

הצעה לביטוח

מנו מדיק טופ

עברית / סינית

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

请用英语或希伯来语准确地回答本投保书中的全部问题。
本投保书的内容系保险合同的基础，系保险合同的整体组成部分。

נא למלא הצעה זו בדיוקנות ובשלמות

הרשום בה מהווה בסיס לחוזה הביטוח וחלק בלתי נפרד ממנו

曼诺医疗顶级保险公司 (Meno Medic Top Insurance) 投保书

הצעה לביטוח

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

שם המעסיק: _____ ת.ז. של המעסיק _____

כתובת המעסיק: _____

טלפון	מיקוד	עיר	מספר	רחוב	
<input type="checkbox"/> אזרח זר שקיבל אישור רשמי לעבוד בישראל <input type="checkbox"/> תייר <input type="checkbox"/> עובד בלתי חוקי בישראל					סופס הצעה עבור:
<input type="checkbox"/> פוליסה ראשונה <input type="checkbox"/> הארכה של פוליסה מספר _____					סוג ההצעה:
אני הח"מ מטה מבקש/ת לבטח אותי וקרובי משפחה שלי (ששמותיהם מצוינים להלן) במסגרת ביטוח Meno-Medic Top לתקופה מ: _____ עד: _____ ז/נ					
שם המשפחה של המבוטח		שם הפרטי של המבוטח		תאריך לידה	ארץ אזרחות
מספר דרכון					
כתובת המבוטח בחו"ל		מספר טלפון		מדינה	מיקוד
רחוב		מספר עיר			
כתובת המבוטח בישראל		מספר טלפון		מיקוד	מספר עיר
רחוב		מספר עיר			
האם בוטחת בעבר בביטוח בריאות בישראל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן					
תקופת הביטוח _____					
הסיבה לאי-חידוש הביטוח _____					
האם אתה מעשן? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן					

1. 投保人资料明细

(必须提供所有详情)

投保书	<input type="checkbox"/> 获得以色列的正式工作许可的外国人 <input type="checkbox"/> 游客 <input type="checkbox"/> 未经许可而在以色列工作的外国人				
投保类型	<input type="checkbox"/> 首次投保 <input type="checkbox"/> 保险(编号: _____) 展期 _____				
我, 即下列签署人, 要求我及我的家庭成员(如下所列)成为曼诺医疗顶级保险单下的					
被保险人; 保险期限为	女/男	自: (年/月/日) _/ _/ _	至: (年/月/日) _/ _/ _		
被保险人的姓	名	出生日期	国籍	护照号码	
		年/月/日	/ /		
被保险人的家庭地址					
街道	号	州(省)	市	邮编	国家
					电话
被保险人在以色列的地址					
街道		号	市	邮编	电话
您在以色列是否享有其它健康保险? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					
保险期间 _____					
不续保的原因 _____					
您抽烟吗? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是					

