MENORAMIVTACHIM INSURANCE LTD

מנורהמבטחים ביטוח בע"מ

Предложение страховых услуг для Meno Medic Top

הצעה לביטוח

1. **Личные данные претендентов на страховку (обязательно заполнить все необходимые сведения)**

1. **פרטי המועמדים לביטוח (חובה למלא את כל הפרטים הנדרשים)**

שם המעסיק _____ ת.ז. של המעסיק _____

כתובת המעסיק: רחוב | מספר | עיר | מיקוד | טלפון

Форма страхового предложения для:
- ☐ Иностранный гражданин, получивший официальное разрешение на работу в Израиле
- ☐ Турист
- ☐ Незаконный иностранный рабочий в Израиле

Вид страхового предложения
- ☐ Первый страховой полис
- ☐ Продление страхового полиса № _____

Я, нижеподписавшийся, прошу, чтобы мне и членам моей семьи (перечисленным ниже) было обеспечено страхование в компании Meno Medic Top

Страховой полис на период с: (дд\ мм\ гг) __ / __ / __ по: (дд\ мм\ гг) __ / __ / __

Фамилия застрахованного	Имя застрахованного	дата рождения дд\ мм\ гг	Страна гражданства	Паспорт №
		__ /__ /__		

Домашний адрес застрахованного:

улица	№ дома	штат (провинция)	город	почтовый индекс	страна	№ телефона

Адрес застрахованного в Израиле:

№ дома	улица	город	почтовый индекс	№ телефона

Вы были когда-либо застрахованы в Израиле: ☐ Нет ☐ Да,

Период страховки _____

Причины невозобновления страховки _____

Вы курите? ☐ Нет ☐ Да

האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? ☐ לא ☐ כן,

תקופת הביטוח _____

הסיבות לאי חידוש הביטוח _____

האם אתה מעשן? ☐ לא ☐ כן

2 **Декларация о здоровье** (для удобства формулировки данная декларация написана в мужском роде, но все сказанное относится к обоим полам)
Ответьте, пожалуйста, на все вопросы
Возле каждого вопроса необходимо поставить ✓ рядом с ответом «Да» или «Нет». Если вы положительно ответили на вопрос, то в строке «Подробные сведения о болезни» укажите номер вопроса и напишите подробности.

2. הצהרת בריאות (למען הפשטות מנוסחת הצהרה זו בלשון זכר, אך היא מכוונת לבני שני המינים).
נא לענות על כל השאלות שלהלן.
לכל שאלה יש לסמן ✓ בתשובה "כן" או "לא" ואם הממצא חיובי, רשום בשורת "פירוט ממצאים חיוביים" את מספר השאלה ואת הפירוט.

