



## Tibbiy sug'urta uchun salomatlik holati haqida deklaratsiya - Isroildagi xorijliklar uchun הצהרת בריאות ביטוח רפואי לזרים בישראל

Deklaratsiyaga ilova qilingan va uning ajralmas qismi bo'lgan sug'urta arizasi bilan birga to'ldiriladi. To'g'ri ma'lumotni ko'rsatgan holda ushbu shaklni to'liq to'ldirish kerak.  
Shakl erkaklar va ayollar tomonidan to'ldirish uchun mo'ljallangan.

בכפוף לבקשת הביטוח המצורפת שהיא חלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות, אנה הקפד למלא טופס זה בצורה מדויקת ומלאה.  
טופס זה מיועד לגברים ולנשים כאחד.

Pasport raqami	מספר דרכון	Familiya	שם משפחה	Ism	שם פרטי	Tug'ilgan sana	תאריך לידה	Jins	מין
								<input type="checkbox"/> Erkak <input type="checkbox"/> Ayol	

Iltimos, deklaratsiyadagi barcha savollarga tanlangan javobning qarshisidagi ustundagi katakchaga ✓ - belgisini qo'ygan holda javob bering				בהצהרת בריאות זו עליך לענות על השאלות הבאות על ידי סימון "✓" בעמודה של התשובה המתאימה.	
A bo'limi: Umumiy savollar				כן	לא
				Ha	Yo'q
1	Bo'y uzunligi santimetrdada: _____ Vazn kilogrammda: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	גובה: _____ ס"מ משקל: _____ ק"ג	1
2	<input type="checkbox"/> Siz giyohvand moddalar qabul qilasizmi (qachondir qabul qilganmisiz)? <input type="checkbox"/> Siz muntazam ravishda spirtli ichimliklar iste'mol qilasizmi (qachondir iste'mol qilganmisiz)? Iltimos, iste'mol hajmini ko'rsating: Kuniga _____ stakan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> האם אתה משתמש, או השתמשת בסמים? <input type="checkbox"/> האם אתה שותה, או שתית בעבר משקאות אלכוהוליים באופן קבוע? נא לציין את כמות הצריכה: _____ ליום.	2
3	Oxirgi 10 yil ichida siz quyidagi tekshiruvlardan birortasiga (muntazam tekshiruvlardan tashqari) yo'llanma olganmisiz va ulardan haligacha o'tmaganmisiz yoki hali aniq tashxisga ega emasizmi? surunkali kasalliklar uchun tekshiruvlar, kateterizatsiya, suyak xaritasi, exokardiyografi, MRT, KT, ultratovush (homiladorlik davridagi ultratovush tekshiruvidan tashqari), biopsiya, yashirin qon tahlili, kolonoskopiya yoki gastroskopiya, autoimmun kasalliklar, shu jumladan qizil yugurik (Agar "Ha" bo'lsa, iltimos, davolovchi shifokoringizdan tekshiruvga yuborish sababi, tekshiruv natijalari va yakuniy tashxis ko'rsatilgan ma'lumotnomani taqdim eting.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם במהלך 10 השנים האחרונות הופנית לאחת מהבדיקות הבאות (מלבד כחלק מבדיקות שגרתיות) וטרם ביצעת אותה, או שטרם נקבעה לך אבחנה סופית, כגון: מחלות כרוניות, צנתור, מיפוי עצמות, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק מטיפול טרום לידתי שגרתית), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה או גסטרוסקופיה, מחלות אוטואימוניות כולל זאבת. (במידה ותשובתך "כן", נא לצרף אישור מהרופא המטפל, המציין הסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה והאבחנה הסופית.)	3
4	Sizda yaqinlashib kelayotgan operatsiyalar/transplantatsiyalar bormi yoki so'nggi 10 yil ichida sizda biron bir operatsiya o'tkazilganmi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם במהלך 10 השנים האחרונות, עברת או עומדת לעבור ניתוח/השתלה?	4
5	Oxirgi 10 yil ichida kasalxonaga yotqizilganmisiz? Iltimos, kasalxonaga yotqizish sabablarini va qabul qilingan davolanishni batafsil tavsiflab bering.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם במהלך 10 השנים האחרונות אושפזת בבית חולים? מידה ותשובתך "כן", נא לתאר בפירוט את סיבת האשפוז ואת הטיפול שקיבלת.	5
