



Телефон для связи 0527300875 Бени
Факс 077-4701866

הצעה לביטוח מנו מדיק טופ עברית/רוסית

Факс 077-4701866

כריכה זו משמשת
כחוצץ לרישום לנייר כימי
נא להקפיד להשתמש בחוצץ
זה להפרדה.

נא למלא הצעה זו בדיוקנות ובשלמות.
הרשום בה מהווה בסיס לחוזה הביטוח וחלק בלתי נפרד ממנו

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.ג. של המעסיק _____

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

Форма страхового предложения для:	<input type="checkbox"/> Иностраннй гражданин, получивший официальное разрешение на работу в Израиле <input type="checkbox"/> Турист <input type="checkbox"/> Незаконнй иностраннй рабочий в Израиле			
Вид страхового предложения	<input type="checkbox"/> Первый страховой полис <input type="checkbox"/> 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:				
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Адрес застрахованного в Израиле:				
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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 אכהול 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? (איוזה, 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: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, C.T., אנדסקופיה, 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?

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, דמומים וגושים בשדיים, בעיות בררם 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 בנייתוח קיסרי?
Вопросы о заболеваниях Болели ли вы следующими болезнями или у вас наблюдались 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 בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים.
19. Нервные болезни Головокружение, головные боли, обмороки, параличи, эпилепсия, Т.I.A (пребывающая 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 סחרחורת, כאב ראש, התעלפויות, שיתוקים, התכווצויות (אפילפסיה), T.I.A., הפרעות בזכרון, אובדן תחושה, מחלה ניוונית, איירוע 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, אמפיזימה, שחפת, גיחת 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 בלבב, 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 כליתי, בלוטת הערמונית (פרוסטטה).
24. Заболевания эндокринной системы и нарушение обмена веществ Сахарный диабет, проблемы щитовидной железы, болезни надпочечников, киста в почках, гипопиз 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 (כלוסטרול, טריליצרידים).
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 опухоли и СПИД, в том числе носители СПИДа. Укажите тип, срок и способ лечения _____			26. מחלות ממאירות (סרטן ואיידס) גידולים ממאירים 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, פיזיה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, 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.

פירוט ממצאים חיוניים _____
 Podrobne swedzenia o bolezni _____

Паспорт № _____

1. Декларация претендента/претендентов на страховую

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

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

- 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.
- 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.
- 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:

- Я/мы не буду/не будем иметь права 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:
 - 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.
 - 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.
- 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.
- 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

- 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 Мивтахим Лтд.» (далее по тексту – компания «Менора»).
- 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 заболел/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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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/опекунками. В чем я/мы подписываюсь/подписываемся.

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' _____,
 מרחיב/מרחיבות את _____ מס' _____ עיר _____, מתחייב/מתחייבות את
 הפרמיה הנדרשת על ידי מנורה מבטחים חברה לביטוח בע"מ על פי כל דין.

שם: _____ תחיה: _____ תאריך: _____
 שם הסוכן: _____ מס' הסוכן: _____

952103

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:

- 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 בני/בינינו בין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני/ו מאשר/ים ומסכים/ים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה/נו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.

ידוע לי/לנו כי :

- לא אהיה/נהיה זכאי/ים לשירותי בריאות כמפורט בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בנינו אודק/נדק/נדק לשירותי הבריאות, נובע ממצב רפואי שקדם למועד יום תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה ו/או קדם למועד הראשון שבו הסודר בעבר/בעברנו מעביד כלשהו בישראל ביטוח רפואי (להלן: "המועד הראשון") ואם נתקיים אחד משני אלה:
 - אירעתי/אירעו כי מקרה הביטוח המהווה הבעיה הרפואית בשלה אני/אנו נזקק/ים לשירות נובע ממצב רפואי קודם.
 - רופא אישר על פי הממצאים שלפניו כי הבעיה הרפואית שבשלה אני/אנו נזקק/ים המבטח שירות נובע ממצב רפואי קודם.
 אם שהית/נו מחוץ לישראל, לאחר המועד הראשון (להלן: "שהיה"), תקופה או תקופות העולות על 90 ימים רצופים, או על 120 ימים רצופים אם שהיה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד יראו כמועד הראשון את המועד הראשון לאחר שהיה שבו הייתי/היינו מבוטח/ים בביטוח רפואי.
- על אף הקבוע בסעיף 1 לעיל, אם חלפו 3 שנים מיום 17.10.2001 מהמועד הראשון, המאוחר מבין השניים, לא יחולו לבנינו המגבלות שצוינו לעיל.
- בנוסף לא יחולו המגבלות למתן שירותי רפואי עקב מצב רפואי קודם, במקרה בו אהיה/נהיה זקוק/ים לשירותי הבריאות שעל פי הפוליסה לקבל מצב חירום רפואי: במקרה זה ייתנתו לי/לנו שירותים אלה לתקופה מוגבלת אשר במהלכה אוניצב/יוצב מבחינה רפואית על מנת לאפשר העברתי/נו להמשך טיפול בי/בנו מחוץ לישראל, ולמשך תקופה של 30 יום לאחריה בלבד.

2. יתור על סודיות רפואית

- אני/ו החתום/ים מטה משחרר/ים בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדים הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ואחרת כלפי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (שתקרא להלן "מנורה").
- הריני/ו נתן/ים בזה רשות לכל המנויים לעיל – כולל הועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המזוהה, 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 לי/למנורה" 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.
- היתור על סודיות רפואית יהיה ככל שהדבר דרוש לצורך ברור זכויות וחובות המוקנות על פי פוליסה זו והמבטח לא יפנה למעסיק לקבלת מידע רפואי אלא במקרה חרום רפואי.
- הריני/ו מאשר/ים לכל חברות הביטוח ו/או המוסדות האחרים להעביר לי/למנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.
- אני/ו נתן/ים בזה רשות לי/למנורה" להעביר כל מידע רפואי או אישי או אחר לנותני השירותים הרפואיים הקשורים עמה למתן שירותים על פי הפוליסה.
- 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 לי/למנורה" או לבאי כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד.
- בקשתי/נו יפה לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981 היא 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.
- כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עובדי/נו, את באי/י כוחי/נו על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי/נו.

כתב ויתור זה יכול על ידי/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: