your information – the policy does not provide coverage for due to aevent resulting a pre-existing medical conditio

Signature of the Insurance Candidate	חתימה	Insurance Candidate name	שם המועמד לביטוח	Date	תאריך
	X				

D. Payment by credit card תשלום באמצעות כרטיס אשראי

ניתן לשלם בשני תשלומים לתקופת ביטוח העולה על 90 יום, אם לא צויין מס' תשלומים, ייגבה בתשלום אחד. מס' תשלומים _____.

Payment can be made in two installments for a period exceeding 90 days. Payments No. _____.

Insurance applicant personal details פרטי המועמד לביטוח

First Name שם פרטי	Last name שם משפחה	Passport No. מס' דרכון
--------------------	--------------------	------------------------

Provision of credit card holder פרטי המשלם

ID number מס' ת.ז.	First Name שם פרטי	Last name שם משפחה
--------------------	--------------------	--------------------

Zip code מיקוד	Town עיר	House no מס' בית	street רחוב
----------------	----------	------------------	-------------

Exp. date בתוקף עד (חודש ושנה)	card no. מספר כרטיס אשראי
--------------------------------	---------------------------

Cellphone No. מס' טלפון נייד	Email דוא"ל
------------------------------	-------------

לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את החזרם לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מהפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיופנק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

For your information, the means of payment will be used to pay the insurance fees for all those insured under the policy. The amounts and dates of charges will be according to the Company's determination, according to the terms of payment of the insurance policy and the changes made to them from time to time. This Authorization also be valid for charging a card that will be issued and will carry another number, as an alternative to a card whose number is indicated on this form.

_____ X
Signature of the credit card holder / תחיתת בעל הכרטיס אשראי **Date / תאריך**

E. Receipt of all the information in the Policy ה. אישור המועמד לביטוח לפעילות סוכן

I hereby permit my insurance agent for the Policy, Mr/Ms _____, to handle on my behalf and for me all matters related to this claim, including submitting to Menora and receiving from Menora on my behalf and for me all correspondence and/or documents, related to a claim, and to serve as my representative for all intents and purposes related to this claim.

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מ/גב' _____, לטפל בשמי ועבורי לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובללא זאת להגיש ל"מנורה" ולקבל מ"מנורה" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

_____ X
Signature of the Insured תחיתת המועמד לביטוח

F. Applicant / insurance candidate declaration ו. הצהרת המבקש/ המועמד לביטוח

I the undersigned, the insurance candidate, hereby request the insurer to insured the insurance candidate pursuant to the details in this form (hereinafter: "the Proposal").

אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: "ההצעה").

I hereby represent, agree and undertake that:

אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:

- All of the answers specified in the proposal and/or in the health declaration are correct and complete, and I did not conceal from the insurer anything that may affect the insurer's decision to accept the insurance proposal.
- The answers specified in the proposal and any other information in writing to be given to the insurer by me, as well as the insurer's customary terms in this matter, shall serve as the terms of the insurance contract between me and the insurer and shall constitute an integral part thereof.
- I hereby confirm and agree that the acceptance or rejection of my proposal is at the sole discretion of the insurer and it is entitled to decide whether to accept or reject the proposal subject to the law.
- I agree that the insurance policy of the insurance plans requested in this proposal be delivered to me by means of the agent whose details appear at the beginning of this proposal.
- If you wish to receive the policy and/or the information in the framework. of the underwriting procedure and the procedure of joining this policy directly, as well, you may contact menora at any time by phoning menora 03-7107460

אני מצהיר ומסכים בזה כי קיבולת או דחייתה של הצעת זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדיון. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכנית הביטוח המבוקשת בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביולתך לפנות למנורה בכל עת בטלפון מס' 03-7107460.

G. Waiver of medical confidentiality ז. ויתור כל סודיות רפואית

I, the undersigned, hereby permit the medical institution and/or your employees and/or any person working on your behalf or as your agent, to provide Menora Mivtachim Insurance Ltd. (hereinafter: the "Requester") with all details, with no exception, regarding my medical condition and/or any disease from which I suffered in the past and/or from which I suffer at present, including information on psychiatric or other mental therapy that I underwent, in the manner requested by the Requester, and I hereby release you and/or your employees and/or any person working on your behalf or as your agent from the duty of medical confidentiality on all matters related to my medical condition and/or diseases as foregoing, and I waive such confidentiality with respect to the Requester, and shall have no claim or demand against you in connection to the foregoing, including claims by virtue of the Privacy Protection Law and/or the Patient's Rights Law regarding medical confidentiality and/or any other law..

אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

H. Information for the Insurance Candidate ח. מידע למועמד לביטוח

Insofar as you are a person with disabilities, as defined in the Equal Rights for Persons with Disabilities Law, 5748 - 1998, that is, "a person with a physical, mental or intellectual, including cognitive impairment, whether permanent or temporary, which significantly limits his functioning in one or more of the central spheres of life," please notify us of this through your insurance agent, whose details appear at the beginning of this proposal.

ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבלת תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.

I confirm that I have read and understood the contents of this proposal, including the representations therein. **אני מאשר כי קראתי והבנתי את האמור בהצעה זו, לרבות ההצהרות המופיעות בה.**

signature for the Insurance Candidate תחיתת המועמד לביטוח

Signature חתימה	Passport no. מס' דרכון	Insurance Candidate name שם המועמד לביטוח	Date תאריך
-----------------	------------------------	---	------------

X