

G. Health declaration

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

ז. הצהרת בריאות
(למען הפשטות מנוסחת הצהרה זו בלשון זכר, אך היא מכוננת 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
------------	---------	-----------	----------	--------------	-----------

General questions on the medical state

שאלות כלליות על מצב רפואי	כן YES	לא NO
1. גובה _____ מ' משקל _____ ק"ג		
2. האם חל שינוי במשקל (5 ק"ג ומעלה) במהלך 12- החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?		
3. האם אתה צורך אלכוהול כעת או בעבר - יותר מכוס אחת ביום של בירה / יין או משקה אלכוהולי אחר?		
4. האם אתה מעשן או עישנת בעבר? <input type="radio"/> כיום <input type="radio"/> בעבר		
5. האם אתה מתי הפסקת? <input type="radio"/> כמות ותדירות		
6. האם ערכת סמים בהווה או בעבר?		
7. האם עברת ב- 10 השנים האחרונות ניתוח או הומלץ לך לעבור ניתוח?		
8. האם אושפדת ב- 10 השנים האחרונות בבית חולים או במוסד רפואי? איזה, מתי, סיבה? צורף סיכומי מחלה ומידע עדכני		
9. האם אתה נוטל תרופות באופן קבוע בשל מחלה כרונית? פרט את שם התרופה והסיבה לנטילתה.		
10. האם עברת ב- 10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מהבדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע		
11. בדיקות אבחנתיות: האם עברת ב- 10 השנים האחרונות או הומלץ לך לבצע את אחת או יותר מהבדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר, ביופסיה ודם סמוי? אם כן, פרט את סוג הבדיקה, מועד, תוצאות הבדיקה והסיבה לביצוע		

Questions about diseases Were you ever diagnosed with the diseases and/or disorders and/or medical problems listed below?

שאלות על מחלות	כן YES	לא NO
10. 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.		
11. 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.		
12. Diagnosed mental disorders and attempted suicide		
13. Respiratory system Asthma, chronic bronchitis, emphysema, tuberculosis, hemoptysis, repeat respiratory tract infections.		
14. 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).		
15. Kidneys and urinary tract Kidney stones, kidney infections, urinary tract defects, blood or protein in the urine, renal cysts, renal dysfunction, Prostate.		
16. Metabolic and endocrine diseases Diabetes, thyroid disorder, adrenal disorder, kidney cysts, pituitary and other glands, high blood lipids (cholesterol, triglycerides).		
17. Dermatology and Venereology Syphilis, herpes, skin tumors, moles, warts and/or infertility and/or fertility problems.		
18. Malignant diseases, malignant or precancerous tumor/s, polyps Detail the type and method of treatment Enclose reports and pathology		
19. Infectious diseases, autoimmune diseases, polio, venereal diseases and AIDS/ HIV. Enclose medical documents		
20. Joints and bones - arthritis, rheumatism (Galt), neck or back pain, herniated disc, dislocation of shoulder, knee, bone disease.		
21. Eyes - cataract, glaucoma, strabismus, blindness, retinal disease, cornea disease, visual disturbances, diopter number.		
22. Otolaryngology (nose/ ear/ throat) - ear recurrent or throat infections, sinusitis, hearing disorders, sleep apnea syndrome.		
23. Hernia (hernia break) - of the abdominal wall, groin, surgical scars, navel and solar plexus. Medical documents must be enclosed		
24. 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 current pregnancy? Have you given birth by a Caesarean Section?		

Details of positive findings

פירוט ממצאים חיוביים

Signature of the Insurance Candidate	חתימה	Insurance Candidate name	שם המועמד לביטוח	Date	תאריך
--------------------------------------	-------	--------------------------	------------------	------	-------

H. Receipt of all the information in the Policy

ח. אישור המועמד לביטוח לפעילות סוכן

I hereby permit my insurance agent for the Policy,

Mr/Ms _____, to handle on my behalf and for me all matters related to this claim, including submitting to Menora and receiving from Menora on my behalf and for me all correspondence and/or documents related to a claim, and to serve as my representative for all intents and purposes related to this claim.

Signature of the Insured X

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב' _____ לטפל בשמי ועבורי לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"מנורה" ולקבל מ"מנורה" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

חתימת המועמד לביטוח X

I. Applicant / insurance candidate declaration

ט. הצהרת המבקש/ המועמד לביטוח

I the undersigned, the insurance candidate, hereby request the insurer to insure the insurance candidate pursuant to the details in this form (hereinafter: "the Proposal").

I hereby represent, agree and undertake that:

- All of the answers specified in the proposal and/or in the health declaration are correct and complete, and I did not conceal from the insurer anything that may affect the insurer's decision to accept the insurance proposal.
- The answers specified in the proposal and any other information in writing to be given to the insurer by me, as well as the insurer's customary terms in this matter, shall serve as the terms of the insurance contract between me and the insurer and shall constitute an integral part thereof.
- I hereby confirm and agree that the acceptance or rejection of my proposal is at the sole discretion of the insurer and it is entitled to decide whether to accept or reject the proposal subject to the law.
- I agree that the insurance policy of the insurance plans requested in this proposal be delivered to me by means of the agent whose details appear at the beginning of this proposal.
- If you wish to receive the policy and/or the information in the framework of the underwriting procedure and the procedure of joining this policy directly, as well, you may contact menora at any time by phoning menora 03-7107460.

אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: "ההצעה")
אני מצהיר מסכים ומתחייב 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 ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קיבלה או דחייתה של הצעה זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.
- אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
- מידע וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות למנורה בכל עת בטלפון מס' 03-7107460.

J. Waiver of medical confidentiality

י. ויתור כל סודיות רפואית

I, the undersigned, hereby permit the medical institution and/or your employees and/or any person working on your behalf or as your agent, to provide Menora Mivtachim Insurance Ltd. (hereinafter: the "Requester") with all details, with no exception, regarding my medical condition and/or any disease from which I suffered in the past and/or from which I suffer at present, including information on psychiatric or other mental therapy that I underwent, in the manner requested by the Requester, and I hereby release you and/or your employees and/or any person working on your behalf or as your agent from the duty of medical confidentiality on all matters related to my medical condition and/or diseases as foregoing, and I waive such confidentiality with respect to the Requester, and shall have no claim or demand against you in connection to the foregoing, including claims by virtue of the Privacy Protection Law and/or the Patient's Rights Law regarding medical confidentiality and/or any other law.

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 מחלותי כן"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר ל"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 Candidate

יא. מידע למועמד לביטוח

- According to the terms of the Policy, in the period of 90 days from the date of termination of the insurance period, it is possible to extend the insurance period continuously, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and extension of the insurance, provided that you continue to work as a foreign worker. After the passage of 90 days from the date of termination of the insurance period, new inclusion in the Policy will involve an underwriting procedure.
- Insofar as you are a person with disabilities, as defined in the Equal Rights for Persons with Disabilities Law, 5748 - 1998, that is, "a person with a physical, mental or intellectual, including cognitive impairment, whether permanent or temporary, which significantly limits his functioning in one or more of the central spheres of life," please notify us of this through your insurance agent, whose details appear at the beginning of this proposal.

- 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.
- ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, 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.

I confirm that I have read and understood the contents of this proposal, including the representations therein.

אני מאשר כי קראתי והבנתי את האמור בהצעה זו, לרבות ההצהרות המופיעות בה.

Signature for the Insurance Candidate

חתימת המועמד לביטוח

Signature	חתימה	Passport no.	מס' דרכון	Insurance Candidate name	שם המועמד לביטוח	Date	תאריך
	X						