Общие вопросы	Нет לא	Да כן	שאלות כלליות
1. Рост _____ м Вес _____ кг			1. גובה- _____ מ' משקל _____ ק"ג
2. Изменился ли ваш вес в последние 12 месяцев (не в результате диеты)			2. האם חל שינוי במשקלך במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?
3. Употребляли ли вы в прошлом или употребляете сейчас алкоголь или наркотики?			3. האם אתה בעבר/הווה צורך אלכוהול או צורך סמים?
4. Страдали ли вы в прошлом или страдаете сейчас от какой-либо болезни, травмы или последствий аварии? Переносили ли вы когда-нибудь операцию? Известно ли вам о необходимости проведения инвазивной проверки, госпитализации или операции в будущем?			4. האם אתה סובל או סבלת בעבר ממחלה כלשהי, פציעה או נזק מתאונה? האם עברת אי פעם ניתוח כלשהו? האם ידוע לך על הצורך בבדיקות פולשניות, באשפוז או בניתוח כלשהו בעתיד?
5. Были ли вы когда-либо госпитализированы в больнице или в другом лечебном учреждении? (Каком, когда, причина). Приложите выписки из истории болезни и последние данные о болезни			5. האם אושפזת אי פעם בבית חולים או במוסד? (איזה, מתי, סיבה). צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני.
6. Проходите ли вы какое-либо медицинское лечение или находитесь под медицинским наблюдением?			6. האם אתה נמצא בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית?
7. Принимаете ли вы или принимали постоянно или временно какое-либо лекарство?			7. האם אתה לוקח או לקחת איזושהי תרופה באופן קבוע או זמני?
8. Проходили ли вы или вам рекомендовано пройти следующие проверки: катетеризация, обследование сердца, ЭКГ, MRI, CT, эндоскопия, анализ на наличие злокачественной опухоли или другая специальная проверка (если да, укажите тип проверки)			8. האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינתור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, C.T., אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר או בדיקה מיוחדת אחרת (אם כן, פרט את סוג הבדיקה)
9. Страдаете ли вы или страдали в прошлом от врожденного порока, наследственной болезни или инвалидности?			9. האם אתה סובל או סבלת ממום מלידה, מחלה תורשתית או נכות?
10. Чувствовали ли вы в последнее время ухудшение состояния здоровья?			10. האם חשת לאחרונה בשינוי לרעה במצב בריאותך?
11. Болеете ли вы сейчас какой-либо болезнью или вам известно, что у вас есть какие-либо нарушения здоровья? Получили ли вы или получаете сейчас лечение или лекарства? Укажите подробно, в том числе дозировку и продолжительность лечения.			11. האם אתה חולה כעת במחלה כלשהי או שידוע לך שיש לך הפרעה בריאותית כלשהי והאם קיבלת או אתה מקבל טיפול או תרופות? פרט כולל מינון ומשך טיפול.
12. Получали ли вы когда-либо сообщение из банка крови после ежегодной сдачи крови?			12. האם אי פעם קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?

