



## Декларация о состоянии здоровья для медицинской страховки – Для иностранцев в Израиле

### הצהרת בריאות ביטוח רפואי לזרים בישראל

Подлежит заполнению вместе с заявкой на страхование, которая прилагается к декларации и является ее неотъемлемой частью. Необходимо заполнить данную форму полностью, указав корректную информацию. Форма составлена для заполнения как мужчинами, так и женщинами.

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

מיון	מספר	פאמיליא	שם משפחה	Имя	שם פרטי	Дата	תאריך	Пол
	паспорта	דרכון				рождения	לידה	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский

**Просим Вас ответить на все вопросы в декларации, проставив галочку "✓" в колонке напротив выбранного ответа.**

**בהצהרת בריאות זו עליך לענות על השאלות הבאות על ידי סימון "✓" בעמודה של התשובה המתאימה.**

Section A: General Questions		כן	לא	סעיף א': שאלות כלליות
		Да	Нет	
<b>1</b>	Рост в сантиметрах: _____ Вес в килограммах: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> גובה: _____ ס"מ משקל: _____ ק"ג
<b>2</b>	<input type="checkbox"/> Употребляете ли Вы (употребляли ли когда-нибудь) наркотики? <input type="checkbox"/> Употребляете ли Вы (употребляли ли когда-нибудь) алкоголь регулярно? Укажите объем потребления: _____ стаканов в день	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2</b> האם אתה משתמש, או השתמשת בסמים? האם אתה שותה, או שתית בעבר משקאות אלכוהוליים באופן קבוע? נא לציין את כמות הצריכה: _____ ליום.
<b>3</b>	Получали ли Вы в течение последних 10 лет направления на какие-либо из следующих обследований (за исключением обычных плановых) и еще не прошли их, либо еще не получили окончательный диагноз: обследования в связи с хроническими заболеваниями, катетеризация, костное картирование, эхокардиография, МРТ, КТ, ультразвуковые исследования (за исключением регулярных УЗИ во время беременности), биопсия, анализ на скрытую кровь, колоноскопия или гастроскопия, обследования на аутоиммунные заболевания, включая волчанку. (если "Да", просим Вас предоставить справку от лечащего врача с указанием причины для направления на обследование, результаты обследования и окончательный диагноз.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>3</b> 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 שגרתי), 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.)
<b>4</b>	Предстоит ли Вам в ближайшее время какая-либо хирургическая операция/трансплантация, либо проводились ли Вам подобные операции в течение последних 10 лет?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>4</b> האם במהלך 10 השנים האחרונות, עברת או עומדת לעבור ניתוח/השתלה?
<b>5</b>	Были ли у Вас за последние 10 лет случаи госпитализации? Опишите подробно причины госпитализации и лечение, которое Вы получали.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>5</b> האם במהלך 10 השנים האחרונות אושפזת בבית חולים? מידה ותשובתך "כן", נא לתאר בפירוט את סיבת האשפוז ואת הטיפול שקיבלת.
<b>6</b>	Принимали ли Вы (либо получали рекомендации принимать) на протяжении последних 10 лет какие-либо медицинские препараты на регулярной основе? Опишите подробно Ваши медицинские показания к приему этих препаратов, название препаратов и курс лечения, а также продолжительность приема.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>6</b> 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?
<b>7</b>	Есть ли у Вас диагностированные формы аллергии?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>7</b> האם אובחנת כסובל מאלרגיה כלשהי?
<b>Раздел В: Есть ли у Вас медицинские диагнозы, связанные с какими-либо из следующих заболеваний, синдромов, расстройств?:</b>		<b>כן</b>	<b>לא</b>	<b>סעיף ב': האם אובחנת עם כל מחלה, תסמונת, הפרעה הקשורה לאחת או יותר מהנושאים המפורטים להלן:</b>
<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Неврологические заболевания <input type="checkbox"/> Нарушения мозгового кровообращения (инсульт) <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Рассеянный склероз <input type="checkbox"/> Мышечная дистрофия или другие атрофические заболевания <input type="checkbox"/> Повторяющиеся эпизоды головокружения <input type="checkbox"/> Головные боли <input type="checkbox"/> Нарушения равновесия <input type="checkbox"/> Обмороки <input type="checkbox"/> Болезнь Паркинсона <input type="checkbox"/> Болезнь Альцгеймера <input type="checkbox"/> Тремор <input type="checkbox"/> Задержка умственного развития <input type="checkbox"/> Аутизм <input type="checkbox"/> Синдром Дауна <input type="checkbox"/> Церебральный паралич <input type="checkbox"/> Полиомиелит (детский паралич) <input type="checkbox"/> Болезнь Гоше <input type="checkbox"/> Потери чувствительности (онемение) <input type="checkbox"/> Синдром дефицита внимания <input type="checkbox"/> Мигрень <input type="checkbox"/> Обращения к врачу с жалобами на ухудшение памяти (деменция) <input type="checkbox"/> СПИД <input type="checkbox"/> Носитель ВИЧ <input type="checkbox"/> Волчанка Если Вы отметили хотя бы один из перечисленных вариантов, просим Вас предоставить актуальную справку от лечащего врача.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>1</b> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי (שבץ מוחי) <input type="checkbox"/> אפילפסיה <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> גיוון 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	<b>Сердце:</b> <input type="checkbox"/> Аритмии сердца <input type="checkbox"/> Заболевания сердца <input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность <input type="checkbox"/> Инфаркт <input type="checkbox"/> Врожденный порок сердца <input type="checkbox"/> Катетеризация <input type="checkbox"/> Нарушения работы сердечных клапанов <input type="checkbox"/> Иные сердечные заболевания/расстройства			<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
