

Insurance proposal for **Meno Medic Top/ Top Tourists** הצעה לביטוח עובדים זרים/תיירים

A. Details of the insurance candidates

א. פרטי המעומדים לביטוח

(all of the required details must be completed)

(חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים)

שם המעסיק: _____ ת.ז של המעסיק: _____

כתובת המעסיק: _____

רחוב מספר עיר מיקוד טלפון

Employer name: _____ Employer ID: _____

Employer address: _____

Street Number City Zip code Phone

נא סמן את הענף בו הנך מועסק בישראל סיעוד בניה חקלאות אחר פרט: _____
האם הנך בעל רישיון תקף לעסוק בענף הסיעודי בישראל, ו/או היה בידך רישיון לעסוק בענף הסיעודי במהלך 12 החודשים האחרונים, -
לא כן במידה והתשובה חיובית יש לציין את המועד בו קיבלת לראשונה את ההיתר לעסוק בענף הסיעוד _____

Please select the sector in which you are employed in Israel: Nursing Construction Agriculture
 Other detail _____
If you are holding a valid license to practice nursing in Israel, and/or you held a license to practice nursing in the past 12 months, please specify the date on which you received the first permit to practice nursing _____

INSURANCE PROPOSAL FORM FOR A foreign person who has been issued an officially approved Israeli work permit
 A tourist
 Unauthorized foreign worker in Israel

TYPE OF PORPOSAL First policy
 Extension of Policy number _____

I, the undersigned, request that I and members of my family (listed below) will be insured within the Meno Medic Top/ Top Tourists Insurance Policy, for the period
From: (DD/MM/YY) ___/___/___ To: (DD/MM/YY) ___/___/___

Insured's last name	First name	Birth date (DD/MM/YY)	F / M	Country of citizenship	Passport no.
_____	_____	___/___/___	_____	_____	_____

Insured's Home address

Street	Number	State (Province)	City	Code	Country	Phone
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Insured's Address in Israel

Number	State	City	Code	Phone
_____	_____	_____	_____	_____

Have you ever been covered under a health insurance policy in Israel? <input type="radio"/> no <input type="radio"/> yes The insurance period _____ The purpose of the visit: _____ The insurance company _____	האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא תקופת הביטוח _____ מטרת הביקור: _____ חברת הביטוח: _____
--	--

Do you smoke or have you smoked in the past? <input type="radio"/> Today <input type="radio"/> In the past, When did you stop _____	האם אתה מעשן או עישנת בעבר ? <input type="radio"/> כיום <input type="radio"/> בעבר מתי הופסק _____ כמות ותדירות _____
--	--

B. Health declaration (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.

ב. הצהרת בריאות (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	No לא	Yes כן	שאלות כלליות על מצב רפואי
1. Height _____ meters Weight _____ kg.			1. 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)?			2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר 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? Alcohol questionnaire			3. האם אתה צורך אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה /יין או משקה אלכוהולי אחר? שאלון אלכוהול
4. Do you now, or have you in the past, consumed Drugs? Drug questionnaire			4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר? שאלון סמים
5. Did you undergo surgery in the course of the last 10 years or was surgery recommended to you?			5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?
6. 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			6. האם אושפדת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איזה, מתי, סיבה _____ צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני
7. Do you regularly take medication for a chronic condition? Detail the name of the medication and the reason for taking it			7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.
8. Diagnostic tests: <i>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?</i> If yes, please state the type of test, time, results of the test and the reason for performing it			8. בדיקות אבחנתיות: האם עברת ב-10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע אחת או יותר מהבדיקות: צינטור, מפייו לב, אקו לב, CT, MRI, אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע
9. Have you received a notice in the course of the last 10 years from the Blood Bank following an annual blood donation?			9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?
10. Family history: To the best of your knowledge, have any of your relatives (father, mother, siblings) been diagnosed with the following diseases: heart disease, stroke, colon cancer, ovarian cancer, breast cancer, diabetes, polycystic kidney, multiple sclerosis, muscular dystrophy, Huntington's disease, mental illness, Parkinson's disease and Alzheimer's disease. Detail the person and the age when the diagnosis was made			10. היסטוריה משפחתית: האם למיטב ידיעתך בקרב אחד מקרוביך (אב,אם,אחים,אחיות) אובחנו המחלות הבאות: מחלות לב, שבץ מוחי, סרטן המעי הגס, סרטן שחלות, סרטן שד, סכרת, כליות פוליציסטיות, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, מחלת הנטינגטון, מחלות נפשיות, מחלת הפרקינסון ומחלת האלצהיימר. פרט למי וגיל האבחנה
11. Are you limited when performing one of the following actions: standing up, lying down, undressing, getting dressed, bathing, eating and drinking, incontinence,walking?			11. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?
12. Disability and congenital defect – were your awarded disability (currently or in the past) for acongenital or acquired defect, injury, medical reason? Are you in the process of determining percentages of disability and/or you have been awarded disability by the National Insurance Institute and/or you are currently on occupational disability? Disability questionnaire			12. נכות ומום מולד - האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין מום מולד או נרכש, פציעה, סיבה רפואית? האם הנך נמצא בתהליך לקביעת אחוזי נכות ו/או קיימת נכות מביטוח לאומי ו/או הינך נמצא באי כושר עבודה כעת? שאלון נכות

