

Proposition d'assurance pour

Meno Medic Top

הצעה לביטוח

1. Renseignements sur les candidats à l'assurance (tous les détails réclamés doivent être fournis)

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

שם המעסיק _____ ת.ז. של המעסיק _____

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

PROPOSITION D'ASSURANCE POUR	<input type="checkbox"/> Un résident étranger détenteur d'un permis de travail israélien officiel <input type="checkbox"/> Un touriste <input type="checkbox"/> Un travailleur étranger non autorisé en Israël			
TYPE DE PROPOSITION	<input type="checkbox"/> Première Police <input type="checkbox"/> Prolongation de la police numéro _____			
Je, soussigné, demande que moi-même et les membres de ma famille (mentionnés ci-dessous) soyons assurés dans le cadre de Meno Medic Top Police d'assurance, pour la période				
Du : (J/ M/ A) ___ / ___ / ___ au : (J/ M/ A) ___ / ___ / ___				
Nom de l'assuré	Prénom	Date de naissance (J/ M/ A)	Nationalité	N° de passeport
Adresse de l'assuré dans son pays d'origine : _____ Rue N° ville code postal Tél. pays				
Adresse de l'assuré en Israël : _____ Rue N° ville code postal Tél. pays				
Avez-vous été dans le passé le détenteur d'une assurance santé en Israël ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui,		האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן,		
Période de l'assurance _____		תקופת הביטוח _____		
Raisons du non renouvellement de l'assurance _____		הסיבות לאי חידוש הביטוח _____		
Etes-vous fumeur? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		האם אתה מעשן? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן		

Déclaration de santé (bien que cette déclaration soit rédigée au masculin, elle s'adresse indifféremment aux personnes des deux sexes) :
 Veuillez répondre à toutes les questions suivantes. Veuillez cocher chaque question dans la colonne Oui ou Non et, si l'information est positive, écrivez le numéro de la question et détaillez la réponse dans la ligne "Détails aux réponses positives".

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.

Questions d'ordre général	Non לא	Oui כן	שאלות כלליות
1. Taille _____ mètre Poids _____ kg.			1. גובה- _____ מ' משקל _____ ק"ג
2. Votre poids a-t-il fluctué au cours des 12 derniers mois (non pas suite à un régime) ?			2. האם חל שינוי במשקלך במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?
3. Consommez-vous actuellement ou avez-vous consommé dans le passé de l'alcool ou des drogues ?			3. האם אתה בעבר/הווה צורך אלכוהול או צורך סמים?
4. Souffrez-vous ou avez-vous souffert dans le passé d'une maladie, de blessure ou séquelle des suites d'un accident ? Avez-vous subi une intervention chirurgicale quelconque dans le passé ? Etes-vous au courant de la nécessité pour vous de subir des examens invasifs, d'une hospitalisation ou d'une intervention chirurgicale quelconque dans l'avenir ?			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. Avez-vous été hospitalisé dans le passé dans un hôpital ou une institution? (Lequel, quand, la raison). Veuillez joindre les conclusions de la maladie et des informations mises à jour.			5. האם אושפזת אי פעם בבית חולים או במוסד? (איזה, מתי, סיבה). צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני.
6. Etes vous en cours d'un traitement médical quelconque ou sous contrôle médical ?			6. האם אתה נמצא בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית?
7. Prenez-vous ou avez-vous pris un médicament quelconque de façon fixe ou temporaire ?			7. האם אתה לוקח או לקחת איזושהי תרופה באופן קבוע או זמני?
8. Avez-vous subi ou vous a-t-on recommandé les examens suivants : cathétérisme cardiaque, coronarographie, IRM, scanner (C.T.), endoscopie, examens pour découvrir des tumeurs malignes et tout autre type d'examen spécialisé (si oui, veuillez détailler le type d'examen).			8. האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, C.T., MRI, אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר או בדיקה מיוחדת אחרת (אם כן, פרט את סוג הבדיקה)
9. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de déficiences congénitales, de maladies héréditaires ou d'une infirmité quelconque ?			9. האם אתה סובל או סבלת ממום מלידה, מחלה תורשתית או נכות?
10. Avez-vous éprouvé récemment une dégradation de votre état de santé ?			10. האם חשת לאחרונה בשינוי לרעה במצב בריאותך?
11. Souffrez-vous actuellement d'une maladie quelconque ou êtes-vous au courant de souffrir d'un trouble médical, et avez-vous reçu ou recevez-vous un traitement ou des médicaments ? Veuillez détailler, en indiquant les doses et la durée du traitement.			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. Avez-vous déjà reçu une recommandation de la banque du sang suite à un don de sang annuel ?			12. האם אי פעם קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?

