

**Предложение по страхованию иностранных рабочих /  
туристов**

**הצעה לביטוח עובדים זרים/תיירים**

**A. Данные кандидатов на страхование**

**א. פרטי המעומדים לביטוח**

(должны быть приведены все запрашиваемые данные)

**(חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים)**

שם המעסיק: \_\_\_\_\_ ת.ת של המעסיק: \_\_\_\_\_  
 כתובת המעסיק: \_\_\_\_\_  
 רחוב מספר עיר מיקוד טלפון

Имя работника: \_\_\_\_\_ Удостоверение личности: \_\_\_\_\_  
 Адрес работника: \_\_\_\_\_

נא סמן את הענף בו הנך מועסק בישראל <input type="radio"/> סיעוד <input type="radio"/> בניה <input type="radio"/> חקלאות <input type="radio"/> אחר פרט: _____ האם הנך בעל רישיון תקף לעסוק בענף הסיעודי בישראל, /או היה בידך רישיון לעסוק בענף הסיעודי במהלך 12 החודשים האחרונים, - <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן במידה והתשובה חיובית יש לציין את המועד בו קיבלת לראשונה את ההיתר לעסוק בענף הסיעוד						
Выберите область, в которой Вы заняты в Израиле: <input type="radio"/> Уход за больными <input type="radio"/> Строительство <input type="radio"/> Сельское хозяйство <input type="radio"/> Другое: укажите _____						
Если Вы имеете действующее разрешение по уходу за больными в Израиле, или у Вас было такое в течение последних 12 месяцев, то укажите дату получения первого разрешения по уходу за больными _____						
<b>Предложение по страхованию для лиц</b>		<input type="radio"/> Иностранного лица, имеющего официальное разрешение на работу в Израиле <input type="radio"/> Туриста <input type="radio"/> Лица, не имеющего разрешения на работу в Израиле				
<b>ТИП ПРЕДЛОЖЕНИЯ</b>		<input type="radio"/> Новый полис <input type="radio"/> Продление полиса номер _____				
Я, нижеподписавшийся, прошу оформить на меня и членов моей семьи (перечислены ниже) страховой полис по программе Meno Medical Top / Top Tourists на период: С: (DD/MM/YY) ___/___/___ По: (DD/MM/YY) ___/___/___						
<b>Фамилия страхуемого</b> Номер паспорта	<b>Имя</b> (DD/MM/YY)	<b>Дата рождения</b> Ж / М ___/___/___	<b>Гражданство</b>			
<b>Домашний адрес страхуемого</b>						
Улица	Номер	Штат (край)	Город	Индекс	Страна	Телефон
<b>Адрес страхуемого в Израиле</b>						
Номер	Улица	Город	Индекс	Телефон		
Была ли у Вас ранее страховка здоровья в Израиле? <input type="radio"/> нет <input type="radio"/> да Период страхования: _____ Цель визита: _____ Страховая компания: _____			האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא תקופת הביטוח: _____ מטרת הביקור: _____ חברת הביטוח: _____			
Курите ли Вы, или курили в прошлом? <input type="radio"/> Сейчас <input type="radio"/> В прошлом Когда прекратили? _____			האם אתה מעשן או עישנת בעבר? <input type="radio"/> כיום <input type="radio"/> בעבר מתי הופסקו כמות ותדירות: _____			

**Б. Декларация о состоянии здоровья** (для упрощения декларация сформулирована в мужском роде, однако относится одинаково как к мужчинам, так и к женщинам)  
 Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы.  
 Против каждого вопроса поставьте знак ✓ в столбце «Да» или «Нет»; если ответ положительный, приведите номер вопроса и подробный ответ в строке «Подробные сведения по положительным ответам».

