

Proposal for Health insurance for Foreign Employees הצעה לביטוח רפואי לעובדים זרים

מס' סוכן	סוכנות	שם הסוכן	פרטי הסוכן
----------	--------	----------	------------

I/we, the undersigned (the candidate for ownership of the policy and/or the candidate for the health insurance) apply to "The Phoenix Insurance Compsny Ltd." in a Proposal to join an insurance plan as detailed below:

אני/אנו, החתומים מטה (המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או המועמד לביטוח בריאות) פונים אל "הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבטח") בהצעה להצטרף לתכנית ביטוח כמפורט להלן:

פרטי בעל הפוליסה	
Phone no. מס' טלפון	Address כתובת
I.D. or P.C. ת.ד./ח.פ.	Given name שם פרטי
Surname שם משפחה	

פרטי המועמד לביטוח	
Passport number מספר דרכון	Nationality ארצות
Given name שם פרטי	Surname שם משפחה
Actual occupation עיסוק בפועל	Profession מקצוע
Family status מצב משפחתי	Sex מין
Date of birth תאריך לידה	
Were you absent from Israel for a period exceeding 90 continuous days? האם נעדרת מהארץ לתקופות העולות על 90 יום ברציפות? לא <input type="radio"/> כן, מסור פרטים <input type="radio"/> Yes, kindly provide details	
Date of first arrival in israel תאריך הגעה ראשון לישראל	

עבודה וביטוח בישראל				
Insurance Company where you were insured חברת הביטוח בה היית מבטח	Until date עד תאריך	From datte מתאריך	Employer's name שם המעסיק	1
				2
				3
				4

תכנית ביטוח	
שם נתן השירות: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> (727) ביטוח יסודי - מתן שירותים רפואיים לעובדים זרים <input checked="" type="checkbox"/> (730) נספח לכיסויים נוספים (נכות מתאונה, מוות מתאונה, הטסת גופה, טיפולי חירום שיניים)	
1. Requested period of insurance from _____ until _____	1. תקופת הביטוח המבוקשת: מ- _____ עד _____ אם לא תצוין תקופה תופק הפוליסה לשנה (מקסימום תקופת ביטוח - שנה אחת)
Date of commencement of the insurance תאריך התחלת הביטוח	
2. The date of commencement of the insurance shall be according to the proposal from or at the time of the company receiving the Proposal, or on the date on which the company decided to accept the Proposal, the later of them.	2. מועד תחילת הביטוח עפ"י הצעה או מועד קבלת ההצעה בחברה או המועד בו החליטה החברה על הקבלה, המאוחר מביניהם.
3. In case the insured leaves Israel, the insurance will immediately be expired.	3. במקרה של עזיבת הארץ על ידי המבוטח, יפקע מייד תוקף הביטוח.

תשלום בכרטיס אשראי מחשבון בנק בישראל בלבד	
Card valid until תקף הכרטיס עד	Card number מספר הכרטיס
Details of account owner פרטי בעל/ת החשבון	Full name שם מלא
Signature of card owner חתימת בעל/ת הכרטיס	Date תאריך
<input type="radio"/> ויזה <input type="radio"/> דינרס <input type="radio"/> מאסטרכארד <input type="radio"/> אמריקן אקספרס	

אופן תשלום	
The premium is paid in one payment for the whole period of insurance. If a few payments are requested there is an extra charge. הפרמיה נגבית בתשלום אחד עבור כל תקופת הביטוח. חלוקה למספר תשלום מחוייבת בדמי אשראי.	
No. of payments requested _____ (maximum 10).	מספר תשלומים מבוקש _____ (מקסימום 10).

Declaration of Health

הצהרת בריאות

The following questions are to be marked with either "yes" or "no". If the answer is positive ("yes") - details thereof according to the question no. must be given in the appropriate place in the findings table on page 3.

על השאלות הבאות יש לסמן את התשובה "כן" או "לא" בגוף השאלון. אם התשובה חיובית ("כן") - יש לפרט על פי מספר השאלה במקום המיועד בטבלת פירוט ממצאים חיוביים הנמצאת בעמ' 3.

Documents that must be attached according to the number appearing alongside to the question:

מסמכים שיש לצרף על פי המספר שמופיע ליד השאלה:

1) Fill in a detailed illness questionnaire. 2) Attach pathologic - histologic report.