Questions d'ordre général	Non לא	Oui כן	שאלות כלליות
13. Etes-vous handicapé lors de l'exécution de l'une des activités suivantes : vous lever, vous coucher, vous déshabiller, vous habiller, vous laver, vous raser, manger, boire, contrôler vos sécrétions corporelles, marcher, fonctionner et effectuer les tâches domestiques ?			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. tes-vous en droit de recevoir ou recevez-vous une allocation d'aide à domicile de la Sécurité sociale ?			14. האם אתה זכאי ו/או מקבל גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי?
15. Votre capacité à travailler a-t-elle été réduite ou est-elle réduite de façon partielle ou complète ?			15. האם סבלת או אתה סובל מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא?
16. Histoire familiale (parents, enfants, frères, sœurs, oncles, tantes) : y a-t-il eu des cas de maladies cardiaque, diabète, attaque cérébrale, reins, cancer, autres maladies graves ?			16. תולדות המשפחה (הורים, ילדים, אחים, אחיות, דודים, דודות): האם סבלו ממחלות לב, סכרת, שבץ מוחי, כליות, סרטן, מחלות קשות אחרות?
17. A l'intention des femmes uniquement: Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies de femmes tels que : règles irrégulières, problèmes de fertilité, saignements et kystes à la poitrine, problèmes à l'utérus et aux ovaires, résultats anormaux lors d'un examen gynécologique (comme un frottis vaginal) ou d'autres troubles gynécologiques ? Etes-vous enceinte ? Quel est le nombre de fœtus ? Avez-vous eu des problèmes lors de précédentes grossesses ou de la grossesse actuelle ? Avez-vous accouché par césarienne ?			17. לנשים בלבד: האם את סובלת או סבלת ממחלות נשים כגון אי סדירות בווסת, בעיות פוריות, דמומים וגושים בשדיים, בעיות ברחם ובשחלות, ממצאים לא תקינים בבדיקה גינקולוגית (כגון PAP) או הפרעות גינקולוגיות אחרות? האם את בהריון? מה מספר העוברים? האם סבלת מבעיות בהריונות קודמים או בהריון הנוכחי? האם ילדת בניתוח קיסרי?
Questions portant sur les maladies Avez-vous eu ou avez-vous souffert des symptômes des maladies suivantes :	Non לא	Oui כן	שאלות על מחלות האם אי פעם חלית במחלות או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן:
18. Cœur et système vasculaire A. Maladies cardiaques, douleurs à la poitrine, difficultés respiratoires, palpitations, tension au niveau de la poitrine (angine de poitrine), infarctus du myocarde, troubles du rythme cardiaque, problèmes de valves cardiaques, maladies cardiaques héréditaires, maladie du muscle cardiaque ou de la membrane. B. Hypertension. C. Système vasculaire, douleurs aux jambes lors de la marche, caillots sanguins, varices, troubles du cycle sanguin, sténose artérielle.			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. Système nerveux Etourdissements, maux de tête, évanouissements, paralysies, épilepsie, AIT, troubles de la mémoire, perte de sensation, maladie dégénérative, accident cérébral, accident cérébro-vasculaire (ACV), tremblements, troubles de l'équilibre, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, fatigue mentale, sénilité.			19. מערכת עצבים סחרחורת, 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. Troubles mentaux Maladie mentale, dépression, schizophrénie, anxiété, tentative de suicide.			20. הפרעות נפשיות מחלת נפש, דיכאון, סכיזופרניה, חרדה, ניסיון אובדני.
21. Voies respiratoires Asthme, bronchite chronique, emphysème, tuberculose, expectoration de sang, infections récurrentes des voies respiratoires.			21. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזימה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.
22. Système digestif et foie Ulcère (de l'estomac ou duodénal), brûlures d'estomac, infections intestinales chroniques, saignements du système digestif, hémorroïdes, problèmes anales, maladie chronique du foie, jaunisse, calculs biliaires, infection du pancréas, hépatite (virale ou autre).			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. Reins et système urinaire Calculs rénaux, infections rénales, déformation du système urinaire, sang ou albumine dans le sang, kystes dans les reins, fonctionnement rénal défectueux, infection de la prostate (prostatisme).			23. כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליתי, בלוטת הערמונית (פרוסטטה).
24. Maladies endocriniennes – Métabolisme Diabète, glande thyroïde, glande surrénale, kystes rénaux, hypophyse cérébrale et autres glandes, niveau élevé de lipides dans le sang (cholestérol, triglycérides).			24. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יתרת הכליה, ציסטות בכליה, יתרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כלוסטרול, טריליגרידים).
25. Peau et sexe Syphilis, herpès, tumeurs cutanées, naevus, vésicules et/ou problèmes de stérilité et/ou problèmes de fertilité.			25. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פרויון.
26. Maladies malignes (cancer et SIDA) tumeur(s) cancéreuse(s) ou précancéreuse(s) ou SIDA, y compris les porteurs, veuillez détailler le type, la date et la nature du traitement _____			26. מחלות ממאירות (סרטן ואיידס) גידול/ים ממאיר/ים או טרום ממאירים או איידס, כולל נשאות, פרט סוג מועד ואופן הטיפול _____
27. Jointures et os : inflammation des articulations (arthrite), polyarthrite rhumatoïde, douleur dorsale ou au cou, hernie discale, dislocation de l'épaule, du genou, maladies osseuses.			27. פרקים ועצמות - דלקת פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם.
28. Yeux : cataracte, glaucome, strabisme, cécité, maladies de la rétine, maladies de la cornée, troubles de la vision, numéro de dioptrie.			28. עיניים - קטרקט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מסי' דיופטר.
29. Nez, gorge oreille : infections de la gorge ou des oreilles récurrentes, sinusites, troubles de l'audition, syndrome d'apnée du sommeil.			29. אף אוזן גרון - דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה.
30. Hernies : de la paroi de l'estomac, abdominale, des cicatrices d'interventions chirurgicales, anale et du diaphragme.			30. בקע (הרניה שבר) - של דופן הבטן, במשפחה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת.
31. Autres troubles de la santé et/ou maladies non mentionnés ci-dessus			31. הפרעות בריאות אחרות ו/או מחלות אחרות שלא פורטו לעיל.