**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.

Общие вопросы о состоянии здоровья	Нет לא	Да כן	שאלות כלליות על מצב רפואי
1. Рост _____ метра Вес _____ кг.			1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג
2. Наблюдалось ли уменьшение в весе на 5 кг и более в течение последних 12 месяцев (не в результате диеты)?			2. האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים(שלא כתוצאה מדיאטה)?
3. Потребляете ли Вы в настоящее время (или			3. האם אתה צורך אלקוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת

<p>потребляли в прошлом) алкогольные напитки в количестве более одного стакана в день (пива / вина или другого алкогольного напитка)?</p> <p><b>Вопросник по употреблению алкоголя</b></p>		<p>ביום של בירה / יין או משקה אלכוהולי אחר?</p> <p><b>שאלון אלכוהול</b></p>
<p>4. Употребляете ли Вы в настоящее время наркотики (или употребляли в прошлом)?</p> <p><b>Вопросник по употреблению наркотиков</b></p>		<p>4. האם צרכת סמים בהווה או בעבר?</p> <p><b>שאלון סמים</b></p>
<p>5. Перенесли ли Вы в последние 10 лет какую-либо операцию, или вам была рекомендована операция?</p>		<p>5. האם עברת ב-10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?</p>
<p>6. Были ли Вы госпитализированы за последние 10 лет в каком-либо медицинском учреждении?</p> <p><b>В каком, когда, причина</b> _____</p> <p><b>Приложите медицинское заключение и последние справки</b></p>		<p>6. האם אושפזת ב-10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? <b>איזה, מתי, סיבה</b> _____</p> <p><b>צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני</b></p>
<p>7. Регулярный прием лекарств вследствие хронических заболеваний</p> <p><b>Укажите название препарата и причину приема</b></p>		<p>7. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? <b>פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.</b></p>
<p>8. <b>Диагностические проверки:</b>  <i>Проходили ли Вы в течение последних 10 лет, или Вам было рекомендовано пройти, одну или несколько из следующих проверок: катетеризация, сканирование сердца, эхокардиография, МРТ, КТ, эндоскопия, анализы на обнаружение раковой опухоли, биопсия и анализ на скрытую кровь?</i></p> <p><b>Если да, то укажите тип проверки, время, результаты и причину назначения</b> _____</p>		<p>8. <b>בדיקות אבחנתיות:</b>  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?</p> <p><b>אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע</b> _____</p>
<p>9. Получали ли Вы в течение последних 10 лет сообщения из Банка крови после ежегодного донорства?</p>		<p>9. האם ב-10 שנים האחרונות קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?</p>
<p>10. <b>Семейная история:</b>  Насколько Вам известно, был ли поставлен один из следующих диагнозов кому-либо из Ваших родственников (отец, мать, братья и сестры): болезнь сердца, инсульт, рак толстой кишки, рак яичников, рак молочной железы, диабет, поликистоз почек, рассеянный склероз, мышечная дистрофия, психическое расстройство, болезнь Хантингтона, болезнь Паркинсона или Альцгеймер.</p> <p><b>Укажите родство и возраст постановки диагноза</b></p>		<p>10. <b>היסטוריה משפחתית:</b>  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.</p> <p><b>פרט למי וגיל האבחנה</b></p>
<p>11. Ограничены ли Вы в выполнении одного из следующих действий: встать, лечь, раздеться, одеться, принять ванну, принять пищу и питье, ходить; страдаете ли Вы недержанием?</p>		<p>11. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?</p>
<p>12. <b>Инвалидность и врожденные пороки –</b>  Была ли Вам установлена инвалидность (в настоящее время или в прошлом) по причине врожденных или приобретенных пороков, или травмы, или по медицинской причине? Находитесь ли Вы в процессе определения процента инвалидности и / или Вам была назначена инвалидность Национальным институтом страхования и / или Вы в настоящее время признаны профессионально нетрудоспособным?</p> <p><b>Вопросник по инвалидности</b></p>		<p>12. <b>נכות ומום מולד-</b> 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?</p> <p><b>שאלון נכות</b></p>