6	Oxirgi 10 yil davomida muntazam ravishda biron bir dori qabul qildingizmi (yoki qabul qilishga tavsiya oldingizmi)? Ushbu dorilarni qabul qilish uchun tibbiy ko'rsatmalaringizni, dorilarning nomini va davo kursini, shuningdek qabul qilish muddatini batafsil tavsiflang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם במהלך 10 השנים האחרונות אתה נוטל, או קיבלת המלצה ליטול, תרופות באופן קבוע? מידה ותשובתך "כן", נא לתאר בפירוט את הבעיה בה אתה מטופל/טופלת, את הטיפול, ומשך זמן הטיפול התרופתי?	6
7	Sizda aniqlangan allergiya formasi bormi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	האם אובחנת כסובל מאלרגיה כלשהי?	7
B bo'limi: Quyidagi kasalliklar, sindromlar, buzilishlar bilan bog'liq tibbiy tashxisingiz bormi?				כן	לא
				Ha	Yo'q
1	<input type="checkbox"/> Nevrologik kasalliklar <input type="checkbox"/> Miyada qon aylanishi buzilishi (insult) <input type="checkbox"/> Epilepsiya <input type="checkbox"/> Tarqoq skleroz <input type="checkbox"/> Mushak distrofiyasi yoki boshqa atrofik kasalliklar <input type="checkbox"/> Takroriy bosh aylanishi epizodlari <input type="checkbox"/> Bosh og'rig'i <input type="checkbox"/> Muvozanat buzilishi <input type="checkbox"/> Hushidan ketish <input type="checkbox"/> Parkinson kasalligi <input type="checkbox"/> Altsgeymer kasalligi <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Aqliy rivojlanishda orqada qolish <input type="checkbox"/> Autizm <input type="checkbox"/> Daun sindromi <input type="checkbox"/> Serebral falaj <input type="checkbox"/> Poliomieliit (bolalar falaji) <input type="checkbox"/> Goshe kasalligi <input type="checkbox"/> Sezgining yo'qolishi (uvishish) <input type="checkbox"/> Diqqat tanqisligi sindromi <input type="checkbox"/> Migren <input type="checkbox"/> Xotira yomonlashishi shikoyati bilan shifokorga tashrif buyurish (demensiya) <input type="checkbox"/> OITS <input type="checkbox"/> OIV tashuvchisi <input type="checkbox"/> Yugurik Agar siz ro'yxatdagi variantlardan kamida bittasini belgilagan bo'lsangiz, davolovchi shifokoringiz tomonidan berilgan aktual ma'lumotnomani taqdim eting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי (שבץ מוחי) <input type="checkbox"/> אפילפסיה <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה אטרופית אחרת <input type="checkbox"/> סחרחרות <input type="checkbox"/> כאבי ראש <input type="checkbox"/> הפרעות שיווי משקל <input type="checkbox"/> התעלפויות <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> מחלת אלצהיימר <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> פיגור שכלי <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פוליומיאליטיס (שיתוק תינוקות) <input type="checkbox"/> מחלת גושה <input type="checkbox"/> אובדן תחושה (קרוחת) <input type="checkbox"/> הפרעות קשב <input type="checkbox"/> מיגרנה <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא עם תלונות על ירידה בזיכרון (דמנציה) <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאי HIV <input type="checkbox"/> זאבת. אם התשובה לאחת או יותר מהשאלות לעיל היא "כן", נא לצרף מכתב עדכני מרופא מטפל.	1
2	<b>Yurak:</b> <input type="checkbox"/> Yurak aritmiyalari <input type="checkbox"/> Yurak kasalligi <input type="checkbox"/> Yurak yetishmovchiligi <input type="checkbox"/> Infarkt <input type="checkbox"/> Tug'ma yurak nuqsoni <input type="checkbox"/> Kateterizatsiya <input type="checkbox"/> Yurak klapani ishi buzilishi <input type="checkbox"/> Boshqa yurak kasalliklari / buzilishlari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>לב:</b> <input type="checkbox"/> הפרעות קצב לב <input type="checkbox"/> מחלת לב <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> מום לב מולד <input type="checkbox"/> צנתור <input type="checkbox"/> מחלות מסתמי לב <input type="checkbox"/> מחלת לב/בעיה אחרת	2