Détails aux réponses positives _____

פירוט ממצאים חיוביים _____

1. Déclaration des souscripteurs / candidats à l'assurance

Je/ nous soussigné(s), candidat(s) à l'assurance, demande (demandons) par la présente à la compagnie d'assurance d'assurer les candidats à l'assurance en concordance avec le contenu de ce formulaire (ci-devant "la proposition d'assurance").

Je/ nous déclare/ déclarons, est/ sommes d'accord et je/ nous nous engageons à :

- a. Toutes les réponses fournies dans la proposition et/ ou dans la déclaration de santé sont correctes et complètes, et je n'ai en rien dissimulé à la compagnie d'assurance quoi que ce soit susceptible d'influencer sa décision d'accepter la proposition d'assurance.
- b. Les réponses fournies dans la proposition et toute autre information écrite fournie de ma part à la compagnie d'assurance, ainsi que les conditions d'usage de la compagnie d'assurance en cette matière constitueront des conditions du contrat d'assurance entre moi/ nous et la compagnie d'assurance et constitueront une partie intégrante du dit contrat.
- c. Je/ nous confirme/ confirmons que l'acceptation ou le rejet de la présente proposition est soumis(e) à la seule discrétion de la compagnie d'assurance qui est libre d'accepter ou de rejeter la proposition conformément aux exigences légales.