Passport number _____ **מס' דרכון**

Details of positive findings _____ **פירוט ממצאים חיוביים**

Questions about diseases Were you ever diagnosed with the diseases and/or disorders and/or medical problems listed below?	No לא	Yes כן	שאלות על מחלות האם אובחנת במהלך חיךך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?
13. 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. Heart, cardiovascular and hypertension questionnaire and blood coagulation and diseases questionnaire			13. 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. שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם ושאלון מחלות לב וקרישה
14. 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. Nervous system questionnaire			14. 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. שאלון מערכת העצבים
15. Diagnosed mental disorders and attempted suicide Mental illness questionnaire			15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית
16. Respiratory system Asthma, chronic bronchitis, emphysema, tuberculosis, hemoptysis, repeat respiratory tract infections. Respiratory / asthma questionnaire			16. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה
17. 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). Gastrointestinal questionnaire and liver and jaundice questionnaire			17. 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 בבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד
18. Kidneys and urinary tract Kidney stones, kidney infections, urinary tract defects, blood or protein in the urine, renal cysts, renal dysfunction, prostate Kidney and urinary tract questionnaire, prostate and testicular questionnaire (for men)			18. כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כלייתי, בלוטת הערמונית שאלון כליות ודרכי השתן, שאלון ערמונית ואשכים (לגברים)
19. Metabolic and endocrine diseases Diabetes, thyroid disorder, adrenal disorder, kidney cysts, pituitary and other glands, high blood lipids (cholesterol, triglycerides). Diabetes, lipid and thyroid questionnaire			19. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים). שאלון סוכרת, שומנים בדם ובלוטת המגן
20. Dermatology and Venereology Syphilis, herpes, skin tumors, moles, warts and/or infertility and/or fertility problems. Dermatological problems questionnaire			20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פרוין. שאלון בעיות בעור
21. Malignant diseases, malignant or precancerous tumor/s, polyps Detail the type and method of treatment <hr/> Enclose reports and pathology			21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול <hr/> יש לצרף דוחות ופתולוגיה
22. Infectious diseases, autoimmune diseases, polio, venereal diseases and AIDS/ HIV Enclose medical documents			22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים

Passport number _____ **מס' דרכון**

פירוט ממצאים חיוביים _____

<p>23. Joints and bones - arthritis, rheumatism (Galt), neck or back pain, herniated disc, dislocation of shoulder, knee, bone disease. Rheumatology diseases and connective tissue questionnaire and back and spine questionnaire</p>			<p>23. פרקים ועצמות - דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה</p>
<p>24. Eyes - cataract, glaucoma, strabismus, blindness, retinal disease, cornea disease, visual disturbances, diopter number. Eye questionnaire</p>			<p>24. עיניים - קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. שאלון עיניים</p>
<p>25. Otolaryngology (nose/ ear/ throat) - ear recurrent or throat infections, sinusitis, hearing disorders, sleep apnea syndrome. Otolaryngology (nose/ ear/ throat) questionnaire</p>			<p>25. אף אוזן גרון - דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. שאלון אף/אוזן/גרון</p>
<p>26. Hernia (hernia break) - of the abdominal wall, groin, surgical scars, navel and solar plexus. Medical documents must be enclosed</p>			<p>26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים</p>
<p>27. 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? Women's questionnaire</p>			<p>27. לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים: אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דימומים וגושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גניקולוגית (כגון PAP) האם את בהריון? מה מספר העוברים? _____ האם סבלת מבעיות בהריונות או בהריון הנוכחי? האם ילדת בניוח קיסרי? שאלון נשים</p>

2.09 "אפי"

Passport number _____ **מס' דרכון**

Details of positive findings _____ **פירוט ממצאים חיוביים**

C. Applicant/ insurance candidate declaration

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").

I hereby represent, agree and undertake that:

- 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 hereby confirm that all of the representations concerning my minor child/ children were given by my as his/ their natural guardian.

I am aware that:

- I will not be entitled to health services as specified in the policy in the event the medical incident, which constitutes an insurance event, for which I will/ currently require the health services, stems from a medical condition predating the date of commencement of the insurance period under the policy and if one of the following applies:
 - I have confirmed that the insurance event that constitutes the medical problem owing to which I require the service stems from a pre-existing medical condition.
 - A doctor confirmed, on the basis of the findings presented to him that the medical problem owing to which I require the service stems from a pre-existing medical condition.
- Notwithstanding the provisions of section 1 above, in the event that 3 years have passed October 17th 2001 or from the first date, the later of the two, it shall not be subject to the limitations noted above. In addition, the limitations pertaining to the provision of service owing to a pre-existing medical condition, in the event I stayed outside of Israel after the first date (hereinafter: "Stay"), for a period or periods exceeding 90 consecutive days, or 120 consecutive days if the Stay separated between employment periods with the same employer, the first date shall be deemed the first date after the Stay on which I was insured under a health insurance policy.
- In the event I shall require health services under the policy due to a medical emergency, in such case I will be provided with these services for a limited period, in the course of which my medical condition will be stabilized in order to permit enable my transferring for continued care outside Israel, and for a period of 30 days thereafter only.

D. Waiver of medical confidentiality

- I, the undersigned, hereby release any medical institution, any medical laboratory, any medical committee and all the medical and other employees thereof, from the obligation to maintain medical and other confidentiality vis-à-vis Menora Mivtachim Insurance Company Ltd. (hereinafter: "Menora")
 - I hereby grant permission to all those listed above - including the medical committees of the National Insurance Institute of Israel, insurers, the Ministry of Health, the District Health Office, the IDF authorities, the Ministry of Defense, and any other body or institution whose name is not specified in this waiver - and to any insurance company insuring me in the past, or currently insuring me, to provide "Menora" or its representatives - together or severally - with all the details, without exception, regarding my state of health and regarding any illness from which I have suffered in the past or that I shall suffer from in the future, including my hospitalization reports and/or my medical files and/or list of the physicians I visited and/or the date upon which I joined a health fund.
- The waiver of medical confidentiality will be for the purpose of inquiry after the rights and obligations conferred under this policy and the insurer will not turn to obtain medical information other than in the event of a medical emergency.
- I hereby authorize all insurance companies and/or the other institutions to transfer to "Menora" any information and/or document and/or insurance policy that it shall require.
 - I hereby grant "Menora" permission to disclose any medical or personal or other information to the medical service providers associated with it for the provision of the medical services in accordance with the policy.
 - I hereby represent that I shall not have any demand or claim of any kind whatsoever vis-à-vis those mentioned above in connection with the provision of the aforementioned details to "Menora" or to its representative - both jointly and severally.
 - This my application is valid under the Protection of Privacy Law 5741 - 1981 and it applies to any medical and other information found in the databanks of all the institutions, including the health funds and/or the doctors thereof and/or the employees thereof and/or any person on their behalf and/or the service providers specified above.
 - This waiver is binding on me, on my estate, on my representatives under the law and on anyone who may come in my stead.
 - This waiver shall apply to my minor child/ children whose names are specified, if any such were specified, in this proposal.