<p>健康申报 - (虽然申报表措词使用了男性口吻, 但同样适用于女性) 请回答下列问题。回答每个问题时, 请在“是”或“否”前的选择框内打钩。如果选择“是”, 请在“健康状况详情”横线上写明该问题的编号及详情。</p>			<p>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</p>
<p>一般问题</p>	<p>לא 否</p>	<p>כן 是</p>	<p>שאלות כלליות</p>
<p>1. 身高_____米 体重_____公斤。</p>			<p>1. גובה - _____ מ' משקל - _____ ק"ג</p>
<p>2. 过去十二个月中您的体重是否有变化(节食引起的除外)?</p>			<p>2. האם חל שינוי במשקלך במהלך שנים-עשר החודשים האחרונים (שלא כתוצאה מדיאטה)?</p>
<p>3. 您是否正在或曾经酗酒或吸毒?</p>			<p>3. האם אתה בעבר/הווה צורך אלכוהול או צורך סמים?</p>
<p>4. 您是否正在或曾经因任何事故而遭受疾病、伤害或损伤? 您是否曾接受过任何手术? 您是否知道, 您需要在将来进行任何侵入式检查、住院治疗或手术?</p>			<p>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?</p>
<p>5. 您是否曾经在医院或其它机构接受住院治疗?(机构名称、时间、原因)。请随附病情摘要及最新信息。</p>			<p>5. האם אושפזת אי פעם בבית חולים או במוסד? (איזה, מתי, סיבה) צרף סיכומי מחלה ומידע עדכני.</p>
<p>6. 您是否在进行任何医疗或医疗监督?</p>			<p>6. האם אתה נמצא בטיפול רפואי כלשהו או תחת השגחה רפואית?</p>
<p>7. 您是否正在或曾经进行任何定期药物治疗或临时药物治疗?</p>			<p>7. האם אתה לוקח או לקחת איזושהי תרופה באופן קבוע או זמני?</p>
<p>8. 您是否曾经接受下列检查或被建议接受下列检查: 插入导管的检查、心脏扫描、超声心动图、MRI、CT、内窥镜检查、检查癌症肿瘤的检测或其它特殊测试(如果有, 请说明检查的类型)</p>			<p>8. האם עברת או הומלץ לך לבצע בדיקות: צינטור, מיפוי לב, אקו לב, MRI, CT, אנדוסקופיה, בדיקות לגילוי גידול ממאיר או בדיקה מיוחדת אחרת. אם כן, פרט את סוג הבדיקה)</p>
<p>9. 您是否患有或曾经患有任何先天性的、遗传性的疾病或残疾?</p>			<p>9. האם אתה סובל או סבלת ממום מלידה, מחלה תורשתית או נכות?</p>
<p>10. 您最近是否感觉到健康状况的恶化?</p>			<p>10. האם חשת לאחרונה בשינוי לרעה במצב בריאותך?</p>
<p>11. 您是否目前患有任何疾病, 或是否知道自己健康方面有任何问题? 您是否正在或曾经接受任何医疗或药物治疗? 请说明详情, 包括药方和治疗持续时间。</p>			<p>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.</p>
<p>12. 您是否曾经在年度献血后收到血库的通知?</p>			<p>12. האם אי פעם קיבלת הודעה מבנק הדם בעקבות תרומת דם שנתית?</p>
<p>13. 您是否患有影响下列活动的残疾: 站起、躺下、脱衣、穿衣、洗漱、刮胡子、吃饭喝水、控制便意、走路、做家务?</p>			<p>13. האם אתה מוגבל ביצוע אחת מהפעולות האלה, לקום, לשכב, להתפשט, להתלבש, להתרחץ, להתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת, לתפקד, ולקיים את מטלות משק הבית?</p>
<p>14. 您是否享有或正在接收国家保险机构提供的伤残补贴?</p>			<p>14. האם אתה זכאי ו/או מקבל גמלת סיעוד לביטוח לאומי?</p>
<p>15. 您是否(或曾经)因能力缺陷而不能从事全职或兼职工作?</p>			<p>15. האם סבלת או אתה סובל מאובדן היכולת לעבוד באופן חלקי או מלא?</p>
<p>16. 家庭历史(父母、子女、兄弟、姐妹、叔舅、姨姑): 该等人士是否曾经患有心脏病、糖尿病、脑卒、肾脏疾病、癌症或其它重大疾病?</p>			<p>16. תולדות המשפחה (הורים, ילדים, אחים, אחיות, דודים, דודות): האם סבלו ממחלות לב, סכרת, שבץ מוחי, כליות, סרטן, מחלות קשות אחרות?</p>
<p>17. 仅限女士: 您是否患有或曾经患有妇科疾病如月经不调、生育问题、出血和乳腺囊肿、子宫和卵巢有问题, 是否在妇科检查(例如巴氏涂片)中发现异常结果, 或是否有其它妇科问题? 您是否怀孕了? 这是第几胎? 您在以前或现在的孕期中是否遭受任何问题? 您是否做过剖腹产手术?</p>			<p>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 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?</p>

