

Ofertă de asigurare pentru Meno Medic Top / Top Turiști הצעה לביטוח עובדים זרים/תיירים

A. Detalii candidaților de asigurare (A completa toate detaliile)

א. פרטי המעומדים לביטוח (חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים)

שם המעסיק: _____ ת.ז של המעסיק: _____
 כתובת המעסיק: _____
 רחוב מספר עיר מיקוד טלפון

Numele angajatorului: _____ ID angajator: _____
 Adresa angajatorului: _____

Stradă Număr Oraș Cod poștal Telefon
 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 _____

Vă rugăm să alegeți sectorul în care sunteți angajat în Israel: Îngrijire personală Construcții Agricultură
 Alte detalii _____
 În cazul în care dețineți o licență valabilă pentru practica de asistență medicală în Israel, și / sau ați deținut o licență pentru practica de asistență medicală în ultimele 12 luni, vă rugăm a specifica data la care ați primit prima autorizație de practică de asistență medicală _____

FORMULAR DE OFERTĂ DE ASIGURARE persoană străină căreia i s-a emis un permis de muncă israelian aprobat oficial
 Turist
 Muncitor străin neautorizat în Israel

TIP DE OFERTĂ Prima poliță
 Extinderea numărului de poliță _____

Subsemnatul, cer ca eu și membrii familiei mele (enumerați mai jos) să fim asigurați în cadrul Poliței de Asigurare Meno Medic Top / Top Turiști, pentru perioada

De la: (ZZ / LL / AA) ___ / ___ / ___ La: (ZZ / LL / AA) ___ / ___ / ___

Numele Prenumele	Asiguratului	Data nașterii (ZZ / LL / AA) F / M	Țara de cetățenie	Nr. de Pașaport
_____	_____	_____ / _____ / _____	_____	_____

Adresa de domiciliu a asiguratului

Stradă	Număr	Oraș	Cod Poștal	Țară	Telefon
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Adresa de domiciliu a asiguratului în Israel

Stradă	Număr	Oraș	Cod Poștal	Telefon
_____	_____	_____	_____	_____

Ați fost vreodată acoperit de o poliță de asigurare de sănătate în Israel? <input type="radio"/> nu <input type="radio"/> da	האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
Perioada de asigurare _____	תקופת הביטוח _____
Scopul vizitei: _____	מטרת הביקור: _____
Societatea de asigurare _____	חברת הביטוח: _____

Fumați sau ați fumat în trecut? <input type="radio"/> Astăzi <input type="radio"/> În trecut, Când ați încetat _____	האם אתה מעשן או עישנת בעבר? <input type="radio"/> כיום <input type="radio"/> בעבר מתי הופסק _____ כמות ותדירות _____
---	---

B. Declarația de sănătate (din conveniență, această declarație este scrisă în forma masculină, dar este destinată pentru ambele sexe) **ב. הצהרת בריאות** (למען הפשטות מנוסחת הצהרה זו בלשון זכר, אך היא מכוונת לבני שני המינים).
 Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările următoare. נא לענות על כל השאלות שלהלן.
 Pentru fiecare întrebare este necesar a se bifa în coloana "Da" sau "Nu" și în cazul în care constatarea este pozitivă, notați numărul în întrebării și detaliile în linia "Detaliile constatărilor pozitive". לכל שאלה יש לסמן ✓ בתשובה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, רשום בשורת "פירוט הממצאים החיוביים" או מספר השאלה ואת הפירוט.

Întrebări generale cu privire la starea medicală	Nu לא	Da כן	שאלות כלליות על מצב רפואי
1. Înălțime _____ metri Greutate _____ kg.			1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג
2. A existat vreo schimbare în greutate (5 kg și mai mult) în cursul ultimelor 12 luni (nu ca urmare a unei diete)?			2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים(שלא כתוצאה מדיאטה)?
3. Consumați acum, sau ați consumat în trecut alcool - mai mult decât un pahar pe zi de bere / vin sau altă băutură alcoolică? Chestionar de alcool			3. האם אתה צורך אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה /ין או משקה אלכוהולי אחר? שאלון אלכוהול
4. Consumați acum, sau ați consumat în trecut droguri? Chestionar de droguri			4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר? שאלון סמים
5. Ați avut o intervenție chirurgicală în cursul ultimilor 10 ani sau vi s-a recomandat o intervenție chirurgicală?			5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?

