## G. Health declaration

for the sake of convenience this declaration is written in the masculine form, but it is intended for both sexesy Please answer all the following questions. in the "Yes" or "No" column For each question place a check mark \(\varphi\) and if the finding is positive, note the question number and the details in the "Details of positive findings" line.

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 הממצאים החיוביים" או מספר השאלה ואת הפירוט.

First name שם פרטי Last name שם משפחה Passport no. מס׳ דרכון

1.	neral questions on the medical state  Height meters Weight to	NO	YES	ת כלליות על מצב רפואי	אלוו
2.	- Motors Weight kg			גובה מ׳ משקל ק״ג	T
3.	Has there been any change in your weight (5 kg and more) in the course of the last twelve months (not as a result of a diet)?			האם חל שינוי במשקלך (5 ק"ג ומעלה) במהלך -12 החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?	
1.	Do you now, or did you in the past, consume alcohol – more than one glass a day of beer/ wine or another alcoholic beverage?			, האם אתה צורך אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה /יין או משקה אלכוהולי אחר?	
•	Do you smoke or have you smoked in the past? ○ Today ○ In the past, When did you stop?			בום סו ביוור או עישנת בעבר ? ○ כיום ○ בעבר	1
	Do you now, or have you in the past, consumed Drugs?			מתי הופסק? כמות ותדירות האם צרכת סמים בהווה או בעבר?	
	Did you undergo surgery in the course of the last 10 years or was surgery recommended to you?			האם צו כונ סמים בווווד או בעבו . האם עברת ב -10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?	-
	Were you hospitalized in the course of the last 10 years at a hospital or a medical institution? Which one, when, the reason			האם עבות ב -10 וופנים וזאווו ובורנינתו אוויים או במוסד רפואי? האם אושפזת ב -10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי?	
	Enclose medical summary and updated information			ואם אושפות ב-10 וושנים ואווו הגול ב-10 איזה, מתי, סיבה צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני	
	Do you regularly take medication for a chronic condition?  Detail the name of the medication and the reason for taking it			באם אתה נוגול תרופות ראופן קבוע בשל מחלה כרונית?	
	Diagnostic tests:			פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.	
	Have you undergone in the course of the last 10 years or have you been given a recommendation to undergo one or more of the following tests: catheterization, a cardiac scan, echocardiogram, MRI, CT, endoscopy, tests for detection of a cancerous tumor, biopsy and occult blood? If yes, please state the type of test, time, results of the test and the reason for performing it			בדיקות אבחנתיות: האם עברת ב-10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מהבדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב,ICT,MRL אנדסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע	
ue d/or	stions about diseases Were you ever diagnosed with the diseases and/or disord medical problems listed below?	ders		שאלות על מחלות	
0.	Heart and blood Heart disease, angina pectoris, myocardial infarction, arrhythmias, heart valve problems, congenital heart disease, cardiomyopathy or pericardial disorders. High blood pressure, blood vessel, blood clots, varicose roses, circulation problems, narrowing of the arteries.			האם אובחנת במהלך חייך במחלות ו/או הפרעות ו/או בעיות רפואיות הרשומות מטה מערכת לב ודם מחלת לב, תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס), אוטם שריר הלב, הפרעות בקצב, בעיה בשסתום הלב, מחלת לב מולדת, מחלת שריר הלב או קרום הלב. יתר לחץ דם, כלי דם, קרישי דם, דליות	