	לא כן	כן האם אי פעם חלית במחלות או היו לך סימני המחלות המפורטות להלן:
18. 心脏和血管 - A.心脏疾病、胸痛、气促、胸部有压迫感（心绞痛）、心肌梗死（突发性心脏病）、不规则的心率、心脏瓣膜病、遗传性心脏病、心脏肌肉或心膜疾病。B. 高血压。C. 心血管疾病、走路时腿部疼痛、血栓、静脉曲张、血液循环障碍、动脉狭窄。		18. לב וכלי דם א. מחלות 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. 中枢神经系统 - 头晕、头痛、突发性眩晕、麻痹、惊厥（癫痫）、短暂性脑缺血、失忆、官觉脱失、退行性疾病、中风、脑血管异常 (C.V.A)、震颤、平衡失调、阿尔茨海默氏病、帕金森病、精神疲劳、智力退化。		19. מערכת עצבים סחרחורות, כאבי ראש, התעלפויות, שתוקים, 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, דמוגיה סנילית.
20. 精神障碍 - 精神疾病、抑郁症、精神分裂症、焦虑、企图自杀。		20. הפרעות נפשיות מחלת נפש, דיכאון, סכיזופרניה, חרדה, ניסיון אובדני.
21. 呼吸道 - 哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、肺结核、血痰、反复出现的呼吸道感染。		21. דרכי נשימה אסטמה, ברונכיטיס כרונית, אמפיזיה, שחפת, גניחת דם, זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה.
22. 消化道和肝脏 - 溃疡（消化性溃疡或十二指肠溃疡）、胃灼热、慢性肠道感染、消化道出血、痔疮、肛门问题、慢性肝脏病、黄疸、胆结石、胰腺感染、（病毒性或其他性质的）肝炎。		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 המרה, דלקת בלבב, הפטיטיס (ויראלית או אחרת).
23. 肾脏和泌尿道 - 肾脏结石、肾脏感染、泌尿道畸形、尿液中含血液或蛋白、肾囊肿、肾功能不全, 前列腺感染（前列腺炎）。		23. כליות ודרכי השתן אבני כליות, דלקות בכליה, מומים בדרכי השתן, דם או חלבון בשתן, ציסטות בכליה, פגיעה בתפקוד כליתי, בלוטת הערמונית (פרוסטטה).
24. 内分泌和代谢疾病 - 糖尿病、甲状腺疾病、肾输尿管、肾囊肿、肾上腺疾病和其它腺体疾病、血液中有高血脂（胆固醇、甘油三酯）。		24. מחלות אנדוקריניות חילוף חומרים סכרת, הפרעה בבלוטות המגן, יותרת הכליה, ציסטות בכליה, יותרת המוח ובלוטות אחרות, שומנים גבוהים בדם (כולסטרול, טריליצריגידים).
25. 皮肤及性传染病 - 梅毒、疱疹、皮肤肿瘤、痣、水泡及/或不育问题及/或生育问题。		25. עור ומין עגבת, הרפס, גידולי עור, שומות, יבלות ו/או בעיות עקרות ו/או בעיות פוריות.
26. 恶性疾病（癌症和艾滋病） - 恶性或亚恶性肿瘤或艾滋病、艾滋病毒；如果患有上述疾病，请描述具体种类、日期和治疗性质_____		26. מחלות ממאירות (סרטן ואיידס) גידולים ממאירים/ או טרום ממאירים או איידס, כולל נשאות, פרט סוג מועד ואופן הטיפול
27. 关节和骨骼 - 关节感染（关节炎）、风湿症（风湿病）、背部或颈部疼痛、椎间盘突出、肩关节脱位、膝关节脱位、骨骼疾病。		27. פרקים ועצמות – דלקות פרקים (ארטריטיס), שגרון (גאלט), כאבי גב או צוואר, פריצת דיסק, כתף, ברך, מחלת עצם.
28. 眼睛 - 白内障、青光眼、内斜视、失明、视网膜疾病、角膜病、视力障碍 – 屈光度数		28. עיניים – קטרקט, גלאוקומה, פזילה, עיוורון, מחלת רשתית, מחלת קרנית, הפרעות ראייה, מס' דיפטטר.
29. 耳朵、鼻子和喉咙 - 反复出现的喉咙或耳部感染、鼻窦炎、听觉失调、睡眠窒息症。		29. אף אוזן גרון – דלקות גרון או אוזניים חוזרות, סינוסיטיס, הפרעות בשמיעה, תסמונת דום נשימה בשינה.
30. 疝 - 胃壁、胯部、手术疤痕的疝, 肚脐和隔膜部位的疝。		30. בקע (הרניה שבר) – של דופן הבטן, המפשעה, בצלקות ניתוחים, בטבור ובסרעפת.
31. 上述内容未提及的其它健康失调和/或其它他疾病。		31. הפרעות בריאות אחרות ו/או מחלות אחרות שלא פורטו לעיל.

