

מקترح تأمين

Meno Medic Top

הצעה לביטוח

1. (البيانات الشخصية للشخص المرشح للتأمين 1
(يجب تعبئة جميع الخانات)

1. פרטי המועמדים לביטוח
(חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים)

שם המעסיק _____ ת"ז של המעסיק _____

اسم صاحب العمل _____ رقم هوية صاحب العمل _____

כתובת המעסיק: عنوان صاحب العمل: _____

شارع	رقم	المدينة	رمز بريدي	هاتف
רחוב	מספר	עיר	מיקוד	טלפון

INSURANCE PROPOSAL FORM FOR نموذج مقترح تأمين لحضرة	
A foreign person who has been issued an officially approved Israeli work permit <input type="checkbox"/> شخص أجنبي حصل رسمياً على تصريح للعمل في إسرائيل	
A tourist <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> سائح <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Unauthorized foreign worker in Israel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> عامل أجنبي بدون تصريح في إسرائيل	
TYPE OF PROPOSAL نوع المقترح	
First policy <input type="checkbox"/> بوليصة أولى	
Extension of Policy number <input type="checkbox"/> تمديد لبوليصة رقم	
Insurrance Policy, for the period I, the undersigned, request that I and members of my family (listed below) will be insured within the Meno - Medic Top أنا الموقع أدناه أطلب الحصول أنا وأفراد أسرتي (المذكورين أدناه) على تغطية تأمينية ضمن بوليصة مينو-ميديك توب لفترة	
من: (يوم/شهر/سنة) ____ / ____ / ____ From: (DD/MM/YY) ____ / ____ / ____ حتى: (يوم/شهر/سنة) ____ / ____ / ____ To: (DD/MM/YY) ____ / ____ / ____	
Insured's last name اسم عائلة المؤمن	First name الاسم الأول
Birth date تاريخ التولد	Country of citizenship بلد الأصل
Passport number رقم جواز السفر	DD/MM/YY (يوم/شهر/سنة)
Insured's Home address عنوان المؤمن في البيت	
Street شارع	Number رقم
state(province) الولاية (المحافظة)	city المدينة
code كود	country phone رقم الهاتف في بلد الأصل
Insured's Address in Israel عنوان المؤمن في إسرائيل	
city المدينة	code phone كود الهاتف
Street شارع	Number رقم

האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? כן לא
 תקופת הביטוח _____
 הסיבות לאי חידוש הביטוח _____

هل تم التأمين عليك سابقاً بتأمين صحي في إسرائيل؟ نعم لا
 فترة التأمين _____
 أسباب عدم تجديد التأمين _____

האם אתה מעשן? כן לא

هل تدخن؟ نعم لا

2. הצהרת בריאות (למען הפשטות מנסחת 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 ממצאים
 חיוביים" את מספר השאלה ואת הפירוט

2. **תסריח صحي** (לقد تم تصميم هذا التصريح بلسان الذكر من باب التسهيل، غير
 أنه يخاطب بني الجنسين). الرجاء الإجابة عن كل الأسئلة أدناه. الرجاء وضع إشارة في
 الخانة المرافقة لكلمة "نعم" أو "لا". وإذا كانت النتيجة إيجابية، فاكتب في سطر "شرح
 النتائج الإيجابية" رقم السؤال والش

שאלות כלליות	לא	כן	נعم	נعم أسئلة عامة
גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג _____				1. الطول _____ متر الوزن _____ كغم
האם חל שינוי במשקלך במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?				2. هل تغير وزنك خلال الاثني عشر شهر الأخيرة (ليس بسبب حمية لتخفيف الوزن)?
האם אתה בעבר/הווה צורך אלכוהול או צורך סמים?				3. هل تتعاطى أو تعاطيت في السابق المشروبات الكحولية أو المخدرات?
האם אתה סובל או סבלת בעבר ממחלה כלשהי, פציעה או נזק מתאונה? האם עברת אי פעם ניתוח כלשהו? האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז או בניתוח כלשהו בעתיד?				4. هل تعاني الآن أو عانيت في السابق من أي مرض أو إصابة أو ضرر من حادث? هل خضعت مرة لعملية جراحية? هل تعلم بلزوم الخضوع لفحوصات داخلية أو الدخول إلى المستشفى أو الخضوع لعملية جراحية في المستقبل
האם אושפזת אי פעם בבית חולים או במסוד? (איזה, מת, סיבה). צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני.				5. هل مكثت مرة مستشفى أو مؤسسة؟ (ما اسمه. متى. السبب). أرفق تقرير إجمالي لحالة المرض ومعلومات محدثة
האם אתה נמצא בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית?				6. هل تتلقى حاليا أي علاج طبي أو تخضع للمراقبة الطبية?
האם אתה לוקח או לקחת איזושהי תרופה באופן קבוע או זמני?				7. هل تتعاطى/تتعاطين أي دواء بشكل دائم أو مؤقت?

