



מספר סוכן:
שם הסוכן:

Health Statement for Medical Insurance - Foreigners in Israel

הצהרת בריאות ביטוח רפואי לזרים בישראל

Subject to the Insurance Application attached hereto which is inseparable part of the Health Statement, Please make sure that you fill out this Form accurately and completely. This Form is designed for men and women alike.

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

Passport no.	מספר דרכון	Last name	שם משפחה	First name	שם פרטי	Date of birth	תאריך לידה	Gender
								Female <input type="checkbox"/> נקבה Male <input type="checkbox"/> זכר

In this Health Statement you should answer the following questions by marking "✓" on the column of the appropriate answer. **בהצהרת בריאות זו עליך לענות על השאלות הבאות על ידי סימון "✓" בעמודה של התשובה המתאימה.**

Section A: General Questions		כן Yes	לא No	סעיף א': שאלות כלליות
1	Height in cm: _____ Weight in kg: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 גובה: _____ ס"מ משקל: _____ ק"ג
2	<input type="checkbox"/> Do you use, or have you been using narcotics? <input type="checkbox"/> Do you drink, or have you been drinking alcoholic beverages regularly? Please specify the quantity of consumption: _____ glasses per day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <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.
3	During the last 10 years, have you been referred to any of the following examinations (other than as part of routine checkups) and not yet taken it, or not yet had a final diagnosis determined for you, such as: chronic illnesses, catheterization, bone mapping, echocardiography, MRI, CT, ultrasound (other than as part of routine prenatal care), biopsy, occult blood, colonoscopy or gastroscopy, autoimmune diseases including lupus (if "Yes", please submit a certificate from the attending physician, stating the reason for performing the examination, the examination outcomes and final diagnosis.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 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.)
4	Are you now, or have you been sometime during the last 10 years, about to undergo a surgery/transplantation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 האם במהלך 10 השנים האחרונות, עברת או עומדת לעבור ניתוח/השתלה?
5	During the last 10 years, have you been hospitalized? Please describe in details the reason for hospitalization and the treatment that you have received.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 האם במהלך 10 השנים האחרונות אושפדת בבית חולים? מידה ותשובתך "כן", נא לתאר בפירוט את סיבת האשפוז ואת הטיפול שקיבלת.
6	During the last 10 years, have you been taking, or have you received a recommendation to take, medications regularly? Please describe in details the problem for which you are treated/ have been treated, the treatment, and for how long have you been taking the said medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 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?
7	Have you been diagnosed as suffering from any allergies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 האם אובחנת כסובל מאלרגיה כלשהי?
Section B: Have you been diagnosed with any illness, syndrome, disorder related to one or more of the issues specified below:		כן Yes	לא No	סעיף ב': האם אובחנת עם כל מחלה, תסמונת, הפרעה הקשורה לאחת או יותר מהנושאים המפורטים להלן:
1	<input type="checkbox"/> The nervous system <input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident (stroke) <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis <input type="checkbox"/> Muscular dystrophy or other atrophic disease <input type="checkbox"/> Reoccurring dizziness <input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> Balance disorders <input type="checkbox"/> Fainting <input type="checkbox"/> Parkinson's syndrome <input type="checkbox"/> Alzheimer's disease <input type="checkbox"/> Trembling <input type="checkbox"/> Mental retardation <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Down's syndrome <input type="checkbox"/> Cerebral palsy <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (infantile paralysis) <input type="checkbox"/> Gaucher's disease <input type="checkbox"/> Loss of sensation (numbness) <input type="checkbox"/> Attention deficit disorders <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Have you applied to a physician with complaints regarding declined memory (dementia) <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> HIV carrier <input type="checkbox"/> Lupus If the answer to one or more of the questions above is "Yes", please attach an up-to-date letter from the attending doctor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <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"/> סחרחורות <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 (קהות) <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.
2	Heart: <input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmias <input type="checkbox"/> Heart disease <input type="checkbox"/> Heart failure <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Congenital heart defect <input type="checkbox"/> Catheterization <input type="checkbox"/> Heart valve diseases <input type="checkbox"/> other heart disease / problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 לב: <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
3	Blood vessels: <input type="checkbox"/> Varicose vein (in the veins of the legs) <input type="checkbox"/> Carotid artery (in the arteries of the neck) <input type="checkbox"/> Coagulation disorders <input type="checkbox"/> Blood disease <input type="checkbox"/> DVT (Thrombosis) <input type="checkbox"/> PVD (Peripheral Vascular Disease) <input type="checkbox"/> other vascular disease / problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 כלי דם: <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.

4 Metabolic diseases: <input type="checkbox"/> Thyroid gland <input type="checkbox"/> Lymph node <input type="checkbox"/> Salivary gland <input type="checkbox"/> Sweat gland <input type="checkbox"/> Pituitary gland <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> High levels of fats / cholesterol <input type="checkbox"/> other metabolic disease / problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 מחלות מטבוליות: <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
5 Respiratory system: <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> COPD (chronic obstructive pulmonary disease) <input type="checkbox"/> Hay fever Recurrent respiratory infections and Shortness of breath <input type="checkbox"/> Collapsed lung (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosi <input type="checkbox"/> Other respiratory system disease / problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 מערכת הנשימה: <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
6 Digestive system: <input type="checkbox"/> Ulcer (duodenum/gastric) <input type="checkbox"/> Heartburn <input type="checkbox"/> Crohn's disease <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Hemorrhoids <input type="checkbox"/> Fissure/Fistula <input type="checkbox"/> Bowel obstruction <input type="checkbox"/> Pancreatic diseases / infections <input type="checkbox"/> Esophagus <input type="checkbox"/> Gallbladder <input type="checkbox"/> Gall-bladder stones <input type="checkbox"/> Other digestive system disease / problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 מערכת העיכול: <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"/> פיסורה/פיסטולה <input type="checkbox"/> חסימת מעיים <input type="checkbox"/> מחלות לבלב / זיהומים <input type="checkbox"/> וושט <input type="checkbox"/> כיס מרה <input type="checkbox"/> אבנים בכיס המרה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול
7 Liver: <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Hepatitis B, C, D <input type="checkbox"/> Fatty liver <input type="checkbox"/> Cirrhosis <input type="checkbox"/> other digestive system disease / problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 כבד: <input type="checkbox"/> צהבת <input type="checkbox"/> הפטיטיס B, C, D <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> שחמת <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול
8 Hernia: <input type="checkbox"/> Location of the hernia: In the diaphragm / in the navel / in the right groin / in the left groin. Have you undergone a surgery to treat the hernia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, when (date)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 בקע: <input type="checkbox"/> מיקום הבקע: בסרעפת / בטבור / במפשעה הימנית / במפשעה השמאלית. <input type="checkbox"/> עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי (תאריך)? _____
9 Kidney and urinary tract: <input type="checkbox"/> Recurrent infections <input type="checkbox"/> Kidney and urinary stones <input type="checkbox"/> Kidney cysts <input type="checkbox"/> Anomalies of urinary tract <input type="checkbox"/> Renal failure <input type="checkbox"/> other kidney and urinary tract disease / problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 כליות ודרכי השתן: <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
10 Joints and bones: <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Gout <input type="checkbox"/> Back / spine <input type="checkbox"/> Joints <input type="checkbox"/> Knees <input type="checkbox"/> Other joints and bones disease / problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 מפרקים ועצמות: <input type="checkbox"/> דלקת מפרקים <input type="checkbox"/> גאוט <input type="checkbox"/> גב / עמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים ברכיים <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה במפרקים ועצמות אחרות
11 Skin and sex diseases: <input type="checkbox"/> Skin tumors <input type="checkbox"/> Skin lesions <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Sexually transmitted diseases <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Other skin and sex diseases disease / problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 מחלות עור ומין: <input type="checkbox"/> גידולי עור <input type="checkbox"/> נגעי עור <input type="checkbox"/> פסוריאזיס <input type="checkbox"/> מחלות המועברות במגע מיני <input type="checkbox"/> עגבת <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה עור ומין אחרות
12 Malignant tumors / diseases (cancer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 גידולים/מחלות ממאירים (סרטן)
13 Nose, ear and throat diseases: <input type="checkbox"/> Sleep apnea syndrome <input type="checkbox"/> Nasal polyp <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Other nose <input type="checkbox"/> ear and throat disease / problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 מחלות אף אוזן וגרון: <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
14 For women: <input type="checkbox"/> Breasts (including breast enlargement) <input type="checkbox"/> Gynecological system <input type="checkbox"/> disease / other feminine problem <input type="checkbox"/> Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Have you undergone a cesarean delivery? if "Yes" please specify when (date)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 לנשים: <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)
15 For men: <input type="checkbox"/> Prostate problems <input type="checkbox"/> Varicocele / Hydrocele <input type="checkbox"/> Other masculine disease / problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 לגברים: <input type="checkbox"/> בעיות בערמונית <input type="checkbox"/> דליות אשכים / אשך טמיר <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה גברית אחרת
Please provide details			פירוט ממצאים חיוניים
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