1

2

Общие вопросы	Нет לא	Да כן	שאלות כלליות
13. Ограничены ли вы в выполнении одного из следующих действий: вставать, ложиться, раздеваться, одеваться, искупаться, побриться, принимать пищу и пить, управлять выделениями, ходить, выполнять повседневные домашние дела?			13. האם אתה מוגבל בביצוע אחת מהפעולות האלה: לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, להתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת, לתפקד ולקיים את מטלות משק הבית?
14. Имеете ли вы право и/или получаете пособие по уходу из Ведомства национального страхования?			14. האם אתה זכאי ו/או מקבל גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי?
15. Страдали ли вы или страдаете от полной или частичной потери трудоспособности?			15. האם סבלת או אתה סובל מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא?
16. История семьи (родители, дети, братья, сестры, дяди, тети): страдали ли ваши родственники от сердечных болезней, сахарного диабета, инсульта, почечной недостаточности, рака, других тяжелых болезней?			16. תולדות המשפחה (הורים, ילדים, אחים, אחיות, דודים, דודות): האם סבלו ממחלות לב, סכרת, שבץ מוחי, כליות, סרטן, מחלות קשות אחרות?
17. Только для женщин: страдали ли вы или страдаете от следующих женских болезней: нерегулярных месячных, проблем бесплодия, кровотечения или уплотнения в груди, проблем матки и яичников, неудовлетворительных результатов при гинекологической проверке (например, PAP) и других гинекологических проблем? Вы беременны? Число эмбрионов? Были ли у вас проблемы в предыдущих беременностях или в текущей беременности? Делали ли вам кесарево сечение?			17. **לנשים בלבד:** האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים כגון אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דימומים ונושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גניקולוגית (כגון PAP) או הפרעות גניקולוגיות אחרות? האם את בהריון? מה מספר העוברים? האם סבלת מבעיות בהריונות קודמים או בהריון הנוכחי? האם ילדת בניתוח קיסרי?
Вопросы о заболеваниях Болели ли вы следующими болезнями или у вас блюдались признаки одной из следующих болезней:	**Нет לא**	**Да כן**	**שאלות על מחלות** האם אי פעם חלית במחלות או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן:
18. **Сердечно-сосудистые заболевания** 1. Сердечные болезни, боли в груди, одышка, сердцебиение, стенокардия (грудная жаба), инфаркт миокарда, нарушение сердечного ритма, проблемы сердечного клапана, врожденный порок сердца, ишемическая болезнь сердца или сердечная недостаточность. 2. Повышенное давление 3. Сосудистые заболевания, боли в ногах при ходьбе, тромбы, варикозное расширение вен, нарушение кровообращения, сужение артерий.			18. **לב וכלי דם** א. מחלת לב, כאבים בחזה, קוצר נשימה, דפיקות לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), אוטם שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. ב. יתר לחץ דם. ג. כלי דם, כאבי רגליים בהליכה, קרישי דם, דליות בווריידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים.
19. **Нервные болезни** Головокружение, головные боли, обмороки, параличи, эпилепсия, T.I.A (преходящая ишемическая атака), нарушение памяти, потеря чувствительности, атрофия, инсульт, кровоизлияние в мозг (C.V.A), дрожание, нарушение координации движений, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, душевная слабость, сенильная деменция (старческое слабоумие).			19. **מערכת עצבים** סחרחורות, כאב ראש, התעלפויות, שיתוקים, התכווצויות (אפילפסיה), T.I.A., הפרעות בזכרון, אובדן תחושה, מחלה ניוונית, אירוע מוחי, שטף דם במוח (C.V.A), רעד, הפרעות בשיווי משקל, אלצהיימר, פרקינסון, תשישות נפש, דימנציה סנילית.
20. **Нарушения душевного здоровья** Душевные болезни, депрессия, шизофрения, страх, попытка самоубийства			20. **הפרעות נפשיות** מחלת נפש, דיכאון, סכיזופרניה, חרדה, ניסיון אובדני.
21. **Заболевания органов дыхания** Астма, хронический бронхит, эмфизема, туберкулез, кровохарканье, постоянно повторяющиеся инфекционные заболевания органов дыхания			21. **דרכי נשימה** אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזמה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.
22. **Болезни пищеварительной системы и печени** Язва (язва желудка или двенадцатиперстной кишки), изжога, хроническое воспаление кишечника, кровотечение из пищеварительной системы, геморрой, проблемы заднего прохода, хроническая болезнь печени, желтуха, камни в желчном пузыре, воспаление поджелудочной железы, гепатит (вирусный или другой)			22. **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).
23. **Болезни почек и мочевыводящих путей** Камни в почках, воспаление почек (нефрит), пороки мочевыводящих путей, кровь или белок в моче, киста почки, нарушения функций почек, предстательная железа (простата)			23. **כליות ודרכי השתן** אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כלייתי, בלוטת הערמונית (פרוסטטה).
24. **Заболевания эндокринной системы и нарушение обмена веществ** Сахарный диабет, проблемы щитовидной железы, болезни надпочечников, киста в почках, гипофиз и другие железы внутренней секреции, повышенный уровень содержания жиров в крови (холестерин, триглицериды)			24. **מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים** סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריגליצרידים).
25. **Заболевание кожи и венерические заболевания** Сифилис, герпес, кожные опухоли, бородавки, мозоли и/или проблемы бесплодности и/или проблемы деторождения			25. **עור ומין** עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פריון.
26. **Злокачественные болезни (рак и СПИД)** Злокачественные или доброкачественные опухоли и СПИД, в том числе носители СПИДа. Укажите тип, срок и способ лечения _____			26. **מחלות ממאירות (סרטן ואיידס)** גידול/ים ממאיר/ים או טרום ממאירים או איידס, כולל נשאות, פרט סוג מועד ואופן הטיפול _____
27. **Заболевания костей и суставов** Воспаление суставов (артрит), ревматизм, боли в спине или шее, выпадение диска, боли в плечах, коленях, боль в костях			27. **פרקים ועצמות** - דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם.
28. **Глазные болезни** Катаракта, глаукома, косоглазие, слепота, болезнь сетчатки, болезнь роговицы глаза, нарушения зрения, в диоптриях			28. **עיניים** - קטרקט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרניות, הפרעות ראייה, מס' דיופטר.
29. **Отоларингология (ухо-горло-нос)** Постоянные воспаления горла или ушей, синуситы, нарушения слуха, синдром остановки дыхания во сне			29. **אף אוזן גרון** - דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה.
30. **Грыжа** Грыжа живота, паховая грыжа, рубцовая послеоперационная грыжа, пупочная грыжа и диафрагмальная грыжа			30. **בקע (הרניה שבר)** - של דופן הבטן, במשפעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת.
31. **Другие нарушения здоровья и/или другие болезни, которые не указаны выше**			31. **הפרעות בריאות אחרות ו/או מחלות אחרות שלא פורטו לעיל.**