护照号码 _____ מספר דרכון _____

健康状况详情 _____ פירוט ממצאים חיוביים _____

1. 投保人申报

我/我们，即下列签署人，亦即本保险的投保人，在此请求保险人按照本投保书所述内容（以下简称：“投保书”）提供保险。

我/我们在此声明、同意并承诺：

- 本投保书及/或健康申报中所载的回答是正确且完整的，且我未向保险人隐瞒任何可能影响保险人决定是否接受投保书的事项。
- 投保书中的回答、向保险人提交的其它书面信息、保险人相关的标准条款应当视为我/我们与保险人之间的保险合同的条款和条件，并构成保险合同的整体组成部分。
- 我/我们在此确认并同意，保险人有权自行决定接受或拒绝我的/我们的投保申请，无须就其根据法律规定而做的决定提供任保解释。

我/我们知晓：

1. 即使医疗事件属于保险范围内的、我/我们可以享受医疗服务的事件，但引发该医疗事件的宿疾发生于保单规定的保险期间的起始日之前，或发生于以色列雇主为我/我们安排医疗保险的首日（以下称为“首日”）之前，且符合下列情形，则我/我们无权要求保单中的健康服务：

- 我/我们确认，我/我们要求服务的保险事件中的医疗问题因投保前的宿疾引发。
- 医生基于向其提供的信息而确认，我/我们要求服务的保险事件中的医疗问题因投保前的宿疾引发。

在“首日”之后，如果我/我们在以色列之外停留的期间（“停留期间”）连续超过90天，或在同一个雇主的雇佣期间内在以色列之外停留期间连续超过120天，则首日应当被视为“停留期间”后我/我们受到医疗保险框架保障后的首日。

2. 尽管有上述第1条的规定，但从2001年10月17日或“首日”起（两者中后发生的为准）3年后，上述限制不再适用于我/我们。

3. 此外，如果我/我们在紧急情况下要求医疗服务，有关因宿疾而导致的服务限制条款不得适用。在此等情况下，我/我们将在一定期限内享有上述服务，使我/我们的健康状况得以稳定，以便我/我们到以色列之外的地方继续医治；但该期限仅为30天。

2. 医疗保密的弃权

a. 我/我们，即下列签署人，在此免除任何医疗机构、医疗实验室、医疗委员会及上述机构的医务雇员和其它雇员在医疗或其它方面的、与曼诺华保险公司（以下称为“曼诺华”）有关的保密义务。

b. 我/我们同意准许上述机构——包括以色列国家保险协会医疗委员会、保险人、卫生部、区卫生局、以色列国防军、国防部及本条未列示机构以及我/我们此前投保的保险公司、或我/我们目前的保险公司，向曼诺华或其代表（共同或单独）无保留地提供关于我/我们的健康状况的全部详情、我/我们此前或将来患有的疾病的全部详情，包括我/我们的住院报告及/或我/我们的医疗档案及/或我/我们访问过的医生及/或我/我们加入以色列健康基金的日期。