8.	הל צבעת או تم نصحك بالخصوع لفحوصات: قسطرة: تخليط للقلب. فحص صدى القلب. فحص MRI أو C.T. أو تنظير داخلي أو فحص للكشف عن ورم خبيث أو فحص خاص غيرها (إذا كان الجواب "نعم" فاشرح نوع الفحص)		האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, C.T., אנדוסקופיה, בדיקות ליליו גידול מסאיר או בדיקה מיוחדת אחרת (אם כן, פרט את סוג הבדיקה)
9.	هل عانيت أو تعاني من خلل خلقي أو مرض وراثي أو إعاقة؟		האם אתה סובל או סבלת ממום מלידה, מחלה תורשתית או נכות?
10.	هل شعرت مؤخرًا بتغيير نحو الأسوأ في حالتك الصحية؟		האם חשת לאחרונה בשינוי לרעה במצב בריאותך?
11.	هل تعاني حاليًا من أي مرض أو هل تعلم بأن لديك اضطراب صحي أو هل تتلقى أو تلقيت علاج أو أدوية؟ اشرحها. بما فيه الجرعات الدوائية ومدة العلاج.		האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש לך הפרעה בריאותית כלשהי והאם קיבלת או אתה מקבל טיפול או תרופות? פרט כולל מינון ומשך טיפול.
12.	هل تلقيت مرة بلاغًا من بنك الدم في أعقاب تبرعك بالدم؟		אם אי פעם קיבלת הודעה מبنק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?
13.	هل تواجه إعاقة أثناء القيام بواحدة من المهمات التالية: النهوض. خلع الملابس. الاستلقاء. ارتداء الملابس. الاستحمام. حلاقة الوجه. الأكل والشرب. التحكم بالعناظ. المشي. الأداء وإتمام الأشغال المنزلية الاعتيادية؟		האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, להתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסגורים, ללכת, לתפקד ולקיים את מטלות משק הבית
14.	هل تستحق و/أو هل تفيض معاش للرعاية التمريضية من التأمين الوطني؟		האם אתה זכאי ו/או מקבל גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי
15.	هل عانيت أو تعاني اليوم من فقدان القدرة على العمل بشكل جزئي أو كامل؟		האם סבלת או אתה סובל מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא
16.	تاريخ العائلة (الوالدين. الأبناء. الأخوة. الأخوات. الأعمام والأخوال. العمات والخالات): هل عانوا من أمراض قلب.سكري. جلطة دماغية. كلى. سرطان أو أي أمراض خطيرة أخرى؟		תולדות המשפחה (הורים, ילדים, אחים, אחיות, דודים, דודות): האם סבלו ממחלות לב, סכרת, שבץ מוחי, כליות, סרטן, מחלות קשות אחרות
17.	للسساء فقط: هل تعانيين الآن أو أصبت من قبل من أمراض نسائية مثل عدم انتظام الدورة الشهرية. مشاكل في الإحجام. نزيف وأورام في الثديين. مشاكل في الرحم والمبايض. نتائج غير سليمة لفحص نسائي (PAP) أو اضطرابات نسائية أخرى؟ هل أنت حامل وما هو عدد الأجنة؟ هل واجهتك مشاكل في حالات الحمل السابقة أو في الحمل الحالي. هل وضعت مولود بعملية قيصرية؟		לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים כגון אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דמומים וגושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גניקולוגית (כגון PAP) או הפרעות גניקולוגיות אחרות. האם את בהריון מה מספר העוברי? האם סבלת מבעיות בהריונות קודמים או בהריון הנוכחי האם ילדת בניתוח קיסרי
שאלות על מחלות האם אי פעם חלית במחלות או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן:		Yes נעם	No לא