Подробные сведения о болезни _____ **פירוט ממצאים חיוביים**

_____

_____

Паспорт № _____

13.03 "אפי"

16.NOV.2003 14:45 #3587 P.003 /004

1. Декларация претендента/претендентов на страховку

Я/мы нижеподписавшийся/нижеподписавшиеся претендент/ы на страховку, прошу/просим страховую компанию застраховать претендент/ов на страховку согласно записанному в данном бланке (далее по тексту – «предложение»)

Я/мы заявляю/заявляем, согласен/согласны с этим и обязуюсь/обязуемся:

a. Все ответы, данные в предложении и/или в декларации, являются правильными и полными. Я не скрыл от страховой компании ничего, что могло бы повлиять на ее решение предоставить предложение о страховке.

b. Ответы, данные в предложении, а также любая другая письменная информация, которая будет передана мной страховой компании, а также условия, принятые в страховой компании по данному вопросу, будут служить условиями договора страхования между мной/нами и страховой компанией, и будут являться его неотъемлемой частью.

C. Я/мы подтверждаю/подтверждаем, что прием или отклонение моего/нашего предложения отдано исключительно на усмотрение страховой компании, которая вправе решить принять предложение или отклонить его, в соответствии с требованиями закона.

Мне/нам известно, что:

1. Я/мы не буду/не будем иметь право на медицинские услуги, указанные в полисе, если медицинский инцидент, являющийся страховым случаем, в результате которого мне/нам потребуются медицинские услуги, является следствием состояния здоровья до даты начала действия страхового полиса и/или до первого раза, когда какой-либо израильский работодатель заключил для меня/нас договор медицинского страхования (далее по тексту – «первый раз»), если соблюдается одно из следующих условий:

a. Я/мы подтвердил/и, что страховой случай является медицинской проблемой, из-за которой мне/нам требуются медицинские услуги, и связан с состоянием здоровья до заключения страховки.

b. Врач решил - на основании имеющихся у него данных, - что медицинская проблема, из-за которой мне/нам требуются медицинские услуги, связана с состоянием здоровья до заключения страховки. Если я/мы находился/находились за границей после первого раза (далее по тексту – «нахождение за границей») в течение какого-то периода или периода, превышающего 90 дней подряд, или в течение 120 дней подряд, если нахождение за границей разделило периоды работы у этого работодателя, то первым разом будет считаться первый раз после нахождения за границей, когда я/мы был/и застрахован/ы медицинской страховкой.

2. Несмотря на вышесказанное в параграфе 1, если прошло 3 года с 17.10.2001 или после первого раза, в зависимости от того, какая из двух дат была позднее, на меня/нас не распространяются ограничения, указанные выше.

3. Кроме того, ограничения не распространяются на предоставление медицинских услуг, связанных с состоянием здоровья, предшествовавшим заключению договора страхования, в случае если я/мы буду/будем нуждаться в таких услугах в соответствии с договором страхования вследствие экстренного медицинского положения. В таком случае мне/нам будут предоставлены медицинские услуги на ограниченный период, в течение которого мое/наше состояние стабилизируется с медицинской точки зрения таким образом, что я/мы могу/можем быть отправлен/ы за границу для продолжения лечения, и только в течение 30 дней после этого периода.