<b>3</b>	<b>Qon tomirlari:</b> <input type="checkbox"/> Tomirlarning varikoz kengayishi (oyoq tomirlari) <input type="checkbox"/> Uyqu arteriyasi kasalliklari (bo'yin arteriyalari) <input type="checkbox"/> Qon ivishining buzilishi <input type="checkbox"/> Qon kasalliklari <input type="checkbox"/> ChVT (chuqur venalar trombozi) <input type="checkbox"/> PAK (periferik arteriyalar kasalligi) <input type="checkbox"/> Qon tomir tizimining boshqa kasalliklari / buzilishlari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>כלי דם:</b> <input type="checkbox"/> דליות (בוורידים של הרגליים) <input type="checkbox"/> עורק הצוואר (בעורקי הצוואר) <input type="checkbox"/> הפרעות קרישה <input type="checkbox"/> מחלת דם <input type="checkbox"/> DVT פקקת <input type="checkbox"/> PVD (מחלת כלי דם היקפית) <input type="checkbox"/> מחלה אחרת/בעיה בכלי דם.	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>Metabolik kasalliklar:</b> <input type="checkbox"/> Qalqonsimon bez <input type="checkbox"/> Limfa tugunlari <input type="checkbox"/> So'lak bezlari <input type="checkbox"/> Ter bezlari <input type="checkbox"/> Gipofiz <input type="checkbox"/> Diabeti <input type="checkbox"/> Gipertoniya <input type="checkbox"/> Semizlik/Yuqori xolesterin <input type="checkbox"/> Boshqa metabolik kasalliklar/buzilishlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>מחלות מטבוליות:</b> <input type="checkbox"/> בלוטת התריס <input type="checkbox"/> בלוטת לימפה <input type="checkbox"/> בלוטת רוק <input type="checkbox"/> בלוטת זיעה <input type="checkbox"/> בלוטת יותרת המוח <input type="checkbox"/> סכרת - במידה והתשובה חיובית יש לציין סוג סכרת ( סכרת סוג 1/2) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> רמות גבוהות של שומנים/כולסטרול <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה מטבולית אחרת	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>Nafas organlari:</b> <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Sil kasalligi <input type="checkbox"/> O'SOK (o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi) <input type="checkbox"/> Changga allergiya <input type="checkbox"/> Surunkali respirator infeksiyalar va xansirash <input type="checkbox"/> O'pka kollapsi(pnevomotoraks) <input type="checkbox"/> Kistoz fibroz <input type="checkbox"/> Nafas tizimining boshqa kasalliklari / buzilishlari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>מערכת הנשימה:</b> <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) <input type="checkbox"/> קדחת השחית זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה וקוצר נשימה <input type="checkbox"/> חזה אויר (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת הנשימה	<b>5</b>
<b>6</b>	<b>Ovqat hazm qilish tizimi:</b> <input type="checkbox"/> Yara (oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak) <input type="checkbox"/> Jig'ildon qaynashi <input type="checkbox"/> Kron kasalligi <input type="checkbox"/> Kolit <input type="checkbox"/> Reflyuks <input type="checkbox"/> Gemorroy <input type="checkbox"/> Yoriqlar/oqmalar <input type="checkbox"/> Ichak tutilishi <input type="checkbox"/> Me'da osti bezi kasalliklari/infeksiyalari <input type="checkbox"/> Qizilo'ngach kasalliklari <input type="checkbox"/> O't pufagi kasalliklari <input type="checkbox"/> O't qopida toshlar <input type="checkbox"/> Ovqat hazm qilish tizimining boshqa kasalliklari/buzilishlari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>מערכת העיכול:</b> <input type="checkbox"/> כיב (תריסרון/קיבה) <input type="checkbox"/> צרבת <input type="checkbox"/> מחלת קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> רפלוקס <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> פיטורה/פיסטולה <input type="checkbox"/> חסימת מעיים <input type="checkbox"/> מחלות בלבב / זיהומים <input type="checkbox"/> ושת <input type="checkbox"/> כיס מרה <input type="checkbox"/> אבנים בכיס המרה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>Jigar:</b> <input type="checkbox"/> Sariqlik <input type="checkbox"/> Gepatit B, C, D <input type="checkbox"/> Jigar yog' bosishi <input type="checkbox"/> Sirroz <input type="checkbox"/> Boshqa jigar kasalliklari / buzilishlari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>כבד:</b> <input type="checkbox"/> צהבת <input type="checkbox"/> הפטיטיס B, C, D <input type="checkbox"/> כבד שומני / שחמת, <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול	<b>7</b>