<p>6. Ați fost internat în cursul ultimilor 10 ani la un spital sau la o instituție medicală? Care din ele, când, motivul _____ Atașați rezumat medical și informații actualizate</p>			<p>6. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איה, מתי, סיבה, _____ צרך סיכומי מחלה ומידע עדכני</p>
<p>7. Luați în mod regulat medicamente pentru o condiție cronică? Detaliați numele medicamentului și motivul pentru luarea acestuia</p>			<p>7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.</p>
<p>8. Teste diagnostice: Ați suferit în cursul ultimilor 10 ani sau vi s-a recomandat de a face unul sau mai multe dintre următoarele teste: <i>cateterizare, scanare cardiacă, ecocardiografie, RMN, CT, endoscopie, teste pentru detectarea unei tumori canceroase, biopsie, și sânge oculte?</i> În caz afirmativ, vă rugăm să precizați tipul de test, data, rezultatele testului, și motivul pentru care acest test a fost făcut</p>			<p>8. בדיקות אבחנתיות: האם עברת ב-10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מהבדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, CT, MRI, אנדסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע</p>
<p>9. Ați primit o notificare în cursul ultimilor 10 ani de la Banca de Sânge ca urmare a unei donare de sânge anuală?</p>			<p>9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?</p>
<p>10. Istorie familială: După știința cea mai bună a dumneavoastră, una dintre rudele dumneavoastră (tata, mama, frați) a fost diagnosticat cu următoarele boli: boli de inimă, accident vascular cerebral, cancer de colon, cancer ovarian, cancer de sân, diabet, rinichi polichistici, scleroză multiplă, distrofia musculară, boala Huntington, boli mintale, boala Parkinson și boala Alzheimer. Detaliați persoana și vârsta la care a fost făcut diagnosticul</p>			<p>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</p>
<p>11. Sunteți limitat când efectuați una dintre următoarele acțiuni: a sta în picioare, la culcare, la dezbrăcare, la îmbrăcare, la baie, la mâncare și la băutură, incontinență, mers pe jos?</p>			<p>11. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?</p>
<p>12. Dizabilitate și defect congenital - Ați fost acordat dizabilitate (în prezent sau în trecut) pentru un defect congenital sau achiziționat, un accident, un motiv medical? Vă aflați într-un proces de determinare de procente de dizabilitate și / sau ați fost acordat dizabilitate de către Institutul Național de Asigurări și / sau vă aflați în prezent în incapacitate de muncă? Chestionar de Dizabilitate</p>			<p>12. נכות ומום מולד- האם נקבעה לך נכות (כיום או בעבר) בגין מום מולד או נרכש, פגיעה, 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</p>
<p>Întrebări referitoare la boli Ați fost diagnosticat vreodată cu boli și / sau dezordini și / sau probleme medicale enumerate mai jos?</p>	Nu לא	Da כן	<p>שאלות על מחלות האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?</p>
<p>13. Inima și sânge Boală cardiacă, angină pectorală, infarct miocardic, aritmie, probleme ale valvelor inimii, boli cardiace congenitale, cardiomiopatie sau tulburări pericardice. Hipertensiune (arterială), vase de sânge, cheaguri de sânge, varice, probleme de circulație, îngustarea arterelor. Chestionar de inimă, cardiovascular și hipertensiune (arterială) și chestionar de coagulare și boli de sânge</p>			<p>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</p>
<p>14. Scleroză multiplă, distrofie musculară, paralizie, spasme (epilepsie), T.I.A, congestie (cerebrală), hemoragie cerebrală (C.V.A.), tremur, ataxie, Parkinson.</p>			<p>14. מערכת עצבים והמח 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</p>
<p>15. Diagnosticat cu dezordini mintale și tentativă de suicid Chestionar boală mintală</p>			<p>15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית</p>