3	<b>Кровеносные сосуды:</b> <input type="checkbox"/> Варикозное расширение вен (вены нижних конечностей) <input type="checkbox"/> Заболевания сонной артерии (артерии шеи) <input type="checkbox"/> Нарушения свертывания крови <input type="checkbox"/> Заболевания крови <input type="checkbox"/> ТГВ (Тромбоз глубоких вен) <input type="checkbox"/> ЗПА (Заболевание периферических артерий) <input type="checkbox"/> Иные заболевания/расстройства сосудистой системы			<b>כלי דם:</b> <input type="checkbox"/> דליות (בורידים 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	<b>Метаболические расстройства:</b> <input type="checkbox"/> Щитовидная железа <input type="checkbox"/> Лимфатические узлы <input type="checkbox"/> Слюнные железы <input type="checkbox"/> Потовые железы <input type="checkbox"/> Гипофиз <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Ожирение / повышенный уровень холестерина <input type="checkbox"/> Иные метаболические заболевания/расстройства			<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 <input type="checkbox"/> 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	<b>Органы дыхания:</b> <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Туберкулез <input type="checkbox"/> ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) <input type="checkbox"/> Аллергия на пыльцу <input type="checkbox"/> Хронические респираторные инфекции и одышка <input type="checkbox"/> Коллапс легкого (пневмоторакс) <input type="checkbox"/> Кистозный фиброз <input type="checkbox"/> Иные заболевания/расстройства респираторной системы			<b>מערכת הנשימה:</b> <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) <input type="checkbox"/> קדחת השחח 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	<b>Пищеварительная система:</b> <input type="checkbox"/> Язва (желудка, двенадцатиперстной кишки) <input type="checkbox"/> Изжога <input type="checkbox"/> Болезнь Крона <input type="checkbox"/> Колит <input type="checkbox"/> Рефлюкс <input type="checkbox"/> Геморрой <input type="checkbox"/> Трещины/Свищи <input type="checkbox"/> Непроходимость кишечника <input type="checkbox"/> Заболевания/инфекции поджелудочной железы <input type="checkbox"/> Заболевания пищевода <input type="checkbox"/> Заболевания желчного пузыря <input type="checkbox"/> Камни в желчном пузыре <input type="checkbox"/> Иные заболевания/расстройства пищеварительной системы			<b>מערכת העיכול:</b> <input type="checkbox"/> כיב (תריסריון/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"/> ושט <input type="checkbox"/> כיס מרה <input type="checkbox"/> אבנים בכיס המרה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול
7	<b>Печень:</b> <input type="checkbox"/> Желтуха <input type="checkbox"/> Гепатит В, С, D <input type="checkbox"/> Ожирение печени <input type="checkbox"/> Цирроз <input type="checkbox"/> Иные заболевания/расстройства печени			<b>כבד:</b> <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	<b>Грыжи:</b> <input type="checkbox"/> Локация грыжи: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы / Пупочная / В правом паху / В левом паху. Проводилось ли Вам хирургическое вмешательство по поводу грыжи? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (укажите дату) _____			<b>בקע:</b> <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	<b>Почки и мочевыводящие пути:</b> <input type="checkbox"/> Хронические инфекции <input type="checkbox"/> Камни в почках и мочевом пузыре <input type="checkbox"/> Кисты почек <input type="checkbox"/> Особенности строения мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> Почечная недостаточность, <input type="checkbox"/> Иные заболевания/расстройства почек и мочевыводящих путей			<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 אחרות בדרכי השתן
10	<b>Суставы и кости:</b> <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Подагра <input type="checkbox"/> Проблемы со спиной/позвоночником <input type="checkbox"/> Проблемы с суставами <input type="checkbox"/> Заболевания коленей <input type="checkbox"/> Иные заболевания/проблемы с суставами и костями			<b>מפרקים ועצמות:</b> <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	<b>Кожные и венерологические заболевания:</b> <input type="checkbox"/> Новообразования кожи <input type="checkbox"/> Повреждения кожи <input type="checkbox"/> Псориаз <input type="checkbox"/> Заболевания, передающиеся половым путем <input type="checkbox"/> Сифилис <input type="checkbox"/> Иные кожные и венерологические заболевания/расстройства			<b>מחלות עור ומין:</b> <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	<b>Злокачественные новообразования/заболевания (рак)</b>			<b>גידולים/מחלות ממאירים (סרטן)</b>
13	<b>Отоларингологические заболевания (ухо, горло, нос):</b> <input type="checkbox"/> Синдром апноэ во сне <input type="checkbox"/> Назальные полипы <input type="checkbox"/> Синусит <input type="checkbox"/> Иные отоларингологические заболевания/расстройства			<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
14	<b>Для женщин:</b> <input type="checkbox"/> Маммология (включая увеличение груди) <input type="checkbox"/> Гинекология <input type="checkbox"/> Иные заболевания/особенности, связанные с женской репродуктивной системой <input type="checkbox"/> Беременны ли Вы в настоящий момент? <input type="checkbox"/> Проводилось ли Вам когда-нибудь кесарево сечение? Если "Да", укажите дату: _____			<b>לנשים:</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? <input type="checkbox"/> אם "כן" נא לציין מתי (תאריך)
15	<b>Для мужчин:</b> <input type="checkbox"/> Заболевания предстательной железы <input type="checkbox"/> Варикоцеле / Гидроцеле <input type="checkbox"/> Иные заболевания/расстройства мужской репродуктивной системы			<b>לגברים:</b> <input type="checkbox"/> בעיות בערמונית <input type="checkbox"/> דליות אשכים / אשך טמיר <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה גברית אחרת