C. Waiver of medical confidentiality		ג. ויתור סודיות רפואית	
<p>I, the undersigned, hereby permit the medical institution and/or your employees and/or any person working on your behalf or as your agent, to provide "Hashara Insurance Ltd." (hereinafter: the "Requester") with all details, with no exception, regarding my medical condition and/or any disease from which I suffered in the past and/or from which I suffer at present, including information on psychiatric or other mental therapy that I underwent, in the manner requested by the Requester, and I hereby release you and/or your employees and/or any person working on your behalf or as your agent from the duty of medical confidentiality on all matters related to my medical condition and/or diseases as foregoing, and I waive such confidentiality with respect to the Requester, and shall have no claim or demand against you in connection to the foregoing, including claims by virtue of the Privacy Protection Law and/or the Patient's Rights Law regarding medical confidentiality and/or any other law.</p>		<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 כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.</p>	
D. Applicant / insurance candidate declaration		ד. הצהרת המבקש / המועמד לביטוח	
<p>I the undersigned, the insurance candidate, hereby request the insurer to insure the insurance candidate pursuant to the details in this form (hereinafter: "the Proposal"). I hereby represent, agree and undertake that:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 the insurer and me 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 agree that the insurance policy of the insurance plans requested in this proposal be delivered to me by means of the agent whose details appear at the beginning of this proposal. If you wish to receive the policy and/or the information in the framework of the underwriting procedure and the procedure of joining this policy directly, as well, you may contact Hashara at any time by phoning *3453 		<p>אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: "ההצעה"). אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולת או דחייתה של הצעתה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. 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 	
E. Consent to the Use of Information under the Privacy Protection Law		ה. הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות	
<p>Please note that you are under no legal obligation to provide the requested information. However, if you choose not to provide such information, we will not be able to offer you the service or process your request. The requested information is required, among other purposes, for the provision of an insurance proposal and/or entering into an insurance transaction and/or providing service in relation to an existing policy and/or handling claims and/or insurance intermediation and pension marketing. The information is also used by Hachshara for the purpose of data processing concerning the company's clients. The information will be transferred to entities supporting the company's insurance activity, as well as to suppliers and other third parties, including in connection with the aforementioned purposes. For further details regarding additional purposes for which the information is requested and the parties to whom it may be disclosed, please refer to the company's Privacy Policy, available on its website at: www.hcsra.co.il The company's Privacy Policy also provides information regarding your right to review the information held about you and to request its correction, subject to applicable law. To contact the company regarding its databases, including the persons responsible for them, you may reach out to the Data Protection Officer or the Public Inquiries Officer.</p>		<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. 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 תיווך בביטוח ושיווק פנסיוני, המידע משמש את הכשרה גם לצורך עיבוד נתונים על לקוחות החברה. המידע יימסר לגורמים התומכים בפעילות הביטוחית של החברה וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים, בין היתר, גם בקשר למטרות אלו. לפירוט בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hcsra.co.il במדיניות הפרטיות של החברה, תמצא גם מענה באשר לאופן מימוש זכותך לעיין במידע השמור אודותיך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדין. 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>	
Signature of the Insurance Candidate		חתימת המועמד לביטוח	
Signature	חתימה	Name of insurance candidate	שם המועמד לביטוח
Passport no.	מס' דרכון	Date	תאריך
<p>_____ x</p>			