Nr. de Pașaport. _____ חס' דרכון

פירוט ממצאים חיוביים _____
Detalii de rezultate pozitive

<p>16. Sistemul respirator Astm, bronșită cronică, emfizem, tuberculoză, hemoptizie, infecții repetate ale tractului respirator. Chestionar sistemul respirator / astm</p>		<p>16. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה</p>
<p>17. Tractul gastro-intestinal și ficat Ulcerul (ulcere gastrice sau duodenale), arsuri la stomac, infecție intestinală inflamatorie cronică, sângerări gastro-intestinale, hemoroizi, probleme rectale, boli cronice ale ficatului, hepatită, calculi biliari, pancreatită, hepatită (virală sau în alt mod). Chestionar gastro-intestinal și ficat, și icter</p>		<p>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</p>
<p>18. Rinichii și tractul urinar Pietre la rinichi, infecții renale, defecte ale tractului urinar, sânge sau proteine în urină, chisturi renale, disfuncție renală, prostate Chestionar de rinichi și ale tractului urinar, chestionar de prostată și testicular (pentru bărbați)</p>		<p>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)</p>
<p>19. Boli metabolice și endocrine Diabet, dezordini tiroidiene, dezordini suprarenale, chisturi renale, glanda pituitară și alte glande, nivelul ridicat al lipidelor din sânge (colesterol, trigliceride). Chestionar de diabet zaharat, lipide și tiroida</p>		<p>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 ובלוטות המגן</p>
<p>20. Dermatologie și Venerologie Sifilisul, herpes, tumori ale pielii, negi, alunițe și / sau infertilitate te si / sau probleme de fertilitate. Chestionar de dermatologie</p>		<p>20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריין. שאלון בעיות בעור</p>
<p>21. Boli maligne, tumori maligne sau precanceroase, polipi Describe tipul și metoda de tratament Atașați rapoarte și patologie</p>		<p>21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול יש לצרף דוחות ופתולוגיה</p>
<p>22. Boli infecțioase, boli autoimune, poliomielite, boli venerice și SIDA / HIV Atașați documente medicale</p>		<p>22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים</p>
<p>23. Articulații și oase - artrită, reumatism (Galt), gât sau dureri de spate, hernie de disc, dislocarea umărului, genunchi, boala de oase. Chestionar de boli reumatologice și ale țesutului conjunctiv și chestionar a spatelui și a coloanei vertebrale</p>		<p>23. פרקים ועצמות - דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. שאלון מחלות ראוטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה</p>
<p>24. Ochii - cataracta, glaucom, strabism, orbire, boli retiniene, boala corneei, dezordini de vedere, numărul de dioptrie.</p>		<p>24. עיניים - קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. שאלון עיניים</p>
<p>25. Otolaryngologie (nose/ ear/ throat) - ear recurrent or throat infections, sinusitis, hearing disorders, sleep apnea syndrome. questionnaire Otolaryngology (nose/ ear/ throat)</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. Hernie (ruptură de hernie) - a peretelui abdominal, inghinal, cicatrici chirurgicale, ombilic și plexul solar. A atașa documentele medicale</p>		<p>26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים</p>
<p>27. Pentru femei: Suferiți sau ați suferit de boli de femei: menstruație neregulată, probleme de fertilitate, sângerare și chisturi de sân, probleme la uter și ovare, constatări de neregularități la examen ginecologic (cum ar fi PAP)? Sunteți însărcinată? Care este numărul de feteși? _____ Ați suferit de probleme în sarcini anterioare sau în timpul sarcinii curente? Ați dat naștere printr-o operație cezariană? Chestionar pentru femei</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 בנייתוח קיסרי? שאלון נשים</p>

Nr. de Pașaport. _____ מס' דרכון

Detalii de rezultate pozitive _____ פירוט ממצאים חיוביים

C. Declarația candidatului / solicitantului de asigurare

Subsemnatul, candidatul de asigurare, prin prezenta cere asigurătorului să asigure candidatul de asigurare în conformitate cu detaliile din acest formular (denumit în continuare "Propunerea").