_	The nervous system and the brain Multiple sclerosis, muscular dystrophy, paralysis, spasms (epilepsy), T.I.A, stroke, brain hemorrhage (c.v.a), tremor, ataxia, Parkinson.			בוורידים, הפרעות במחזור הדם, היצרות עורקים. מערכת עצבים והמח טרשת נפוצה, ניוון שרירים, שיתוק, התכווצויות (אפילפסיה), T.I.A , אירועי מוחי, שטף דם במוח (C.V.A ), רעד, הפרעות בשיווי משקל, פרקינסון.	
	Diagnosed mental disorders and attempted suicide			הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות הפרעות נפשיות מאובחנות וניסיון התאבדות	$\vdash$
	Respiratory system Asthma, chronic bronchitis, emphysema, tuberculosis, hemoptysis, repeat respiratory tract infections.			דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.	
	Gastrointestinal tract and liver Ulcer (gastric or duodenal ulcers), heartburn, chronic inflammatory intestinal infection, gastrointestinal bleeding, hemorrhoids, rectal problems, chronic liver disease, hepatitis, gallstones, pancreatitis, hepatitis (viral or otherwise).			דרומ שרוות שבוד ל הרכביים (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)	
_	Kidneys and urinary tract Kidney stones, kidney infections, urinary tract defects, blood or protein in the urine, renal cysts, renal dysfunction, Prostate.			כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כלייתי, בלוטת	
	Metabolic and endocrine diseases Diabetes, thyroid disorder, adrenal disorder, kidney cysts, pituitary and other glands, high blood lipids (cholesterol, triglycerides).	11		הערמונית מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים	
	Dermatology and Venereology Syphilis, herpes, skin tumors, moles, warts and/or infertility and/or fertility problems.			גבוהים בדם (כולסטרול, טריליצרגידים). עור ומין עגבת, הרפס,גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/ או בעיות פריון	
	Malignant diseases, malignant or precancerous tumor/s, polyps Detail the type and method of treatmentEnclose reports and pathology			מחלות ממאירות, גידול/ים ממאיר/ים או טרום ממאירים, פוליפים פרט סוג ואופן הטיפול יש לצרף דוחות ופתולוגיה	
	Infectious diseases, autoimmune diseases, polio, venereal diseases and AIDS/ HIV. Enclose medical documents			מחלות אובומיות מחלות אונוואמוניות. פוליו. מחלות מין	_
	Joints and bones - arthritis, rheumatism (Galt), neck or back pain, herniated disc, dislocation of shoulder, knee, bone disease.			ואיידס/נשא HIV . יש לצרף מסמכים רפואיים פרקים ועצמות- דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או	
-	Eyes - cataract, glaucoma, strabismus, blindness, retinal disease, cornea disease, visual disturbances, diopter number.			צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם. עיניים- קטרט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת	
	Otolaryngology (nose/ ear/ throat) - ear recurrent or throat infections, sinusitis, hearing disorders, sleep apnea syndrome.			קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיופטר. אף אוזן גרון- דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות	_
	Hernia (hernia break) - of the abdominal wall, groin, surgical scars, navel and solar plexus. Medical documents must be enclosed			בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במפשעה, בצלקות ניתוחים,	
	For women only: Do you suffer or have you suffered from any women's illnesses: irregular menstruation, fertility problems, bleeding and breast cysts, problems in the uterus and ovaries, irregular findings in a gynecological exam (such as PAP)?  Are you pregnant? What is the number of fetuses?  Have you suffered from any problems in previous pregnancies or in the			בטבור ובסרעפת. יש לצרף מסמכים רפואיים לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים: אי סדירות בווסת, בעיות פוריות,דימומים וגושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גניקולוגית (כגון PAP) האם את בהריון? מה מספר העוברים? האם סבלת מבעיות בהריונות או בהריון הנוכחי? האם ילדת בניתוח קיסרי?	