פירוט ממצאים חיוניים	דополнительная информация

**ג. יתור סודיות רפואית: C. Разрешение на раскрытие врачебной тайны:**

<p>Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, настоящим разрешаю медицинскому учреждению и/или его сотрудникам и/или любому лицу, действующему от имени учреждения или в качестве его представителя, предоставлять компании "Ха-Шара Иншуранс Лтд." (Hashara Insurance Ltd.) (далее: <b>"Запрашивающая сторона"</b>) любую информацию, без ограничений, касающуюся состояния моего здоровья и/или любого заболевания, имеющегося у меня в настоящий момент или имевшегося в прошлом, включая информацию о психиатрическом лечении или любых видах психотерапии, в той форме, которая требуется Запрашивающей стороне, а также настоящим я освобождаю вас и/или ваших сотрудников и/или любое лицо, действующее от вашего имени или в качестве вашего представителя, от обязанности соблюдать врачебную тайну по всем вопросам, касающимся состояния моего здоровья и/или имеющихся у меня заболеваний согласно изложенной выше информации, а также освобождаю от такой обязанности Запрашивающую сторону, и подтверждаю, что у меня не возникнет каких-либо претензий и требований к вам в связи с вышеизложенным, и я не буду подавать исков на основании Закона о защите частной жизни и/или Закона о правах пациентов в связи с нарушением врачебной тайны и/или любых иных законов.</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: <b>"המבקש"</b>) 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 מחלותי כן"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה 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>
--	---