Eu reprezint prin prezenta, sunt de acord și mă angajez că:

- Toate răspunsurile specificate în propunere și / sau în declarația de sănătate sunt corecte și complete, iar eu nu am ascuns nimic de la asigurător care ar putea afecta decizia asigurătorului de a accepta propunerea de asigurare.
- Răspunsurile specificate în propunere, precum și orice alte informații, în scris, a fi acordate asigurătorului de mine, precum și condițiile obișnuite ale asigurătorului, în această chestiune, va servi ca termenii contractului de asigurare între mine și asigurătorul și constituie parte integrantă din acesta.
- Prin prezenta, confirm și sunt de acord că acceptarea sau respingerea propunerii mele este la discreția exclusivă a asigurătorului și asigurătorul are dreptul să decidă dacă să accepte sau să respingă propunerea, supus legii.
- Prin prezenta confirm că toate reprezentările referitoare la copilul / copiii mei minori au fost date de mine ca gardian naturale a sa / lor.

Sunt conștient de faptul că:

- Nu voi avea dreptul la servicii de sănătate, astfel cum se specifică în poliță, în cazul în care incidentul medical, care constituie un eveniment de asigurare, pentru care voi solicita în prezent serviciile de sănătate, provine dintr-o afecțiune precedentă de data începerii perioadei de asigurare în cadrul poliței și dacă una dintre următoarele se aplică:
 - Am confirmat faptul că evenimentul de asigurare care constituie o problemă medicală din cauza căruia cer serviciul provine dintr-o afecțiune preexistentă.
 - Independent de prevederile secțiunii 1 de mai sus, în cazul în care au trecut 3 ani după data de 17 octombrie 2001 sau de la prima dată, ultima dintre cele două, acesta nu va fi supus limitărilor menționate mai sus. În plus, limitările referitoare la furnizarea serviciului ca urmare a unei afecțiuni medicale preexistente, în cazul în care nu am stat în Israel după prima dată (denumit în continuare "ședere"), pentru o perioadă sau perioade mari de 90 de zile consecutive, sau 120 de zile consecutive, în cazul în care această ședere face separație între perioadele de muncă cu același angajator, prima dată este considerată prima dată după ședere pe care am fost asigurat cu o poliță de asigurare de sănătate.
 - În cazul în care voi avea nevoie de servicii de sănătate în cadrul poliței din cauza unei urgențe medicale, într-un astfel de caz, mi se vor da aceste servicii pentru o perioadă limitată, în cursul căreia starea mea medicală va fi stabilizată pentru a permite transferul meu pentru îngrijire continuă în afara Israelului, și numai pentru o perioadă de 30 de zile după aceea.