1) יש למלא שאלון מחלות מפורט. 2) צרף דו"ח פתולוגי - היסטולוגי.

		Height in cm	גובה בס"מ	Weight in kg	משקל בק"ג
General questions					
שאלות כלליות					
1. Have there been any changes in your weight in the last 12 months?	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	1. האם חל שינוי במשקלך ב-12 החודשים		
2. Have you ever been previously hospitalized or institutionalized? (which one, when, reason, treatments)?	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	2. האם אושפדת אי פעם בבי"ח או מוסד? (איזה, מתי, סיבה, טיפולים)?		
3. Were you examined by any physician in the past 2 years? Detail reason, results & treatments.	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	3. האם נבדקת בשנתיים האחרונות ע"י רופא כלשהו? (פרט סיבה, תוצאות וטיפולים)?		
4. Are you under any medical observation? Do you require medication on a permanent basis?	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	4. האם אתה במעקב רפואי? האם הינך צורך תרופות באופן קבוע?		
5. Have you ever undergone or been advised to undergo surgery?	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	5. האם נותחת בעבר או יעצו לך לעשות ניתוח?		
6. Have you ever been injured? Do you suffer from any disability? If so, what percentage of disability and what were the reasons for the disability?	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	6. האם נפצעת פעם? האם יש לך נכות כלשהי? אם כן, מהו האחוז ומהם הסיבות לנכות.		
7. Have you filed a request for or do you receive compensation in respect of disability, such as compensation for loss of work ability?	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	7. האם הגשת בקשה / מקבל פיצויים בגין נכות כגון קיצבה או פיצוי בגין אי כושר עבודה?		
8. Did you undergo medical tests such as an EKG, various x-rays (chest, gastrointestinal tract, kidneys, bones, etc), isotope scans, echo, catheterization, computerized tomography (CT), blood tests, blood counts, urine tests, occult blood? (detail reason, date and abnormal findings)	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	8. האם עברת בדיקות רפואיות כמו א.ק.ג, צילומי רנטגן שונים (חזה, דרכי עיכול, כליות, עצמות ועוד), בדיקות מיפוי, אקו, צינתור, טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.), בדיקות דם, ספירת דם, בדיקת שתן, דם סמוי? (פרט סיבה, מועד ותוצאות בלתי תקינות)		
9. Have you ever received irradiation, chemotherapy or radiotherapy? Were tumors removed? (2)	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	9. האם קיבלת טיפולים בהקרנות, טיפולים כימיים או רדיואקטיביים? האם נכרתו גידולים? (2)		
10. Are you presently a smoker? If yes, how many cigarettes per day?	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	10. האם אתה מעשן? אם כן, כמה ליום?		
11. Do you / did you take drugs? If so, give details. Do you / did you consume alcoholic beverages? If so, _____ per week?	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	11. האם אתה צורך/צרכת סמים? אם כן, פרט. האם אתה צורך/צרכת משקאות חריפים? אם כן, _____ לשבוע.		
האם היו למועמד המחלות או סימני המחלות המפורטות מטה?					
12. The nervous system and brain, mental disorders, chronic headaches.	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	12. מערכת העצבים והמוח, הפרעות נפשיות, כאבי ראש.		
13. Respiratory and lung diseases, prolonged coughing. (1)	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	13. מחלות דרכי הנשימה, שיעול ממושך (1).		
14. Cardiovascular disease, high blood pressure.	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	14. מחלות לב, כלי הדם ומחלות דם, יתר לחץ דם.		
15. Gastrointestinal disorders, liver, gallbladder, pancreas.	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	15. מחלות דרכי העיכול, כבד, כיס מרה, לבלב.		
16. Kidney and urinary tract diseases, prostate disorders.	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	16. מחלות כליות ודרכי השתן, בלוטות הערמונית.		
17. Metabolic diseases, endocrine diseases, enlargement of lymph nodes, high blood lipids, gout (podagra), protracted febrile diseases, blood and coagulation disorders, anemia, allergies, Thyroid disease, diabetes (1).	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	17. מחלות חילוף חומרים, מחלת בלוטות, הגדלת בלוטות, שומנים גבוהים בדם, מחלת השיגרון (פודגרה), מחלות חום ממושכות, מחלת דם וקרישה, אנמיה, אלרגיות, מחלות בלוטת המגן, סכרת (1).		
18. Skin and sexually diseases.	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	18. מחלות עור ומין.		
19. Joint and bone diseases, muscular and skeletal system, back and neck pain.	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	19. מחלות פרקים ועצמות, מערכת השלד והשרירים, כאבי גב וצוואר.		
20. Cancer (malignancy), degenerative and chronic disease (2).	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	20. סרטן (מחלה ממארת), מחלה ניוונית וכרונית (2).		
21. Eye diseases, vision disorders.	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	21. מחלות עיניים, הפרעות ראייה.		
22. Ear and throat diseases, nose, sinusitis, hearing defects.	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	22. מחלות אוזניים וגרון, אף, סינוסיטיס, ליקוי שמיעה.		
23. Are you pregnant?	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	23. האם את בהריון?		
24. Gynecological disorders; menstrual disorders, hemorrhages, uterus, ovaries, breast diseases including lumps in the breasts, tests for detection of cancer [such as mammography, Pap smear (cervix), diagnostic curettage, etc.] (2).	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	24. מחלות נשים: הפרעות במחזור הווסת, דימומים, רחם, שחלות, מחלות שדיים, כולל גושים בשדיים, בדיקות לגילוי סרטני [כגון ממוגרפיה, ספסמיר (צוואר הרחם), גרידת איבחון ועוד] (2).		
25. Other health conditions or sicknesses not detailed above.	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	25. הפרעות בריאותיות אחרות או מחלות שלא פורטו לעיל.		
26. Do you feel you are absolutely healthy and were fully capable of working during the past 12 months?	no <input type="radio"/> לא	yes <input type="radio"/> כן	26. האם אתה חש עצמך בריא בהחלט והיית בעל כושר מלא לעבודה במשך 12 החודשים האחרונים?		