<b>8</b>	<b>Churralar:</b> <input type="checkbox"/> Churra joylashuvi: Diafragmaning qizilo'ngach teshigi / Kindik / O'ng chov / Chap chov churrasasi. Sizda churra bo'yicha operatsiya o'tkazilganmi? <input type="checkbox"/> Yo'q <input type="checkbox"/> Ha (sanani ko'rsating) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>בקע:</b> <input type="checkbox"/> מיקום הבקע: בטרעפת / בטבור / במפשעה הימנית / במפשעה השמאלית. עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי (תאריך)? _____	<b>8</b>
<b>9</b>	<b>Buyraklar va siydik yo'llari:</b> <input type="checkbox"/> Surunkali infeksiyalar <input type="checkbox"/> Buyrak va siydik pufagidagi toshlar <input type="checkbox"/> Buyrak kistalari <input type="checkbox"/> Siydik chiqarish yo'llari tuzilishining o'ziga xosliklari <input type="checkbox"/> Buyrak yetishmovchiligi, <input type="checkbox"/> Buyraklar va siydik yo'llarining boshqa kasalliklari / buzilishlari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>כליות ודרכי השתן:</b> <input type="checkbox"/> זיהומים חוזרים <input type="checkbox"/> אבנים בכליות ובשתן <input type="checkbox"/> ציסטות בכליות <input type="checkbox"/> אנומליות בדרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת בדרכי השתן	<b>9</b>
<b>10</b>	<b>Bo'g'imlar va suyaklar:</b> <input type="checkbox"/> Artrit Podagra <input type="checkbox"/> Bel/ umurtqa pog'onai muammolari <input type="checkbox"/> Bo'g'imlar bilan bog'liq muammolar <input type="checkbox"/> Tizza bo'g'imi kasalliklari <input type="checkbox"/> Bo'g'imlar va suyaklar bilan bog'liq boshqa kasalliklar / muammolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>מפרקים ועצמות:</b> <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> גאוט <input type="checkbox"/> גב / עמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה במפרקים ועצמות אחרות	<b>10</b>
<b>11</b>	<b>Teri va venerologik kasalliklari:</b> <input type="checkbox"/> Teri hosilalari <input type="checkbox"/> Teri shikastlanishi <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Jinsiy yo'l bilan yuqadigan kasalliklar <input type="checkbox"/> Sifilis <input type="checkbox"/> Boshqa teri va venerologik kasalliklar/buzilishlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>מחלות עור ומין:</b> <input type="checkbox"/> גידולי עור <input type="checkbox"/> נגעני עור <input type="checkbox"/> פסוריאזיס <input type="checkbox"/> מחלות המועברות במגע מיני <input type="checkbox"/> עגבת <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה עור ומין אחרות	<b>11</b>
<b>12</b>	<b>Yomon sifatli o'smalar/kasalliklar (saraton)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>גידולים/מחלות ממאירים (סרטן)</b>	<b>12</b>
<b>13</b>	<b>Otorinolarologik kasalliklar (quloq, tomoq, burun):</b> <input type="checkbox"/> Uyqudagi apnoe sindromi <input type="checkbox"/> Burun poliplari <input type="checkbox"/> Sinusit <input type="checkbox"/> Boshqa otorinolarologik kasalliklar / buzilishlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>מחלות אף אוזן וגרון:</b> <input type="checkbox"/> תסמונת דום נשימה בשינה <input type="checkbox"/> פוליפ באף <input type="checkbox"/> סינוסיטיס <input type="checkbox"/> מחלות/בעיות אחרות באף, אוזן וגרון	<b>13</b>
<b>14</b>	<b>Ayollar uchun:</b> <input type="checkbox"/> Mammologiya (shu jumladan ko'krakni kattalashtirish) <input type="checkbox"/> Ginekologiya <input type="checkbox"/> Ayollarning reproductiv tizimi bilan bog'liq boshqa kasalliklar/o'ziga xosliklar <input type="checkbox"/> Siz hozirda homiladormisiz? <input type="checkbox"/> Sizda qachondir Kesarcha kesish amaliyoti o'tkazilganmi? Agar "Ha" bo'lsa, sanasini ko'rsating:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>נשים:</b> <input type="checkbox"/> שדיים (כולל הגדלת חזה) <input type="checkbox"/> מערכת גינקולוגית <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה נשית אחרת <input type="checkbox"/> את בהריון? <input type="checkbox"/> עברת לידה קיסרית? אם "כן" נא לציין מתי (תאריך)	<b>14</b>
<b>15</b>	<b>Erkaklar uchun:</b> <input type="checkbox"/> Prostata bezi kasalliklari <input type="checkbox"/> Varikosele / Gidrosele <input type="checkbox"/> Erkak reproductiv tizimining boshqa kasalliklari/buzilishlari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>לגברים:</b> <input type="checkbox"/> בעיות בערמונית <input type="checkbox"/> דליות אשכים / אשך טמיר <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה גברית אחרת	<b>15</b>