פירוט ממצאים חיוביים



	B		מבטחים		
lil.	Receipt of all the information	in the Policy	ח. אישור המועמד לביטוח לפעילות סוכן		
	ereby permit my insurance agent for th		L. L.		
rel Me rel	/Ms, to handle on my kated to this claim, including submitting enora on my behalf and for me all correlated to a claim, and to serve as my reproses related to this claim.	to Menora and receiving from	בשמי ועבורי לספל בשתי ועבורי בכל התוסור הכב שמי ועבורי בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים מיני		
Sig	gnature of the Insured X		חתימת המועמד לביטוח X		
I.	Applicant / insurance candid	date declaration	SERVICE STATE OF THE PARTY OF T		
I th	e undersigned, the insurance candidate insured the insurance candidate pursu reinafter: "the Proposal").	te hereby request the incu	ט. הצהרת המבקש/ המועמד לביטוח אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי הישום בטופס זה (להלן: "ההצעה")		
I h	ereby represent, agree and undertak	ce that:	אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:		
1.	All of the answers specified in the p declaration are correct and complete the insurer anything that may affect the the insurance proposal.	proposal and/or in the hea e, and I did not conceal fro ne insurer's decision to acce	ולא העלמתי מן המבטח דבו העלה להושפע על ההלסות דובר התפשב לביטוח. בתושובות המפובטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח		
2.	The answers specified in the propos in writing to be given to the insurer by customary terms in this matter, sha insurance contract between me and the an integral part thereof.	y me, as well as the insure ill serve as the terms of the he insurer and shall constitu	על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה 's הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. 3. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה		
	I hereby confirm and agree that the a proposal is at the sole discretion of the decide whether to accept or reject the	he insurer and it is entitled proposal subject to the lav	4. אני מסכים כי פוליסת הביטורו של תכניות רוביטורו הגבוקטור בחבליו ה		
4.	I agree that the insurance policy of the in this proposal be delivered to me be details appear at the beginning of this	ne insurance plans requeste by means of the agent whose proposal.	d פידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות למנורה בכל		
5.	If you wish to receive the policy an framework. of the underwriting procipioning this policy directly, as well, you time by phoning menora 03-7107460.	nd/or the information in the sedure and the procedure	× 1		
J.	Waiver of medical confidential	ality	י. ויתור כל סודיות רפואית		
age "Reconfror other condise to t	ne undersigned, hereby permit the moloyees and/or any person working ent, to provide Menora Mivtachim Instructure and it of provide Menora Mivtachim Instructure and I details, with no excedition and/or any disease from which in which I suffer at present, including it are mental therapy that I underwent, in the guester, and I hereby release you and/or son working on your behalf or as your a fidentiality on all matters related to masses as foregoing, and I waive such the Requester, and shall have no clair nection to the foregoing, including clatection Law and/or the Patient's Rig fidentiality and/or any other law.	on your behalf or as yourance Ltd. (hereinafter: the petion, regarding my medical suffered in the past and/information on psychiatric the manner requested by the your employees and/or argent from the duty of medical condition and/or confidentiality with respensions by written of the Petions and the programs by written of the Petions and the programs by written of the Petions.	אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") 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 מחלותיי 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.		
K.	Information for the Insurance	e Candidate	וע מידע למעמד לבינונם		
1.	According to the terms of the Policy, ithe date of termination of the insural extend the insurance period continual insurance fees for the period betwee period and extension of the insurance, work as a foreign worker. After the pass of termination of the insurance period, removed an underwriting procedure. Insofar as you are a person with disabilities Leperson with a physical, mental or intimpairment, whether permanent or terminits his functioning in one or more of please notify us of this through your insuppear at the beginning of this proposal	in the period of 90 days from the period, it is possible to busly, subject to payment of the insurance provided that you continue it sage of 90 days from the dath new inclusion in the Policy will titles, as defined in the Equation and the equation of the entral spheres of life the central spheres of life surance agent, whose detail al.	<ul> <li>יא. מידע למועמד לביטוח</li> <li>בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח ניתן להאריך את תקופת הביטוח ברצף, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין התקופה שבין סיום תקופת הביטוח לבין הארכת הביטוח וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום.</li> <li>2. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח– 1998, קרי "אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.</li> </ul>		
this	nfirm that I have read and unders proposal, including the represe	stood the contents of ntations therein.	אני מאשר כי קראתי והבנתי את האמור בהצעה זו, לרבות ההצהרות		
	nature for the Insurance Cand		המופיעות בה.		
CONTRACTOR OF THE PERSONS AND ADDRESS AND		Passport no. מס׳ דרכון	חתימת המועמד לביטוח Insurance Candidate name שם המועמד לביטוח Date		