18.	القلب والأوعية الدموية مرض قلب. أوجاع في الصدر. ضيق التنفس. نبض القلب. انقباض في الصدر (ذبحة صدرية). احتشاء عضلة القلب. اضطراب النض, مشكلة في صمام القلب. مرض قلبي خلقي. مرض في عضلة القلب أو غشاء القلب. ب. فرط ضغط الدم. ج. الأوعية الدموية. أوجاع أرجل أثناء المشي. خثرات دموية. دوالي العروق. اضطرابات في الدورة الدموية. تصلب الشرايين.		לב וכלי דם א. מחלת לב, כאבים בחזה, קוצר נשימה, דפיקות לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), אוטם שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. ב. יתר לחץ דם. ג. כלי דם, כאבי רגליים בהליכה, קרישי דם, דליות בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים.
19.	الجهاز العصبي دوار (دوخة). أوجاع رأس. إغماء, شلل. تشنج (صَّرع). T.I.A. (سكتة دماغية عابرة). اضطراب الذاكرة. فقدان الشعور. مرض ضموري. سكتة دماغية. نزيف دמוي في الدماغ (C.V.a), رعشة. اضطراب في التوازن. الزهايمر. باركنسون. الإعياء النفسي. خرف شيخوخة.		מערכת עצבים סחרחורת, כאב ראש, התעלפויות, שיתוקים, התכווציות (אפילפסיה), T.I.A., הפרעות בזכרון, אובדן תחושה, מחלה ניורית, אירוע מוחי, שטף דם במוח (C.V.a), רעד, הפרעות בשינוי משקל, אלצהיימר, פרקינסון, תשישות נפש, דימנציה סנילית.
20.	اضطرابات نفسانية أمراض نفسانية. يأس. انقاص الشخصية. هوس. ميل لتدمير الذات.		הפרעות נפשיות מחלת נפש, דיכאון, סכיזופרניה, חרדה, ניסיון אובדני.
21.	قنوات التنفس أستما. التهاب القصبات الهوائية. نفاخ رئوي. سل. نفث الدم. عدوى متكررة في القنوات التنفسية.		דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזימה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.
22.	الجهاز الهضمي والكبد قرحة (تقرح المعدة أو الاثني عشري). حرقة. مرض أمعاء التهابي مزمن. نزيف في الجهاز الهضمي. يواسير. مشاكل في فتحة الشرج. مرض كبدي مزمن. الصففر. حصى المرارة. التهاب في البنكرياس. التهاب الكبد (الفيروسي أو غيره).		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).
23.	الكلى والمسالك البولية حصى الكلى. التهاب في الكلى. تشوهات في المسالك البولية. دم أو بروتين في البول. حويصلات في الكلى. تضمر عمل الكلية. تضمر عمل الكلى. الغدة الكظرية (بروستاتا).		כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליתי, בלוטת הערמונית (פרוסטטה).
24.	أمراض الغدد الصماء واستقلاب المواد في الجسم مرض السكري. اضطراب الغدة الدرقية. الكظفر. حويصلات في الكلية. الغدة النخامية وغدد غيرها. دهون عالية في الدم (كولسترول, شحوم ثلاثية).		מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטת המגן, יתרת הכליה, ציסטות בכליה, יתרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כלוסטרול, טריליצרידים)
25.	أمراض الجلد والأمراض الجنسية الزهري. الحصف (هريس). أورام جلدية. ثلول جلدية. تصلبات جلدية وأو مشاكل عقم وأو مشاكل خصوية.		עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פרוין.
26.	أمراض خبيثة (السرطان والإيدز) ورم.أورام خبيث/ خبيثة أو شبه خبيثة أو إيدز, بما فيه حمل الفيروس. اشرح نوع وموعد وطريقة العلاج		מחלות ממאירות (סרטן ואיידס) גידולים ממאירים או טרום ממאירים או איידס, כולל נשאות, פרט סוג מועד ואופן הטיפול
27.	المفاصل والعظام التهاب المفاصل (أرتيتيس), روماتيزم (غالت). أوجاع في الظهر أو الرقبة. انزلاق غضروفي (ديسك), كتفي. مرض في العظام.		פרקים ועצמות דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרין (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברז, מחלת עצם.
28.	العيون كتاراكات, مياه زرقاء, حؤل. عمى. مرض في الشبكية. مرض في القرنية. اضطراب الرؤية. ديبوتر (رقم قياس الانكسار في العدسات).		עיניים קטרקט, גלאוקומו, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר.