פירוט ממצאים חיוביים	Qo'shimcha ma'lumot

ג. ויתור סודיות רפואית	C. Shifokorlik sirini oshkor qilish uchun ruxsat:
<p>אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"הכשרה חברה 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 מחלותיי כן"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.</p>	<p>Men, quyida imzo chekuvchi, ushbu ariza bilan tibbiy muassasaga va/yoki uning xodimlariga va/yoki muassasa nomidan yoki uning vakili sifatida faoliyat yurituvchi har qanday shaxsga "Hashara Insurance Ltd."ga (keyingi o'rinlarda "So'rovchi tomon" deb yuritiladi) mening hozirgi va o'tmishdagi salomatligim haqida, shu jumladan psixiatrik davo yoki har qanday psixoterapevtik davo bilan bog'liq har qanday tibbiy holatga oid ma'lumotlarni cheklamagan holda So'ragan tomon talab qilgan shaklda taqdim etishga ruxsat beraman, va shu bilan sizni va/yoki sizning xodimlaringizni va/yoki sizning nomingizdan yoki sizning vakilingiz sifatida faoliyat yurituvchi har qanday shaxsni yuqoridagi ma'lumotlarga ko'ra mening sog'ligim va/yoki tibbiy holatim bilan bog'liq barcha masalalarda tibbiy sirni saqlash majburiyatidan ozod etaman, va men So'ragan tomonni ham bunday majburiyatdan ozod etaman va yuqoridagi holatlar yuzasidan sizga qarshi hech qanday da'vo yoki talablarim yo'qligini tasdiqlayman, va men Maxfiylikni himonga qilish to'g'risidagi qonun va/yoki Bemorlar huquqlari to'g'risidagi qonunga asoslanib, tibbiy maxfiylik va/yoki boshqa qonunlarning buzilishi bo'yicha bilan hech qanday da'vo bildirmayman.</p>

ד. הצהרת המבקש/ המועמד לביטוח	D. Sug'urta uchun ariza bergan shaxsning arizasi:
<p>אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: "ההצעה").</p> <p>אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.</li> <li>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 ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.</li> <li>אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.</li> <li>אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.</li> <li>במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות הכשרה חברה לביטוח בכל עת בטלפון מס' *3453</li> </ol>	<p>Men, quyida imzo chekuvchi, sug'urta qilish uchun ariza beruvchi, ushbu ariza bilan sug'urtalovchidan arizachini ushbu shaklda ko'rsatilgan ma'lumotlarga muvofiq sug'urta qilishni so'rayman (keyingi o'rinlarda: "Taklif").</p> <p>Men quyidagilarni bildiraman, tasdiqlayman va kafolatlayman:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Taklif va/yoki Salomatlik haqidagi deklaratsiyasida bergan barcha javoblarim to'liq va to'g'ri; men sug'urta yetkazib beruvchisidan sug'urta taklifini qabul qilish to'g'risidagi qaroriga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan hech qanday ma'lumotni yashirganim yo'q.</li> <li>Taklifda bergan javoblarim, shuningdek, sug'urtalovchiga yozma shaklda taqdim etgan boshqa ma'lumotlar, bunday hollarda sug'urtalovchi tomonidan qo'llaniladigan standart shartlar bilan bir qatorda, sug'urtalovchi va men o'rtamdagi sug'urta shartnomasining ajralmas qismi sifatida uning shartlarini tashkil etadi.</li> <li>Ushbu ariza bilan men taklifimni qabul qilish yoki rad etish to'liq sug'urta kompaniyasining ixtiyoriga bog'liqligini tan olaman va unga rozilik bildiraman, u huquqiy nuqtai nazaridan kelib chiqqan holda Taklifni qabul qilish yoki rad etish to'g'risida qaror qabul qilish huquqiga ega.</li> <li>Men ushbu Taklifda so'ralgan sug'urta dasturi bo'yicha sug'urta polisi menga ushbu Taklifning boshida tafsilotlari ko'rsatilgan agent orqali taqdim etilishiga roziman.</li> <li>Agar siz to'g'ridan-to'g'ri imzolash tartibi va polisni sotib olish tartibiga oid polis va/yoki ma'lumotlarni olishni istasangiz, istalgan vaqtda *3453 raqamiga qo'ng'iroq qilib Hashara bilan bog'lanishingiz mumkin.</li> </ol>