2. Отказ от сохранения врачебной тайны

a. Я/мы нижеподписавшийся/ нижеподписавшиеся, освобождаю/ освобождаем любое медицинское учреждение, любую медицинскую лабораторию, любую медицинскую комиссию и любого медицинского и других работников от обязательства хранить врачебную и другую тайну по отношению к компании «Менора Миутахим Лтд.» (далее по тексту - компания «Менора»).

b. Я/мы предоставляю/предоставляем разрешение всем вышеупомянутым лицам – в том числе медицинским комиссиям Ведомства национального страхования, страховым компаниям, Министерству здравоохранения, окружной медицинской комиссии, руководству Армии Обороны Израиля, Министерству обороны и всем другим учреждениям и организациям, названия которых не упомянуты в данном письме, а также всем страховым компаниям, в которых я/мы был/и застрахован/ы в прошлом или я/мы застрахован/ы в настоящее время, передать компании «Менора» или ее доверенным лицам – каждому по отдельности или всем вместе – все без исключения данные, о состоянии моего/нашего здоровья и о любой болезни, которой я/мы болел/и в прошлом или я/мы заболею/заболеем в будущем, выписки из истории болезни при госпитализации и/или из моей/нашей медицинской карточки и/или список врачей, которых я/мы посещал/и и/или дату записи в больничную кассу. Отказ от сохранения врачебной тайны необходим для выяснения прав и обязанностей, положенных по данному страховому полису. Страховая компания не будет обращаться к работодателю для получения медицинской информации. Она может обратиться к работодателю только в экстренном случае.

c. Я/мы разрешаю/разрешаем любой страховой компании и/или любым другим учреждениям передать компании «Менора» всю информацию и/или документ и/или страховой полис, который она потребует.

d. Я/мы разрешаю/разрешаем компании «Менора» передать любую медицинскую, личную или другую информацию учреждениям, оказывающим медицинские услуги, которые связаны с ней для предоставления медицинских услуг согласно страховому полису.

e. Я/мы заявляю/заявляем, что у меня/нас не будет никаких требований или претензий любого вида по отношению к указанным выше учреждениям из-за передачи указанных данных компании «Менора» или ее доверенным лицам – каждому по отдельности или всем вместе.

f. Моя/наша просьба соответствует Закону об охране частной жизни от 1981 года. Она распространяется на любую медицинскую или другую информацию, находящуюся в базе данных любых учреждений, в том числе больничных касс и/или их врачей и/или их работников и/или лиц, уполномоченных ими, и/или указанных выше учреждений, предоставляющих медицинские услуги.

g. Данный письменный отказ от сохранения врачебной тайны обязателен для меня/нас, моих/наших наследников, моего/нашего доверенного лица или моих/наших доверенных лиц в соответствии с законом, и для всех, кто будет действовать вместо меня/нас.

Данный отказ от сохранения врачебной тайны распространяется на моих/наших несовершеннолетних детей, имена которых упоминаются в данной декларации, если они упоминаются. Я/мы подтверждаю/подтверждаем, что прочитал/и и понял/и данную декларацию и согласен/согласны подписать ее. Декларации моих/наших несовершеннолетних детей переданы мной/нами как их биологическим/и опекуном/опекунами. В чем я/мы подписываюсь/подписываемся.

1.הצהרת המבקש/ים / המועמד/ים לביטוח

אני/ו החתום/ים מטה, המועמד/ים לביטוח, מבקש/ים בזה מהמבטח לבטח את המועמד/ים לביטוח לפי הרשום בטופס זה (להלן:"ההצעה").

אני/ו מצהיר/ים מסכים/ים ומתחייב/ים בזה כי:

א. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח.

ב. התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני/ביננו לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

ג. אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.

ידוע לי/לנו כי :

1. לא אחיה/נהיה זכאי/ם לשירותי בריאות כמפורט בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בגינו אדקק/נדקק לשירותי הבריאות, נובע ממצב רפואי שקדם למועד יום תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה ו/או קדם למועד הראשון שבו השדיר בעבורי/בעבורנו מעביד כלשהו בישראל ביטוח רפואי (להלן: "המועד הראשון") ואם נתקיים אחד משני אלה:

א. אישרתי/אישרנו כי מקרה הביטוח המהווה הבעיה הרפואית בשלה אני/אני נזקק/ים לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.