Je suis / nous sommes informé(s) que :

- 1. Je n'aurai / nous n'aurons pas droit aux services de santé, tels que spécifiés dans la police d'assurance, si l'incident médical, qui constitue un cas d'assurance, en raison duquel j'aurai / nous aurons besoin de services de santé, est dû à un état médical antérieur à la date du commencement de la période de l'assurance conformément avec cette police d'assurance et/ ou a précédé la première date à laquelle un employeur quelconque en Israël a contracté à mon/ notre profit, une assurance médicale (ci-après, "la première date") et si une des deux conditions suivantes s'applique :
 - a. J'ai/ nous avons confirmé que le cas d'assurance constituant le problème médical pour lequel j'ai/ nous avons besoin du service est le résultat d'un état médical antérieur.
 - b. Un médecin a confirmé sur base des données à sa disposition que le problème médical pour lequel j'ai / nous avons besoin du service est le résultat d'un état médical antérieur. Si j'ai/ nous avons séjourné en dehors d'Israël, après la première date (ci-après, "le séjour") pour une période ou des périodes excédant 90 jours consécutifs, ou 120 jours consécutifs si le séjour a eu lieu durant ma/ notre période d'emploi par le même employeur, dans ces conditions, la première date sera la première date après le séjour pendant lequel j'étais/ nous étions couvert(s) par l'assurance médicale.
- 2. Malgré ce qui a été dit dans la clause 1 ci-dessus, si 3 années se sont écoulées depuis la date du 17.10.2001 ou depuis la première date, selon celle des deux qui est postérieure, les limitations mentionnées ci-dessus ne seront pas en vigueur à mon/ notre égard.
- 3. En outre, les limites à l'octroi du service médical suite à un état médical antérieur, ne seront pas appliquées au cas où j'aurai / nous aurons besoin de services de santé qui selon la police découlent d'un état médical d'urgence. Dans un tel cas, je/ nous bénéficierons de ces services pour une période limitée, pendant laquelle mon/ notre état de santé sera stabilisé afin de me/ nous permettre un transfert en dehors d'Israël pour la poursuite du traitement, et pour une période de 30 jours par la suite, uniquement.

2. Renoncement au secret médical

- a. Je/ nous, soussigné(s) ci-dessous dégageons tout établissement médical, tout laboratoire médical, tout comité médical et tout le personnel médical et autre de l'obligation de préserver le secret médical ou autre à l'égard de Menorah Compagnie d'Assurance (appelée ci-après "Menorah").
- b. Je/ nous accordons par la présente à tous ceux mentionnés ci-dessus – y compris les comités médicaux de la Sécurité sociale israélienne, les sociétés d'assurance, le Ministère de la Santé, le Bureau régional de la Santé, les autorités militaires, le Ministère de la Défense, et tout autre organisme ou institution dont le nom n'a pas été mentionné dans ce document, ainsi que toutes les compagnies d'assurance chez lesquelles j'ai/ nous avons été assuré(s) par le passé ou je/ nous sommes assurés actuellement, l'autorisation de communiquer à "Menorah" ou son mandataire – tous ensemble et chacun séparément – tous les détails, sans aucune exception, sur mon/ notre état de santé et sur toute maladie dont j'ai/ nous avons souffert par le passé ou dont je/ nous souffrirons dans l'avenir, mes/ nos rapports d'hospitalisation et/ ou mon/ notre dossier médical et/ ou la liste des médecins que j'ai/ nous avons consultés et/ ou la date à laquelle j'ai/ nous avons adhéré au fonds de santé (koupot holim). Le renoncement au secret médical aura pour but de vérifier les droits et les obligations conférés par la présente police d'assurance et l'assureur n'entrera pas en contact avec l'employeur afin d'obtenir des informations de nature médicale, sauf en cas d'urgence médicale.
- c. Je/ nous autorisons par la présente toutes les compagnies d'assurance et/ ou les autres institutions à transmettre à "Menorah" toute information et/ ou document et/ ou police d'assurance qu'elles réclament.
- d. Je/ nous accordons par la présente la permission à "Menorah" de transférer toute information médicale ou personnelle ou autre aux fournisseurs de services médicaux associés à "Menorah" pour l'octroi des services médicaux conformément à la police.
- e. Je/ nous déclarons par la présente que je/ nous n'adresserons aucune requête ou réclamation d'aucun genre à l'égard des mentionnés ci-dessus en rapport avec l'octroi des détails susmentionnés à "Menorah" ou ses mandataires, tous ensemble et chacun séparément.
- f. Cette souscription de ma/ notre part est valide conformément à la Loi sur la protection de la vie privée 5741 - 1981 et s'applique à toute information médicale ou autre trouvée dans les bases de données de toutes les institutions, y compris les fonds de santé (koupot holim) et/ ou leurs médecins et/ ou leurs employés et/ ou leurs mandataires et/ ou les fournisseurs de services mentionnés ci-dessus.
- g. Cette renonciation au secret médical m'engage moi-même/ nous engage, mon/ notre succession, mon/ notre ayant droit, conformément à la loi et toute personne qui me/ nous représentera.