D. Renunțare la principiul de confidențialitate medicală

- Subsemnatul, eliberez prin prezenta la orice instituție medicală, la oricărui laborator medical, la orice comisie medicală și la toți angajații medicali sau alți angajați ale acestora, de obligația de a menține și confidențialitate medicală sau de alt fel vis-à-vis de Societatea de Asigurare Menora Mivtachim (denumită în continuare: "Menora")
- Le acord permisiunea tuturor celor enumerați mai sus - inclusiv comisiile medicale ale Institutului Național de Asigurare a Israelului, asigurătorilor, Ministerul Sănătății, Biroul de Sănătate de District, autoritățile armatei IDF, Ministerul Apărării, precum și orice alt organism sau instituție a cărei nume nu este specificat în această renunțare - și la orice companie de asigurări care mă asigură, în trecut, sau mă asigură în prezent, pentru a oferi lui "Menora" sau la reprezentanții săi - împreună sau separat - cu toate detaliile, fără excepție, în ceea ce privește starea mea de sănătate și cu privire la orice boală din care am suferit în trecut sau că voi suferi de pe viitor, inclusiv rapoartele mele de spitalizare și / sau dosarele mele medicale și / sau lista doctorilor pe care i-am văzut și / sau data la care am fost membru la un fond de sănătate.
- Renunțarea la principiul de confidențialitate medicală va fi în scopul de anchetă, în acord cu drepturile și obligațiile conferite în temeiul acestei polițe și asigurătorul nu va încerca a obține informații medicale, doar în cazul unei urgențe medicale.
- Autorizez prin prezenta toate societățile de asigurare și / sau alte instituții să transfere la "Menora" orice informație și / sau document și / sau poliță de asigurare pe care le solicită.
- Îi acord prin prezenta "lui Menora" permisiunea de a dezvălui orice informații medicale sau personale sau alte informații furnizorilor de servicii medicale asociate cu aceasta pentru furnizarea serviciilor medicale, în conformitate cu polița.
- Reprezintă prin prezenta că nu voi avea nici o cerere sau pretenție de orice fel în legătură cu cele menționate mai sus, în legătură cu furnizarea detaliilor menționate mai sus la lui "Menora" sau reprezentantului ei - amândoi sau în

ג. findings הצהרת המבקש/ 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 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 ביני לבין המבטח ויהו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלתי או דחייתתה של הצעתו זו נתון לשיקול דעתו המלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.
- אני מאשר כי כל ההצהרות הנוגעות לילד/י הקטין/נים נמסרו על ידי כאפוסטרופוס טבעי שלו/הם.

ידוע לי כי:

- לא אהיה זכאי לשירותי בריאות בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בגינו אדזקק/ 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 שלפניו כי הבעיה הרפואית שבשלה אני נזקק המבטח לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.
- על אף הקבוע בסעיף 1 לעיל, אם חלפו 3 שנים 17.10.2001 או מהמועד הראשון, המאוחר מבין השניים, לא יחולו לגביי המגבלות 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 שהייה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד יראו כמועד הראשון את המועד הראשון לאחר שהייה שבו הייתי מבטוח בביטוח רפואי.
- במקרה בו אהיה זקוק לשירותי הבריאות שעל פי הפוליסה עקב מצב חירום רפואי: במקרה זה יינתנו לי שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במהלכה איזב מבחינה רפואית על מנת לאפשר העברתי להמשך טיפול בי מחוץ לישראל, ולמשך תקופה של 30 יום לאחריה בלבד.

ד. יתור כל סודיות רפואית

- אני החתום מטה משחרר בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ואחרת כלפי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (שתקרא להלן- "מנורה")
- הריני נותן בזה שרות לכל המנויים לעיל- כולל הועדות הרפואיות על המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרדי הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שטונות צה"ל, משרד הביטחון, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה- וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי בעבר או שאני מבטוח 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 אצלם ביקרתי ו/או תאריך הצטרפותי לקופת חולים.
- היתור על סודיות רפואית יהיה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכיות 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 לפי 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 מי שיבוז במקומי.
- כתב ויתור זה יחול על ילד/י הקטין/נים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.

mod solidar și indivizibil.

5. Această cerere mea este validă sub protecția Legii Datelor Personale din 5741-1981 și se aplică pentru orice informații medicale și alte informații găsite în bănci de date a tuturor instituțiilor, inclusiv fondurile de sănătate și / sau doctorii acestora și / sau angajații acestora și / sau orice altă persoană în numele acestora și / sau prestatorii de servicii menționate mai sus.

6. Această renunțare are caracter obligatoriu pentru mine, asupra proprietății mele, asupra reprezentanților mei în conformitate cu legea, și cu privire la orice persoană care ar putea veni în locul meu.

7. Această renunțare se aplică la copilul / copiii minori ai mei ale căror nume sunt specificate, dacă acestea au fost specificate, în prezenta propunere.

Confirm că am citit și am înțeles conținutul acestei propuneri, inclusiv reprezentările din cadrul acestora.

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

Nume și prenume	Nr. de Pașaport	Semnătura	Data

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: _____