Details of positive findings

פירוט ממצאים חיוביים

(Kindly note the number of the question you are referring to)

(בא לציין את מס' השאלה אליו הך מתייחס)

מצבך כיום Your present condition	פרטים על המחלה, תאונה, מום וכו' Details of the disease, accident, defect, etc.	שנת הארוע Year of occurrence	מס' שאלה Question no.	שם המבוטח Insured's name

Declaration and obligation (including waiver of secrecy)

הצהרה והתחייבות (כולל ויתור סודיות)

I, the undersigned hereby request "The Phoenix Insurance Company Ltd." (hereinafter: "the Insurer") to insure the candidate for insurance relying on all that is stated in the Proposal and/or the Declaration of Health appearing herein and hereby declare and agree as follows:

אני הח"מ, מבקש בזה מ"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבטח") לבטח את המועמד לביטוח בהסתמך על כל האמור בהצעה ו/או הצהרת הבריאות שלהלן ומצהיר ומסכים בזאת כדלקמן:

1. All the answers detailed in the aforementioned Proposal and/or the Declaration of Health above, are correct and complete, same were given by me of my own free will and are to be used as the basis of the contractual ties with the Insurer.

1. כל התשובות כמפורט בהצעה הנ"ל ו/או הצהרת הבריאות שלעיל הינן נכונות ומלאות וניתנו מתוך רצוני החופשי, והן משמשות בסיס להתקשרות החוזית עם המבטח.

2. The Insurer shall be exclusively entitled to confirm or to reject the Insurance Proposal without any explanation whatsoever.

2. המבטח רשאי באופן בלעדי לאשר או לדחות את הצעת הביטוח ללא כל הסבר.

3. The insurance will become valid according to the later of the following dates:

3. הביטוח יכנס לתוקפו על פי המאוחר מבין המועדים הבאים:

1. Date of commencement of the insurance.
2. Date of receipt of the proposal by the insurer.
3. Date of the insurer's decision relating to acceptance condition.
4. Date of confirmation of acceptance conditions by the Policyholder and/or the insured.

1. תאריך תחילת הביטוח.

2. תאריך קבלת ההצעה אצל המבטח.

3. תאריך החלטת המבטח על תנאי הקבלה.