I confirm that I have read and understood the contents of this proposal, including the representations therein.

ג. findings הצהרת המבטח/ המועמד לביטוח

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

- אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:**
- כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי ביני לבין המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.
 - התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן הנתיים המקובלים אצל המבטח לעניין זה שימשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
 - אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי החליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.
 - אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילד/י הקטין/נים נמסרו על ידי כאפוטרופוס טבעי שלו/הם.

ידוע לי כי:

- לא אהיה זכאי לשירותי בריאות בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בגינו אזדקק/ נזקק לשירותי הבריאות, נובע ממצב רפואי שקדם למועד יום תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה ואם נתקיים אחד משני אלה:
 - אישרתי כי מקרה הביטוח המהווה הבעיה הרפואית בשלה אני נזקק לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.
 - רופא אישר על פי הממצאים שלפני כי הבעיה הרפואית שבשלה אני נזקק המבוטח לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.
- על אף הקבוע בסעיף 1 לעיל, אם חלפו 3 שנים 17.10.2001 או מהמועד הראשון בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד יראו כמועד שצוינו לעיל.
- בנוסף לא יחולו הגבלות למתן שירות רפואי עקב מצב רפואי קודם, אם שהייתי מחוץ לישראל, לאחר המועד הראשון (להלן: "שהיה"), תקופה או תקופות העולות על 90 ימים רצופים, או על 120 ימים רצופים אם השהיה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד יראו כמועד הראשון את המועד הראשון לאחר השהיה שבו הייתי מבוטח בביטוח רפואי.
- במקרה בו אהיה זקוק לשירותי הבריאות שעל פי הפוליסה עקב מצב חירום רפואי: במקרה זה ייתנו לי שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במהלכה אינני מבחינה רפואית על מנת לאפשר העברתי להמשיך טיפול בי מחוץ לישראל, ולמשך תקופה של 30 יום לאחריה בלבד.

ד. ויתור כל סודיות רפואית

- אני החתום מטה משחרר בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדיהם והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ואחרת כלפי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (שתקרא להלן- "מנורה")
- הריני נותן בזה שרות לכל המנויים לעיל- כולל הוועדות הרפואיות על המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרדי הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות זה"ל, משרד הביטחון, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא הזכר בכתב זה- וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי בעבר או שאני מבוטח בהן בהווה, למסור ל"מנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד- את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ועל כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאחלה בה בעתיד, דו"חות אשפוז ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלים ביקרתי ו/או תאריך הצטרפתי לקופת חולים.
- הויתור על סודיות רפואית יהיה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכויות וחובות המוקרנות על פי פוליסה זו והמבטח לא יפנה לקבלת מידע רפואי אלא במקרה חרום רפואי.
- הריני מאשר לכל חברות הביטוח ו/או המוסדות האחרים להעביר ל"מנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.
- הריני נותן בזה רשות ל"מנורה" להעביר מידע רפואי או אישי או אחר לנותני השירותים הרפואיים הקשורים עמה למתן שירותים על פי הפוליסה.
- הריני מצהיר בזה כי לא תהיה לי כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"מנורה" או לבאי כוחה - כולם ביחד וכל אחד לחוד.
- בקשתי זו יפה עלי 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 רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.
- כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני, את בא כוחי על פי דין ואת כל כתב ויתור זה ויתור זה יחול על ילד/י הקטין/נים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.

אני מאשר כי קראתי והבנתי את האמור בהצעה זו, לרבות ההצהרות המופיעות בה.

First and last name	Passport no.	Signature	Date

אני בעל הפוליסה, _____ (שם מלא), בעל ת.ז. מס' _____
 או בא כוחו של בעל הפוליסה, _____ (שם מלא), בעל ת.ז. מס' _____
 מרח' _____ מס' _____ עיר _____
 מתחייב בזה לשלם את הפרמיה הנדרשת על ידי מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ על פי כל דין.
 שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____
 שם הסוכן: _____ מס' הסוכן: _____