Cette renonciation s'appliquera à mes/ nos enfants mineurs dont les noms ont été spécifiés, au cas où ils l'ont été, dans la proposition. Je/ nous confirmons que je/ nous avons lu et compris les déclarations jointes à cette renonciation, toutes les déclarations de mes/ nos enfants mineurs sont soumises par mes/ nos soins en tant que tuteur(s) naturel(s). En foi de quoi les parties ont signé :

Prénom et nom	N° de passeport	Signature	Date

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 את
 הפרמיה הנדרשת על ידי מנורה חברה לביטוח על פי כל דין.
 שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____
 שם הסוכן: _____ מס' הסוכן _____

1. הצהרת המבטחים / המועמד / 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 יישמשו 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 הצעה/נו זו נתון בשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא רשאי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין.

ידוע לי/לנו כי :

- 1. לא אהיה/נהיה זכאי/ים לשירותי בריאות כמפורט בפוליסה אם האירוע הרפואי המהווה מקרה ביטוח, בגינו אודק/נודק לשירותי הבריאות, נובע ממצב רפואי שקדם למועד יום תחילת תקופת הביטוח על פי הפוליסה ו/או קדם למועד הראשון שבו הסדיר בעבורי/בעבורנו מעביד כלשהו בישראל ביטוח רפואי (להלן: "המועד הראשון") ואם נתקיים אחד משני אלה:
 - א. אשירות/אישרוני כי מקרה הביטוח המהווה הבעיה הרפואית בשלה אני/נו זקוק/ים לשירותי נובעת ממצב רפואי קודם.
 - ב. רופא אישר על פי הממצאים שלפניו כי הבעיה הרפואית שבשלה אני/נו זקוק/ים המבוטח לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.
 אם שהיתנו/נו מחוץ לישראל, לאחר המועד הראשון (להלן: "שהיה"), תקופה או תקופות הנולות על 90 ימים רצופים, או על 120 ימים רצופים אם השהיה הפרידה בין תקופות העסקה אצל אותו מעביד יראו כמועד הראשון את המועד הראשון לאחר השהיה שבו הייתי/היינו 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 לגבינו/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 אויב/נויצב מבחינה רפואית על מנת לאפשר העברתנו/נו למשך טיפול בי/בנו מחוץ לישראל, ולמשך תקופה של 30 יום לאחריה בלבד.

2. ויתור על סודיות רפואית

- א. אני/ו החתום/ים מטה משהרר/ים בזה כל מוסד רפואי, כל מעבדה רפואית, כל ועדה רפואית וכל עובדיה הרפואיים והאחרים מחובת שמירת סודיות רפואית ואחרת כלפי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (שתקרא להלן – "מנורה").
- ב. הריני/נו נתן/ים בזה רשות לכל המנויים לעיל – כולל הוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונת 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/מנורה" או לבאי כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד – את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי/נו ועל כל מחלה שחלמתי/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.
- ג. הריני/ו מאשר/ים ואלו חברות הביטוח ו/או המוסדות האחרים להעביר לי/מנורה" כל מידע ו/או מסמך ו/או פוליסת ביטוח כנדרש על ידה.
- ד. הריני/נו נתן/ים בזה רשות לי/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 לי/מנורה" או לבאי כוחה – כולם ביחד וכל אחד לחוד.
- ו. בקשת/נו זו יפה לפי חוק הגנת הפרטיות התשמי"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 עוזבני/נו, את באי/כוחי/נו על פי דין ואת כל מי שיבוא במקומי/נו.

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