4. תאריך אישור תנאי הקבלה על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח.

It is hereby declared and agreed that the validity of the insurance is conditional upon there having been no change in the state of health of the insured from the time that the proposal and health declaration were completed and until the inception of the policy.

מוצהר ומוסכם כי תוקף הביטוח מותנה בכך שמאז שמולאה ההצעה והצהרת הבריאות עם כניסת הביטוח לתוקף, לא חל כל שינוי במצב בריאותו של המבוטח.

4. My answer and/or the information which shall be provided to the Insurer shall be stored in a database in accordance with the provisions of the Law of Protection of Privacy, 1981, and shall only be used for the purpose of the insurance.

4. תשובותי ו/או המידע שיימסר למבטח יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א-1981 וישמשו לצרכי הביטוח בלבד.

5. I, the undersigned, hereby permit the sick fund and/or its medical institutions and/or Israel Armed Forces and also all the doctors in Israel and abroad, medical institutions and other hospitals, both in Israel and abroad, including the National Insurance Institute and/or any other institution and factor, in Israel and abroad, to provide "The Phoenix Insurance Company Ltd." (hereinafter: "the applicant") all the details, without exceptions and in a form requested by the applicant, on my health condition, and/or on every sickness I had in the past and/or have now and/or shall have in the future and I release them from their obligation to medical secrecy and give up this secrecy towards the applicant, including doctors' list I have seen.

5. אני הח"מ נותן בזה רשות לקופ"ח ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לצה"ל, וכן לכל הרופאים בארץ ובח"ל, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים בארץ ובח"ל ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד וגורם אחר בארץ ובח"ל, למסור ל"הפניקס חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש"), את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתדרש ע"י המבקש, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד והנני משחרר אותם מחובת השמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, לרבות רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.

6. מסמך זה מחייב אותי, את עובדי, וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

Signature of policyholder	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל הפוליסה	Signature of insurance candidate	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח	Date	תאריך
---------------------------	-------------------------------------	-------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------	------	-------

Appointment of the agent as emissary of the policyholder / insured

מינוי הסוכן כשלוח בעל הפוליסה/המבוטח

In accordance with paragraph 33 of the Law of Insurance Contracts, 1981, the agent is considered to be the emissary of the Insurer. In accordance with your written demand, you may appoint him as your emissary. Only if you are interested in appointing him, we request you to sign an application to the Insurer according to the of Law of Insurance Contracts, 1981.

על פי סעיף 33 לחוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981, נחשב הסוכן כשלוחו של המבטח. על פי דרישתך בכתב היך יכול למנותו כשלוחך. רק אם היך מעוניין למנותו, נבקשך לחתום על נוסח הפנייה למבטח לפי חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.

I, the undersigned, hereby appoint the insurance agent whose name is registered in this Proposal, to be my emissary for the purpose of the negotiations pending the finalization of the insurance contract and for the purpose of entering into a contract with your company in regard to the following details: altering the insurance details requested, confirming the acceptance conditions.

אני החתום מטה ממנה את סוכן הביטוח ששמו רשום בהצעה זו להיות שלוחי לעניין המשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה הביטוח, ולעניין כריתת חוזה עם חברתכם, בקשר לפרטים הבאים: תיקון פרטי הביטוח המבוקש, אישור תנאי הקבלה.

Signature of policyholder	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת בעל הפוליסה	Signature of insurance candidate	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת המועמד לביטוח	Date	תאריך
---------------------------	-------------------------------------	-------------------	----------------------------------	-------------------------------------	---------------------	------	-------

Agent's confirmation

אישור הסוכן

I hereby confirm that I asked the candidate for ownership of the policy and/or the candidate for insurance all the questions appearing in this Proposal (including Declaration of Health) and the answers are as they were given to me personally by the candidate.

הנני מאשר כי שאלתי את המועמד לבעלות על הפוליסה ו/או את המועמד לביטוח את כל השאלות המופיעות בהצעה זו (כולל הצהרת הבריאות) והתשובות הן כפי שנמסרו לי אישית ע"י המועמד.

Agent's signature	<input checked="" type="checkbox"/>	חתימת הסוכן	Date	תאריך
-------------------	-------------------------------------	-------------	------	-------