Номер паспорта \_\_\_\_\_ מס' דרכון \_\_\_\_\_

Подробные сведения по положительным ответам \_\_\_\_\_ פירוט ממצאים חיוביים \_\_\_\_\_

<b>Вопросник о заболеваниях</b> Были ли диагностированы у Вас на протяжении жизни какие-либо из перечисленных ниже заболеваний, нарушений или медицинских проблем?	Нет א	Да א	<b>שאלות על מחלות</b> האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?
<b>13. Сердце и кровь</b> Сердечно-сосудистые заболевания, стенокардия, инфаркт миокарда, аритмия, проблемы сердечных клапанов, врожденный порок сердца, кардиомиопатия или перикардит. Высокое кровяное давление, проблемы кровеносных сосудов, тромбоз, варикозное расширение сосудов, проблемы циркуляции, сужение артерий. <b>Вопросник по сердцу, сердечно-сосудистой системе и гипертонии</b> <b>Вопросник по крови: свертываемость и расстройства</b>			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. <b>שאלון לב, כלי דם ויתר לחץ דם ושאלון מחלות לב וקרישה</b>
<b>14. Нервная система и мозг</b> Рассеянный склероз, мышечная дистрофия, паралич, судороги (эпилепсия), T.I.A, инсульт, кровоизлияние в мозг (C.V.A), тремор, атаксия, болезнь Паркинсона. <b>Вопросник по нервной системе</b>			14. <b>מערכת עצבים והמח</b> טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, התכווציות (אפילפסיה), T.I.A, אירועי מוחי, שטף דם במוח (C.V.A), רעד, הפרעות בשיווי משקל, פרקינסון. <b>שאלון מערכת העצבים</b>
<b>15. Душевные расстройства и попытки суицида</b> <b>Вопросник по психическим расстройствам</b>			15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות <b>שאלות מחלה נפשית</b>
<b>16. Дыхательная система</b> Астма, хронический бронхит, эмфизема легких, туберкулез, кровохарканье, повторяющиеся инфекции дыхательных путей. <b>Вопросник по дыхательным путям / астме</b>			16. <b>דרכי נשימה</b> אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. <b>שאלון דרכי נשימה/אסטמה</b>
<b>17. Пищеварительная система и печень</b> Язва (желудка или двенадцатиперстной кишки), изжога, хронические воспалительные кишечные инфекции, желудочно-кишечные кровотечения, геморрой, ректальные проблемы, хронические заболевания печени, гепатит, камни в желчном пузыре, панкреатит, гепатит (вирусный или иной). <b>Вопросник по желудочно-кишечному тракту, печени и гепатиту</b>			17. <b>דרכי העיכול והכבד</b> 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) <b>שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד</b>
<b>18. Почки и мочевыводящие пути</b> Камни в почках, почечные инфекции, проблемы мочевыводящих путей, кровь или белок в моче, кистоз почек, дисфункция почек, простата <b>Вопросник по проблемам почек и мочевыводящих путей, простаты и яичек (для мужчин)</b>			18. <b>כליות ודרכי השתן</b> אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כלייתי, בלוטת הערמונית <b>שאלון כליות ודרכי השתן, שאלון ערמונית ואשכים (לגברים)</b>
<b>19. Метаболические и эндокринные заболевания</b> Сахарный диабет, заболевание щитовидной железы, расстройства надпочечников, почечные кисты, проблемы гипофиза и других желез, повышенное содержание липидов в крови (холестерин, триглицериды). <b>Вопросник по диабету, липидам и щитовидной железе</b>			19. <b>מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים</b> סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יתרת הכליה, ציסטות בכליה, יתרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים). <b>שאלון סוכרת, שומנים בדם ובלוטת המגן</b>
<b>20. Дерматология и венерология</b> Сифилис, герпес, опухоли на коже, родинки, бородавки и / или бесплодие и / или проблемы фертильности. <b>Вопросник по дерматологии</b>			20. <b>עור ומין</b> עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריין. <b>שאלון בעיות בעור</b>
<b>21. Злокачественные заболевания, злокачественные или предраковые опухоли / полипы</b> <b>Укажите тип и метод лечения:</b> _____ <b>Приложите отчеты гистологии и справки</b>			21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים <b>פרט סוג ואופן הטיפול</b> <b>יש לצרף דוחות ופתולוגיה</b>