ב. רופא אישר על פי הממצאים שלפנינו כי הבעיה הרפואית שבשלה אני/ו נזקק/ים המבוטח לשירות נובעת ממצב רפואי קודם. אם שהיתי/נו מחוץ לישראל, לאחר המועד הראשון (להלן : "שהייה"), תקופה או תקופות הערוכות על 90 ימים רצופים, או על 120 ימים רצופים אם השהיה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד יראו ממועד הראשון את המועד הראשון לאחר השהיה שבו חזיתי/חזינו מבוטח/ים בביטוח רפואי.

2. על אף הקבוע בסעיף 1 לעיל, אם חלפו 3 שנים מיום 17.10.2001 או מהמועד הראשון, המאוחר מבין השניים, לא יחולו לגבי/נו המגבלות שצוינו לעיל.

3. בנוסף לא יחולו המגבלות למתן שירות רפואי עקב מצב רפואי קודם, במקרה בו אהיה/נהיה זקוק/ים לשירותי הבריאות שעל פי הפוליסה עקב מצב חירום רפואי : במקרה זה יינתנו לי/לנו שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במהלכה אינצב/ניצב מבחינה רפואית על מנת לאפשר העברתי/נו להמשך טיפול בי/בנו מחוץ לישראל, ולמשך תקופה של 30 יום לאחריה בלבד.

2. ויתור על סודיות רפואית

א. אני/ו החתום/ים מטה משחרר/ים בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדיהם הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ואחרת כלפי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (שתקרא להלן –"מנורה").

ב. הריני/ו נותן/ים בזה רשות לכל המנויים לעיל – כולל הועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות צה"ל, משרד הביטחון, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה – וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי/נו בעבר או שאני/ו מבוטח/ים בהן בהווה, למסור ל"מנורה" או לבאי כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד – את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי/נו ועל כל מחלה שחליתי/נו בה בעבר או שאחלה/נחלה בעתיד. דוחות אשפוז שלי/נו ו/או כרטיסי/נו הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי/נו ו/או תאריך הצטרפותי/נו לקופת חולים.

הויתור על סודיות רפואית יהיה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכויות וחובות המוקנות על פי פוליסה זו והמבטח לא יפנה למעסיק לקבלת מידע רפואי אלא במקרת חדום רפואי.

ג. הריני/ו מאשר/ים לכל חברות הביטוח ו/או המוסדות האחרים להעביר ל"מנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.

ד. הריני/ו נותן/ים בזה רשות ל"מנורה" להעביר כל מידע רפואי או אישי או אחר לנותני השירותים הרפואיים הקשורים עמה למתן שירותים על פי הפוליסה.

ה. הריני/ו מצהיר/ים בזה כי לא תהיה לי/לנו כל תביעה או כל טענה מכל סוג שהוא כלפי המנויים לעיל בקשר למסירת הפרטים הנ"ל ל"מנורה" או לבאי כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד.

ו. בקשתי/נו זו יפה לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות, לרבות קופות החולים ו/או רופאיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.

ז. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עזבוני/נו, את באי/ כוחי/נו ועל פי דין/ואת כל מי שיבוא במקומי/נו.

כתב ויתור זה יחול על ילדיי/נו הקטינים ששמותיהם צוינו, אם צוינו בהצעה. אני/ו מאשר/ים כי קראתי/נו והבנתי/נו את ההצהרות ומסמכים לכתוב בהן. כל ההצהרות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאופוטרופוס/ים טבעיים שלהם. ולראיה באתי/נו על החתום:

Имя и фамилия	№ паспорта	Подпись	Дата

אני בעל הפוליסה _____ (שם מלא), בעל ת.ז. מס' _____

או בא כוחו של בעל הפוליסה, _____ (שם מלא), בעל ת.ז. מס' _____

מרח' _____ מס' _____ עיר _____, מתחייב בזה לשלם אר

הפרמיה הנדרשת על ידי מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ על פי כל דין.

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

שם הסוכן: _____ מס' הסוכן _____