**ד. הצהרת המבטח/ המועמד לביטוח: D. Заявление лица, подающего заявку на страхование:**

<p>Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, подающий/ая заявку на страхование, настоящим прошу поставщика страховых услуг застраховать заявителя в соответствии с информацией, изложенной в настоящей форме (далее: <b>"Предложение"</b>).</p> <p>Настоящим я заявляю, подтверждаю и гарантирую следующее:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Все ответы, указанные мной в Предложении и/или Декларации о состоянии здоровья являются полными и корректными; я не скрыл/а от поставщика страховых услуг какую-либо информацию, которая могла бы повлиять на решение поставщика страховых услуг о принятии страхового Предложения.</li> <li>2. Ответы, указанные мной в Предложении, а также любая иная информация, предоставленная мной поставщику страховых услуг в письменном виде, наряду со стандартными условиями, применяемыми поставщиком страховых услуг в подобных случаях, составляют условия договора страхования между поставщиком страховых услуг и мной в качестве неотъемлемой части такого.</li> <li>3. Настоящим я подтверждаю и соглашаюсь, что принятие или отклонение моего Предложения остается полностью на усмотрение поставщика страховых услуг, который имеет право самостоятельно решить, принять или отклонить Предложение, исходя из юридических соображений.</li> <li>4. Я соглашаюсь с тем, чтобы страховой полис по программе страхования, запрашиваемый в настоящем Предложении, был предоставлен мне через агента, данные которого указаны в начале настоящего Предложения.</li> <li>5. Если вы хотите получить полис и/или информацию, касающуюся процедуры подписания и процедуры приобретения полиса, напрямую, вы можете связаться с Hashara в любое время по телефону *3453</li> </ol>	<p>אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: <b>"ההצעה"</b>).</p> <p>אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 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>2. התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמש תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.</li> <li>3. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעת זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.</li> <li>4. אני מסכים כי פוליטת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.</li> <li>5. 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>
--	---

**ה. הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות: E. Согласие на использование информации в соответствии с Законом о защите конфиденциальности.**

<p>Обращаем внимание, что у вас нет юридических обязательств предоставления запрашиваемой информации. Тем не менее, если вы решите не предоставлять такую информацию, мы не сможем предложить вам запрашиваемую услугу или процесс.</p> <p>Запрашиваемая информация необходима, в том числе, для формулирования предложения страхования, заключения страховой сделки, оказания услуг в рамках существующей политики, рассмотрения претензий, посредничества при страховании и маркетинга пенсионных услуг. Компания Hachshara также использует информацию для обработки данных, касающихся клиентов компании.</p> <p>Информация передается юридическим лицам, с которыми компания сотрудничает при оказании страховых услуг, а также поставщикам и другим третьим лицам, в том числе и для указанных выше целей.</p> <p>Более подробно о дополнительных целях, для которых запрашивается информация, и о лицах, которым она может быть раскрыта, см. документ компании <b>"Политика приватности"</b>, доступный на веб-сайте компании: <a href="http://www.hcsra.co.il">www.hcsra.co.il</a>.</p> <p>В соответствии с Политикой приватности компания также информирует о вашем праве на проверку информации о вас, которая есть в распоряжении компании, и праве запросить ее исправление, если такое требование не противоречит применимому законодательству.</p> <p>По вопросам о базах данных компании, а также лицах, ответственных за них, можно связаться со специалистом по защите данных или специалистом по работе с обращениями граждан.</p>	<p>תשומת ליבך, כי לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע, אך יהיה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/לספק 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 תיווך 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 <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>
---	---

חתימת המועמד לביטוח		Подпись лица, подающего заявку на страхование	
תאריך	Data	מס' דרכון	Имя заявителя