29.	الألثف والأذن والحنجرة التهابات متكررة في الحنجرة والأذنين. التهاب الجيوب الأنفية. اضطرابات في السمع. ظاهرة انقطاع النفس أثناء النوم.		أف أوزن غرون دלקوت غرون أو أوزنيس حذרות، سيناوسيس، הפרעות בשמיעה، תסמונת דום נשימה בשינה.
30.	فتاق - على غشاء البطن. في الفرج. في ندوب العمليات الجراحية. في السرة أو في الحجاب القلبي.		בקע (הרניה שכר) - של דופן הבטן. במשפעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובטרעפת.
31.	اضطرابات صحية أخرى وأو أمراض لم يرد ذكرها أعلاه.		הפרעות כריאות אחרות ו/או מחלות אחרות שלא פורטו לעיל.

פירוט ממצאים חיוביים

شرح النتائج الإيجابية

1. הצהרת המבקש/ים / המועמד/ים לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה מהמבטח לבטח את המועמד/ים לביטוח לפי הרשום בטופס זה (להלן: "ההצעה").

- אני/ו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:**
 - א. ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.
 - ב. התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני/בינו לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או קיבלתי את ההצעה/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.

ידוע לי/לנו כי:

- לא אהיה/נהיה זכאי/ים לשירותי בריאות מפורט בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בניגוד לזמקק/נדקק לשירותי הבריאות, נובע ממצב רפואי שקדם למועד יום תחילת תקופת הביטוח ו/או הפוליסה ו/או קדם למועד הראשון שבו הסדיר בעבורי/בעבורנו מעביד כלשהו בישראל ביטוח רפואי (להלן: "המועד הראשון") ואם נתקיים אחד משני אלה:
 - א. אישרתי/אישרנו כי מקרה הביטוח המהווה הבעיה הרפואית בשלה אני/אנו נזקק/תים לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.
 - ב. רפא אישר על פי הממצאים שלפניו כי הבעיה הרפואית שבשלה אני/ו נזקק/ים המבוטח לשירות נובעת ממצב רפואי קודם. אם שהיתי/נו מחוץ לישראל, לאחר המועד הראשון (להלן: "האהיה"), תקופה או תקופות העולות על 90 ימים רצופים, או על 120 ימים רצופים אם השתהה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד ירוא כמועד הראשון את המועד הראשון לאחר שהשתה שב התייחיי/היינו מבוטח/ים בביטוח רפואי.
- על אף הקבוע בסעיף 1 לעיל, אם חלפו 3 שנים מיום 17.10.2001 או מהמועד הראשון, המאוחר מנורו השניים, לא יחולו לגבי/נו המגבלות שצוינו לעיל.
- בנוסף לא יחולו המגבלות למתן שירות רפואי עקב מצב רפואי קודם, במקרה בו אהיה/נהיה זקוק/ים לשירותי הבריאות שעל פי הפוליסה עקב מצב חירום רפואי: במקרה זה ייתנו לי/לנו שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במהלכה אינני/נניצב במכירה רפואית על מנת לאפשר העברתי/נו להמשיך טיפול בי/בנו מחוץ לישראל, ולמשך תקופה של 30 יום לאחריה בלבד.

2. ויתור על סודיות רפואית

- א. אני/ו החתום/ים מטה משחרר/ים בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ועדירת כלפי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (שתקרא להלן "מנורה").
- ב. הריני/נו חותם/ים בזה רשות לכל הממונים לעיל - כולל הועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל, משרד הביטחון, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה - וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי/נו בעבר או שאני/ו מבוטח/ים בהן בהווה, למסור "למנורה" או לכלי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד - את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי/נו ועל כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר או שאתחלה/תחלה בעתיד, דוחות אשפוז שלי/נו ו/או כרטיסי/נו הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי/נו ו/או אתריו הצטרפתי/נו לתקופת חולי. היתור על סודיות רפואית יהיה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכויות וחובות המוקנות על פי פוליסה זו והמבטח לא יפנה למעסיק לקבלת מידע רפואי אלא במקרה חתם רפואי.
- ג. הריני/ו מאשר/ים לכל חברות הביטוח ו/או המוסדות האחרים להעביר "למנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסיט ביטוח כנדרש על ידה.
- ד. הריני/ו חותם/ים בזה רשות ל"מנורה" להעביר כל מידע רפואי או אישי או אחר לנותני השירותים הרפואיים הקשורים עמה למתן שירותים על פי הפוליסה.
- ה. הריני/ו מצהיר/ים בזה כי לא תהיה לי/לנו כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי הממונים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל "למנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד.
- ו. בקשתי/נו זו יפה לי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיה ו/או עובדיה ו/או מי מטעמם ו/או מנתי השירותים שפורטו לעיל.
- ז. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עובדי/נו, את באי/י כוחי/נו על פי דין ואת כל מי שיובא במקומי/נו.

כתב ויתור זה יחול על ילדי/ינו הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. אני/ו מאשר/ים כי קראתי/נו והנתי/נו את ההצהרות ומסכים איתן לכתוב בהן, כל ההצהרות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאופוטורפוס/ים טבעיים שלהם. ולראיה באתי/נו על החתום:

الاسم الأول واسم العائلة	رقم جواز السفر	التوقيع	التاريخ
--------------------------	----------------	---------	---------

أنا صاحب البوليصه _____ (الاسم الكامل). حامل بطاقة هوية رقم _____

أو وكيل صاحب البوليصه _____ (الاسم الكامل). حامل بطاقة هوية رقم _____

وعنواني شارع _____ رقم _____ المدينة. أتعهد بهذا بدفع رسوم التأمين المطلوبة

من شركة منورا مفتاحيم للتأمين. مرض بمقتضى القانون. الاسم: _____ التوقيع: _____

التاريخ: _____ اسم وكيل التأمين: _____ رقم وكيل التأمين: _____