关于医疗信息保密的弃权仅用于澄清本保险单规定的权利义务；除医疗紧急情况外，保险人不得联系雇主获取医疗信息。

c. 我/我们在此授权所有的保险公司及/或其它机构向曼诺华提供任必要的信息及/或文件及/或保单。

d. 我/我们在此授权曼诺华，可以根据本保单的规定，为了相关医疗服务的实施而向相关医疗机构提供医疗或个人信息。

e. 我/我们在此声明，我/我们不会因上述条款规定的提供详情而向曼诺华或其代表（共同或单独）提出任何要求、主张。

f. 本投保申请符合《1981年隐私保护法》的规定，适用于任何机构的数据库中的医疗信息、其它信息，包括健康基金及/或该等机构的医生及/或该等机构的雇员及/或该等机构授权的人员及/或上述规定中的服务提供方。

g. 本弃权对我/我们、我/我们的不动产、我/我们的法定代表及其继任者均具有约束力。

本弃权应当适用于我/我们的未成年子女；他们的姓名已列示于本投保书内。

我/我们确认，我/我们已经阅读并理解本弃权相关的声明；我/我们的未成年子女的相关声明由我/我们作为自然监护人提交。

1. ההצהרת המבקשים המועמדים לביטוח

אני/החתימים/מטה, המועמדים לביטוח, מבקשים/מטה בזה מהמבטח לבטח את המועמדים לביטוח לפי הרשום בטופס זה (להלן: "הצהרה").

אני/מצהירי/מסכים ומתחייבים 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/ביננו לבין המבטח ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
- אני/מאשרים ומסכים/מטה בזה כי קיבולה או דחייתה של הצעתנו זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי 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, כגון אדזק/קדזק/נזדקק 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:
 - אישרתי/אישרנו כי מקרה הביטוח המהווה הבעיה הרפואית בשלה אני/אנו נזקקים לשירות נובעת ממצב רפואי קודם.
 - רופא אישר על פי הממצאים שלפניו כי הבעיה הרפואית שבשלה אני/אנו נזקקים המבוטח לשירות נובעת ממצב רפואי קודם. אם שהייתי/נו מחוץ לישראל, לאחר המועד הראשון (להלן: "השהיה"), תקופה או תקופות העולות 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 מבוטחים/מבוטחות 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 המגבלות שצוינו לעיל.

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

2. ויתור על סודיות רפואית

a. אני/החתימים/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").

b. הריני/נותנים בזה רשות לכל המנויים לעיל – כולל הועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי, מבטחים, משרד הבריאות, לשכת הבריאות המחוזית, שלטונות זקה"ל, משרד הביטחון, וכל גוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה – וכן לכל חברות הביטוח בהן בוטחתי/נו בעבר או שאני/מבוטחתי/נו 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 אישפוז שלי/נו ו/או כרטיסי/נו הרפואיים ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי/נו ו/או תאריך הצטרפותי/נו לקופת חולים.

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

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

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

h. הריני/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.

i. 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 רפואיהן ו/או עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או נותני השירותים שפורטו לעיל.

z. כתב ויתור זה מחייב אותי/נו, את עזבוני/נו, את באי/נו 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/מאשרים כי קראתי/נו והבנתי/נו את ההצהרות ומסכים לכתוב בהן. כל ההצהרות לילדי/נו הקטינים נמסרות על ידי/נו כאפוטרופוסים טבעיים שלהם. ולראיה באתי/נו על החתום:

全名	护照号	签字	日期
שם פרטי ושם משפחה	מספר דרכון	חתימה	תאריך

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 מבטחים חברה לביטוח בע"מ על פי כל דין.

שם: _____ חתימה: _____, תאריך: _____

שם הסוכן: _____ מס' הסוכן: _____