



Meno Medic Top - Proposal for Health Insurance

הצעה לביטוח עובדים זרים

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

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

חובה לבחור אחת מבין האפשרויות הבאות : please select accordingly

a new candidate / חדש

renewal/extension / חידוש ברצף/ הארכת תקופת ביטוח

(in this case there is no need to fulfill a Health declaration - במקרה זה אין צורך למלא הצהרת בריאות)

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

A. Details of policyholder / present employer פרטי בעל הפוליסה/המעסיק הנוכחי

ID number	מס' ת.ז.	First Name	שם פרטי	Last Name	שם משפחה
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
E-mail for receipt of notices, information and mailings		Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון

B. Insurance Candidate details ב. פרטי המועמד לביטוח

First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה	Passport no.	מס' דרכון
Country of origin	ארץ מוצא	Date of birth	תאריך לידה	First date of insurance	תאריך ראשון שבוטחת
Gender / מין	<input type="radio"/> Male / זכר <input type="radio"/> Female / נקבה				
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
E-mail for personal notifications and mailings	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון
* I am aware and I agree that if I do not fill in an *address, the address of the employer will serve the Company for sending notices and/or documents in any matter related to insurance.			* ידוע לי ואני מסכים לכך שכל שלא אמלא כתובת - כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים.		

C. Insurance period requested ג. 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.	

D. Please select The Insurance candidate's occupation ד. בחר את העיסוק של המועמד לביטוח

Other industry / אחר
 Construction / בניין
 Agriculture / חקלאות
 Nursing care / סיעוד

E. Details of previous insurance policies ה. פרטי ביטוח קודמים

Have you ever been insured by Menora Mivtahim company or any other company? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	האם היית מבוטח בחברת מנורה מבטחים או בחברת ביטוח אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן						
If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:	אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:						
Insurance period	תקופת ביטוח	Company name.	שם החברה	Policy no.	מס' פוליסה	Member ship no.	מס' חבר
To	עד לתאריך	From	מתאריך				

F. Payment by credit card**1. תשלום באמצעות כרטיס אשראי**

ניתן לשלם בתשלומים בהתאם לתקופת הביטוח המבוקשת, אם לא צויין מס' תשלומים, ייגבה בתשלום אחד.
You can pay in several installments according to the insurance period

6 חודשים - עד 4 תשלומים. מס' תשלומים _____ Payments No. _____ up to 4.
12 חודשים - עד 10 תשלומים. מס' תשלומים _____ Payments No. _____ up to 10.

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
-----------	----------	------------	---------	-----------	----------

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

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 ההחזר 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 שיונפק 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
חתימת בעל הכרטיס אשראי / Signature of the credit card holder

_____ Date / תאריך

Signature of the employer**חתימת המעסיק**

The insured signed this Proposal Form after its content had been explained to him in a language he understands.

טופס הצעה זה נחתם בידי המועמד לביטוח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

_____ x
חותמת וחתימת המעסיק / Stamp & signature of the employer

_____ שם המעסיק / Name of the employer

_____ Date / תאריך

G. Health declaration

ז. 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.

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

General questions on the medical state		לא	כן	שאלות כלליות על מצב רפואי
		NO	YES	
1.	Height _____ meters Weight _____ kg			גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג
2.	Has there been any change in your weight (5 kg and more) in the course of the last twelve months (not as a result of a diet)?			האם חל שינוי במשקל (5 ק"ג ומעלה) במהלך 12 החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?
3.	Do you now, or did you in the past, consume alcohol – more than one glass a day of beer/ wine or another alcoholic beverage?			האם אתה צורך אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה / יין או משקה אלכוהולי אחר?
4.	Do you smoke or have you smoked in the past? ○ Today ○ In the past, When did you stop? _____			האם אתה מעשן או עישנת בעבר ? ○ כיום ○ בעבר מתי הפסקת? _____ כמות ותדירות
5.	Do you now, or have you in the past, consumed Drugs?			האם צרכת סמים בהווה או בעבר?
6.	Did you undergo surgery in the course of the last 10 years or was surgery recommended to you?			האם עברת ב- 10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?
7.	Were you hospitalized in the course of the last 10 years at a hospital or a medical institution? Which one, when, the reason _____ Enclose medical summary and updated information			האם אושפדת ב- 10- השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איזה, מתי, סיבה _____ צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני
8.	Do you regularly take medication for a chronic condition? Detail the name of the medication and the reason for taking it			האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.
9.	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, tests 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 מבדיקות: צינטור, מפיפי לב, אקו לב, MRI, CT, אנדוסקופיה, בדיקות ביליון גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע

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

10.	Heart and blood Heart disease, angina pectoris, myocardial infarction, arrhythmias, heart valve problems, congenital heart disease, cardiomyopathy or pericardial disorders. High blood pressure, blood vessel, blood clots, varicose roses, circulation problems, narrowing of the arteries.			מערכת לב ודם מחלת לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), אוטם שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. יתר לחץ דם, כלי דם, קרישי דם, דליות בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים.
11.	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 מוח, שטף דם במוח (C.V.A), רעד, הפרעות בשיווי משקל, פרקינסון.
12.	Diagnosed mental disorders and attempted suicide			הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות
13.	Respiratory system Asthma, chronic bronchitis, emphysema, tuberculosis, hemoptysis, repeat respiratory tract infections.			דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.
14.	Gastrointestinal tract and liver Ulcer (gastric or duodenal ulcers), heartburn, chronic inflammatory intestinal infection, gastrointestinal bleeding, hemorrhoids, rectal problems, chronic liver disease, hepatitis, gallstones, pancreatitis, hepatitis (viral or otherwise).			דרכי העיכול והכבד אולקוס (כיב קיבה או תרסריון), צרבת, מחלת מעיים דלקתית כרונית, דימום במערכת העיכול, טחורים, בעיות בפי הטבעת, מחלת כבד כרונית, צהבת, אבני מרה, דלקת בלבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת)
15.	Kidneys and urinary tract Kidney stones, kidney infections, urinary tract defects, blood or protein in the urine, renal cysts, renal dysfunction, Prostate.			כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליתי, בלוטת הערמונית
16.	Metabolic and endocrine diseases Diabetes, thyroid disorder, adrenal disorder, kidney cysts, pituitary and other glands, high blood lipids (cholesterol, triglycerides).			מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יתרת הכליה, ציסטות בכליה, יתרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים).
17.	Dermatology and Venereology Syphilis, herpes, skin tumors, moles, warts and/or infertility and/or fertility problems.			עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פרוין
18.	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
19.	Infectious diseases, autoimmune diseases, polio, venereal diseases and AIDS/ HIV. Enclose medical documents			מחלות זיהומיות, מחלות אוטואימוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV. יש לצרף מסמכים רפואיים
20.	Joints and bones - arthritis, rheumatism (Galt), neck or back pain, herniated disc, dislocation of shoulder, knee, bone disease.			פרקים ועצמות דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם.
21.	Eyes - cataract, glaucoma, strabismus, blindness, retinal disease, cornea disease, visual disturbances, diopter number.			עיניים קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר.
22.	Otolaryngology (nose/ ear/ throat) - ear recurrent or throat infections, sinusitis, hearing disorders, sleep apnea syndrome.			אף אוזן גרון דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה.
23.	Hernia (hernia break) - of the abdominal wall, groin, surgical scars, navel and solar plexus. Medical documents must be enclosed			בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים
24.	For women only: Do you suffer or have you suffered from any women's illnesses: irregular menstruation, fertility problems, bleeding and breast cysts, problems in the uterus and ovaries, irregular findings in a gynecological exam (such as PAP)? Are you pregnant? What is the number of fetuses? _____ Have you suffered from any problems in previous pregnancies or in the current pregnancy? Have you given birth by a Caesarean Section?			לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים: אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דימומים וגושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גינקולוגית (כגון PAP) האם את בהריון? מה מספר העוברים? _____ האם סבלת מבעיות בהריונות או בהריון הנוכחי? האם ילדת בביתחם קיסרי?

Details of positive findings		פירוט ממצאים חיוביים	
Signature of the Insurance Candidate	חתימה	Insurance Candidate name	שם המועמד לביטוח
	X		Date
			תאריך

H. Receipt of all the information in the Policy		ח. 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. Signature of the Insured X _____		הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל 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. חתימת המועמד לביטוח X _____	
I. Applicant / insurance candidate declaration		ט. הצהרת המבקש/ המועמד לביטוח	
I the undersigned, the insurance candidate, hereby request the insurer to insure the insurance candidate pursuant to the details in this form (hereinafter: "the Proposal"). I hereby represent, agree and undertake that: <ol style="list-style-type: none"> 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 החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: "ההצעה") אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי: <ol style="list-style-type: none"> כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח בני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדית של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. מידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות למנורה בכל עת בטלפון מס' 03-7107460. 	
J. Waiver of medical confidentiality		י. 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 מחלותי כן"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה 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.	
K. Information for the Insurance Candidate		יא. מידע למועמד לביטוח	
<ol style="list-style-type: none"> According to the terms of the Policy, in the period of 90 days from the date of termination of the insurance period, it is possible to extend the insurance period continuously, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and extension of the insurance, provided that you continue to work as a foreign worker. After the passage of 90 days from the date of termination of the insurance period, new inclusion in the Policy will involve an underwriting procedure. 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. 		<ol style="list-style-type: none"> בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח ניתן להאריך את תקופת הביטוח ברצף, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין התקופה שבין סיום תקופת הביטוח לבין הארכת הביטוח וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום. 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 מוגבל 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		חתימת המועמד לביטוח	
Signature	חתימה	Passport no.	מס' דרכון
	X		
Insurance Candidate name	שם המועמד לביטוח	Date	תאריך