

Meno Medic Top - Proposal for Health Insurance

הצעה לביטוח עובדים זרים

2/2019

All questions must be answered clearly and fully.
Do not use lines or symbols instead of words.
The form is for both men and women.

יש לענות על כל השאלות באופן ברור ומלא. אין להשתמש בקווים
או בסימנים במקום מילים.
הטופס מיועד לנשים ולגברים כאחד.

You must provide full and honest answers to every essential
matter you are asked about' and not doing so may have an
impact on the payment of insurance benefits

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא
תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.

חובה לבחור אחת מבין האפשרויות הבאות : please select accordingly

מצטרף חדש / a new candidate
 חידוש ברצף/ הארכת תקופת ביטוח / renewal/extension
(במקרה זה אין צורך למלא הצהרת בריאות - (in this case there is no need to fulfill a Health declaration

Name of agent.	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
Company/collective Name.	שם החברה/קולקטיב	Private company no.	מספר הסכם בפוליסה / agreement no in collective policy / פרמיה ליום payment per day

A. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק הנוכחי

ID number	מס' ת.ז.	First Name	שם פרטי	Last Name	שם משפחה
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
E-mail for receipt of notices, information and mailings		Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון

B. פרטי המועמד לביטוח

First name	שם פרטי	Last name	שם משפחה	Passport no.	מס' דרכון
Country of origin	ארץ מוצא	Date of birth	תאריך לידה	First date of insurance	תאריך ראשון שבוטחת
Zip code	מיקוד	Town	עיר	House no	מס' בית
E-mail for personal notifications and mailings	דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	Cellphone no.	מס' טלפון נייד	Telephone no.	מס' טלפון
* I am aware and I agree that if I do not fill in an *address, the address of the employer will serve the Company for sending notices and/or documents in any matter related to insurance.			* ידוע לי ואני מסכים לכך שכל שלא אמלא כתובת - כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים.		

C. תקופת ביטוח מבוקשת

To	עד לתאריך	From	מתאריך
* Note: The requested date does not bind the Company; the effective starting date of the insurance is as noted on the Insurance Details Page.		* לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.	

D. בחר את העיסוק של המועמד לביטוח

Other industry / אחר Construction / בניין Agriculture / חקלאות Nursing care / סיעוד

E. פרטי ביטוח קודמים

Have you ever been insured by Menora Mivtahim company or any other company? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Yes	האם היית מבוטח בחברת מנורה מבטחים או בחברת ביטוח אחרת? <input type="radio"/> לא <input type="radio"/> כן						
If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:	אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:						
Insurance period	תקופת ביטוח	Company name.	שם החברה	Policy no.	מס' פוליסה	Member ship no.	מס' חבר
To	עד לתאריך	From	מתאריך				

Вопросник о заболеваниях Были ли диагностированы у Вас на протяжении жизни какие-либо из перечисленных ниже заболеваний, нарушений или медицинских проблем?		Нет לא	Да כן	שאלות על מחלות האם אובחנת במהלך חיך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה?
14. Нервная система и мозг Рассеянный склероз, мышечная дистрофия, паралич, судороги (эпилепсия), T.I.A, инсульт, кровоизлияние в мозг (C.V.A), тремор, атаксия, болезнь Паркинсона. Вопросник по нервной системе				14. מערכת עצבים והמח טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, התכווצויות (אפילפסיה), T.I.A, אירועי מוח, שטף דם במוח (C.V.A), רעד, הפרעות בשיווי משקל, פרקינסון. שאלון מערכת העצבים
15. Душевные расстройства и попытки суицида Вопросник по психическим расстройствам				15. הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות שאלות מחלה נפשית
16. Дыхательная система Астма, хронический бронхит, эмфизема легких, туберкулез, кровохарканье, повторяющиеся инфекции дыхательных путей. Вопросник по дыхательным путям / астме				16. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה. שאלון דרכי נשימה/אסטמה
17. Пищеварительная система и печень 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). Вопросник по желудочно-кишечному тракту, печени и гепатиту				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 בלבלב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת) שאלון מערכת העיכול ושאלון צהבת וכבד
18. Почки и мочевыводящие пути Камни в почках, почечные инфекции, проблемы мочевыводящих путей, кровь или белок в моче, кистоз почек, дисфункция почек, простата Вопросник по проблемам почек и мочевыводящих путей, простаты и яичек (для мужчин)				18. כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליתי, בלוטת הערמונית שאלון כליות ודרכי השתן, שאלון ערמונית ואשכים(לגברים)
19. Метаболические и эндокринные заболевания Сахарный диабет, заболевание щитовидной железы, расстройства надпочечников, почечные кисты, проблемы гипофиза и других желез, повышенное содержание липидов в крови (холестерин, триглицериды). Вопросник по диабету, липидам и щитовидной железе				19. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סוכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יתרת הכליה, ציסטות בכליה, יתרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריליצרידים). שאלון סוכרת, שומנים בדם ובלוטת המגן
20. Дерматология и венерология Сифилис, герпес, опухоли на коже, родинки, бородавки и / или бесплодие и / или проблемы фертильности. Вопросник по дерматологии				20. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פרויון. שאלון בעיות בעור
21. Злокачественные заболевания, злокачественные или предраковые опухоли / полипы Укажите тип и метод лечения: _____ Приложите отчеты гистологии и справки				21. מחלות ממאירות, גידולים ממאירים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול יש לצרף דוחות ופתולוגיה
22. Инфекционные заболевания, аутоиммунные заболевания, полиомиелит, венерические заболевания и СПИД / ВИЧ. Приложите медицинские справки				22. מחלות זיהומיות, מחלות אוטואמוניות, פוליו, מחלות מין ואיידס/נשא HIV יש לצרף מסמכים רפואיים
23. Суставы и кости Артрит, ревматизм (Galt), боли в шее или спине, грыжа межпозвоночного диска, вывих плеча, колена, болезни костей. Вопросник по ревматологии и соединительным тканям и вопросник по проблемам спины и позвоночника				23. פרקים ועצמות- דלקת פרקים (ארטרטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. שאלון מחלות ראומטולוגיות ורקמת חיבור ושאלון גב ועמוד שדרה
24. Глаза Катаракта, глаукома, косоглазие, слепота, болезни сетчатки, заболевания роговицы, нарушения зрения, число диоптрий. Вопросник по глазным заболеваниям				24. עיניים- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. שאלון עיניים
25. Отоларингология (ухо / горло / нос) Рецидивирующие инфекции горла или уха, синусит, нарушения слуха, синдром апноэ во сне. Вопросник по отоларингологии				25. אף אוזן גרון- דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. שאלון אף/אוזן/גרון
26. Грыжа Брюшной стенки, паховая, послеоперационных рубцов, пуповая и солнечного сплетения. Приложите медицинские свидетельства				26. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים
27. Только для женщин: 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? Вопросник для женщин				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 גינקולוגית (כגון PAP) האם את בהריון? מה מספר העוברים? האם סבלת מבעיות בהריונות או בהריון הנוכחי? האם ילדת בנייתוח קיסרי? שאלון נשים
Подробные сведения по положительным ответам				פירוט ממצאים חיוביים
Подпись	חתימה	Имя и фамилия	שם המועמד לביטוח	תאריך