<p>22. <b>Инфекционные заболевания, аутоиммунные заболевания, полиомиелит, венерические заболевания и СПИД / ВИЧ.</b> <b>Приложите медицинские справки</b></p>			<p>22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV <b>יש לצרף מסמכים רפואיים</b></p>
<p>23. <b>Суставы и кости</b> Артрит, ревматизм (Galt), боли в шее или спине, грыжа межпозвоночного диска, вывих плеча, колена, болезни костей. <b>Вопросник по ревматологии и соединительным тканям и вопросник по проблемам спины и позвоночника</b></p>			<p>23. <b>פרקים ועצמות</b>- דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. <b>שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה</b></p>
<p>24. <b>Глаза</b> Катаракта, глаукома, косоглазие, слепота, болезни сетчатки, заболевания роговицы, нарушения зрения, число диоптрий. <b>Вопросник по глазным заболеваниям</b></p>			<p>24. <b>עיניים</b>- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. <b>שאלון עיניים</b></p>
<p>25. <b>Отоларингология (ухо / горло / нос)</b> Рецидивирующие инфекции горла или уха, синусит, нарушения слуха, синдром апноэ во сне. <b>Вопросник по отоларингологии</b></p>			<p>25. <b>אף אוזן גרון</b>- דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. <b>שאלון אף/אוזן/גרון</b></p>
<p>26. <b>Грыжа</b> Брюшной стенки, паховая, послеоперационных рубцов, пуповая и солнечного сплетения. <b>Приложите медицинские свидетельства</b></p>			<p>26. <b>בקע (הרניה שבר)</b> - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. <b>יש לצרף מסמכים רפואיים</b></p>
<p>27. <b>Только для женщин:</b> Страдаете ли Вы или страдали в прошлом какими-либо женскими болезнями: нарушение менструального цикла, проблемы с фертильностью, кровоточивость и уплотнения в груди, проблемы в матке и яичниках, неудовлетворительные результаты гинекологического обследования (например, PAP)? Вы беременны? Каково число зародышей _____ ? Вы страдали от каких-либо проблем во время предыдущих беременностей или на протяжении текущей беременности? Вы рожали с помощью кесарева сечения? <b>Вопросник для женщин</b></p>			<p>27. <b>לנשים בלבד:</b> 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 בנינוח קיסרי? <b>שאלון נשים</b></p>

Номер паспорта \_\_\_\_\_ מס' דרכון \_\_\_\_\_

Подробные сведения по положительным ответам \_\_\_\_\_ פירוט ממצאים חיוביים \_\_\_\_\_

---



---

## В. Декларация заявителя / кандидата на страхование

Я, нижеподписавшийся, кандидат на страхование, настоящим прошу застраховать кандидата в соответствии с данными в этой форме (далее по тексту: «Предложение»).

### Я заявляю, что согласен и настоящим обязуюсь:

- Все ответы, указанные в предложении и в декларации о состоянии здоровья, являются правдивыми и полными, и я не скрыл от страховой компании ничего, что могло бы повлиять на ее решение принять страховое предложение.
- Ответы, указанные в предложении, и любая другая информация в письменном виде, передаваемая мною страховщику, а также обычные условия страховщика по этому вопросу, будут служить в качестве условий страхового договора между мной и страховщиком и будут представлять собой его неотъемлемую часть.
- Я подтверждаю и согласен, что решение о принятии моего предложения или об отказе в страховании принимается по усмотрению страховщика, и он имеет право решать, следует ли принять или отклонить предложение, в соответствии с законом.
- Я подтверждаю, что все сведения о моем несовершеннолетнем ребенке / детях были представлены мной как его / их естественным опекуном.