ה. הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות	E. Maxfiylikni himoya qilish to'g'risidagi qonunga muvofiq ma'lumotlardan
<p>תשומת ליבך, כי לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע, אך היה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/ לטפל בפנייתך.</p> <p>המידע המבוקש נדרש לנו, בין היתר, לצורך מתן הצעה לביטוח ו/או התקשרות בעסקת ביטוח ו/או מתן שירות לפוליסה קיימת ו/או טיפול בתביעות ו/או ויתור בביטוח ושיווק פנסיוני, המידע משמש את הכשרה גם לצורך עיבוד נתונים על לקוחות החברה.</p> <p>המידע יימסר לגורמים התומכים בפעילות הביטוחית של החברה וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים, בין היתר, גם בקשר למטרות אלו.</p> <p>לפירוט בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: <a href="http://www.hcsra.co.il">www.hcsra.co.il</a>.</p> <p>במדיניות הפרטיות של החברה, תמצא גם מענה באשר לאופן מימוש זכותך לעיין במידע השמור אודותיך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדין.</p> <p>ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות לממונה על הגנת הפרטיות או לממונה על פניות הציבור.</p>	<p>E'tibor bering, sizda so'ralgan ma'lumotlarni taqdim etish bo'yicha qonuniy majburiyat yo'q. Biroq, agar siz bunday ma'lumotlarni taqdim etishni rad etsangiz, biz sizga so'ralgan xizmat yoki jarayonni taklif eta olmaymiz.</p> <p>So'ralayotgan ma'lumotlar sug'urta taklifini shakllantirish, sug'urta shartnomasini tuzish, mavjud siyosat doirasida xizmatlar ko'rsatish, da'volarni ko'rib chiqish, sug'urta vositachiligi va pensiya xizmatlari marketingi uchun zarur. Hachshara kompaniyasi, shuningdek, ushbu ma'lumotlardan mijozlar ma'lumotlarini qayta ishlash uchun foydalanadi.</p> <p>Ma'lumotlar kompaniya sug'urta xizmatlarini ko'rsatishda hamkorlik qiladigan yuridik shaxslarga, shuningdek yetkazib beruvchilar va boshqa uchinchi shaxslarga, jumladan yuqorida ko'rsatilgan maqsadlar uchun ham uzatiladi.</p> <p>Ma'lumotlar so'ralayotgan qo'shimcha maqsadlar va ular oshkor etilishi mumkin bo'lgan shaxslar haqida batafsil ma'lumot olish uchun kompaniyaning "Maxfiylik siyosati" hujjatiga qarang. U kompaniyaning veb-saytida joylashtirilgan: <a href="http://www.hcsra.co.il">www.hcsra.co.il</a></p> <p>Maxfiylik siyosatiga muvofiq, kompaniya sizning kompaniya ixtiyoridagi o'zingiz haqingizdagi ma'lumotlarni tekshirish huquqingiz va agar bunday talab amaldagi qonunchilikka zid bo'lmasa, uni tuzatishni so'rash huquqingiz haqida ham xabar beradi.</p> <p>Kompaniyaning ma'lumotlar bazalari, shuningdek ular uchun mas'ul shaxslar haqida savollaringiz bo'lsa, ma'lumotlarni himoya qilish bo'yicha mutaxassis yoki fuqarolar murojaatlari bo'yicha mutaxassisga murojaat qilishingiz mumkin.</p>

Sug'urta uchun ariza bergan shaxsning imzosi			התימת המועמד לביטוח				
Imzo	חתימה	Ariza beruvchining ismi	שם המועמד לביטוח	Pasport raqami	מס' דרכון	Sana	תאריך
_____ x							