### Я знаю, что:

- Я не буду иметь право на необходимое мне медицинское обслуживание по страховому полису в том случае, если медицинский случай, который представляет собой страховой случай, происходит из медицинского состояния, существовавшего до даты начала периода страхования в соответствии с полисом, и если существует одно из следующих условий:
  - Я подтвердил, что страховой случай, который представляет собой медицинскую проблему, из-за которой я нуждаюсь в медицинском обслуживании, вытекает из ранее существовавшего медицинского состояния.
  - Врач подтвердил, на основании выводов, представленных ему, что медицинская проблема, из-за которой я нуждаюсь в медицинском обслуживании, происходит из ранее существовавшего медицинского состояния.
- Независимо от положений раздела 1 выше, в том случае, если с 17 октября 2001 года или с первой даты прошли 3 года (более позднее из двух), не должны учитываться ограничения, указанные выше. Кроме того, ограничения, связанные с предоставлением услуг по причине ранее существовавшего медицинского состояния, в случае если я остался за пределами Израиля после первого дня (далее: "пребывание") в течение периода или периодов, превышающих 90 календарных дней, или 120 дней подряд, если пребывание разделено в соответствии с периодами занятости у того же работодателя, первой датой считается первая дата после пребывания, на которое я был застрахован в рамках полиса страхования здоровья.
- Если мне потребуются медицинские услуги в рамках полиса из-за необходимости срочной медицинской помощи, в таком случае я буду получать эти услуги в течение ограниченного периода, в ходе которого мое состояние здоровья будет стабилизировано и позволит переправить меня на постоянный уход за пределы Израиля, и в течение не более 30 дней.

## Г. Полный отказ от медицинской тайны

- Я, нижеподписавшийся, настоящим освобождаю любое медицинское учреждение, любую медицинскую лабораторию, медицинскую комиссию и всех их медицинских и других работников от обязанности соблюдать медицинскую и иную конфиденциальность по отношению к компании Menora Mivtachim Insurance Company Ltd. (далее: «Menora»).
- Настоящим я разрешаю всем перечисленным выше - в том числе медицинским комиссиям Института национального страхования Израиля, страховщикам, Министерству здравоохранения, Управлениям здравоохранения округов, органам Армии обороны Израиля, Министерству обороны, а также любому другому органу или учреждению, чье имя не указано в данном отказе от прав, а также любой компании, участвовавшей меня в прошлом или страхующей меня в настоящее время, предоставлять компании Menora или ее представителям - вместе или по отдельности - информацию со всеми подробностями, без исключения, относительно моего состояния здоровья и в отношении любой болезни, которой я страдал в прошлом или которой буду страдать в будущем, в том числе отчеты о моей госпитализации и / или мои медицинские карты и / или списки врачей, которых я посетил и / или дату моего присоединения к больничной кассе.

Отказ от конфиденциальности медицинской информации необходим для целей выяснения прав и обязанностей, возлагаемых в соответствии с настоящим полисом, и страховщик будет обращаться за этими медицинскими сведениями только в случае необходимости неотложной

## ג. 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 העלמת 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 לביין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי 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 השהיה שבו הייתי מבוטח 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 יאוצב מבחינה רפואית על מנת לאפשר העברתי להמשך 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 הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ואחרת כלפי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (שתקרא להלן- "מנורה")
- הריני נתון בזה שרות לכל המנויים לעיל- כולל הועדות הרפואיות על המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרדי 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 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 אצלם ביקרתי ו/או תאריך הצטרפותי לקופת חולים.
- הויתור על סודיות רפואית יהיה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכיות וחובות המוקנות 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 נתון 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 שיבוא במקומי.
- כתב ויתור זה יחול על ילד/י הקטין/נים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה זו.

