

# სამედიცინო დაზღვევის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაცია - უცხოელი მუშები ისრაელში



სადაზღვევო წინადადების შესაბამისად, თან ერთვის ამ დოკუმენტს, და წარმოადგენს ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციის განუყოფელ ნაწილს ფორმა მოცემულია როგორც ქალებისთვის, ასევე მამაკაცებისთვის. გთხოვთ, დარწმუნდეთ, რომ შეავსეთ ეს ფორმა ზუსტად და სრულად.  
05/2020 Edition

ჰარელ – დაზღვევა და ფინანსები

**ვის:**  
სადაზღვევო კომპანიას “ჰარელ ლტდ”, უცხოელი მუშების \ ტურისტების დაზღვევის დეპარტამენტი  
აბა ჰილელ 3, ს/ყ 1951, რამატ- განი 5211802, ფაქსი: 03-7348083, ელ. ფოსტა: fax7930@harel- ins.co.il

| A სადაზღვევო კანდიდატის პირადი მონაცემები   |   |        |                  |   |            |  |
|---|---|--------|------------------|---|------------|--|
| უცხოური პასპორტის ნომერი  | გვარი   | სახელი | დაბადების თარიღი | სქესი   |            |  |
|   |   |        |                  | <input type="checkbox"/> კ <input type="checkbox"/> ქ |            |  |
| <p>ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციის კითხვებზე პასუხის გაცემისას შესაბამისი პასუხის გვერდით დაუსვით ნიშანი «✓». თუ დასმულ კითხვებზე ერთი ან მეტი პასუხი დადებითია, თან უნდა ერთვოდეს დაკავშირებული პრობლემის შესახებ განახლებული ცნობა მკურნალი ექიმისაგან, ანალიზების შედეგები, და მკურნალობის დახასიათება..</p> |   |        |                  |   |            |  |
| <b>ნაწილი ა) : საერთო შეკითხვები</b>  |   |        |                  | <b>დიახ</b>   | <b>არა</b> |  |
| 1.  | სიმაღლე სმ ..... წონა კგ.....   |        |                  |   |            |  |
| 2.  | <input type="checkbox"/> თუ იყენებთ ან იყენებდით ოდესმე ნარკოტიკებს ?<br><input type="checkbox"/> თუ სვამთ ან სვამდით რეგულარულად ალკოჰოლურ სასმელებს? ჩამოთვალეთ მოხმარების რაოდენობა, .....ჭიქა დღეში.  |        |                  |   |            |  |
| 3.  | ბოლო 10 წლის განმავლობაში, თქვენ მოიხსენიებთ რომელიმე შემდეგ შემოწმებაზე (არა როგორც რუტინული შემოწმებების ნაწილი) და ჯერ არ ჩატარებულა ეს ან ჯერ არ მიგიღიათ ისეთი საბოლოო დიაგნოზი, როგორცაა: ქრონიკული დაავადებები, კათეტერიზაცია, ექოკარდიოგრაფია, CT, MRT , ულტრაბგერითი გამოკვლევა (ორსულობის შემოწმებები არ ითვლება) ბიოფსია, ფარული სისხლი, კოლონოსკოპია ან გასტროსკოპია, აუტოიმუნური დაავადებები მჭამელა/lupus ის ჩათვლით?<br>(დადებით შემთხვევაში წარმოადგინეთ მოწმობა მკურნალი ექიმისაგან, სადაც იქნება აღწერილი მიზეზი ამ შემოწმების გატარებისა, შემოწმების შედეგები და საბოლოო დიაგნოზი).  |        |                  |   |            |  |
| 4.  | გაიარეთ თუ არა თქვენთვის ქირურგიული ოპერაცია/ტრანსპლანტაცია ბოლო 10 წლის განმავლობაში? ან თუ აპირებთ ? გთხოვთ დააზუსტოთ _____   |        |                  |   |            |  |
| 5.  | იყავით თუ არა ჰოსპიტალიზებული საავადმყოფოში ბოლო 10 წლის განმავლობაში? გთხოვთ დააზუსტოთ ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი და მიღებული მკურნალობა _____   |        |                  |   |            |  |
| 6.  | ღებულობდით, ან ურჩევიათ თუ არა, თქვენთვის მედიკამენტების რეგულარული მიღება ბოლო 10 წლის განმავლობაში? გთხოვთ დააზუსტოთ, რა დაავადებას მკურნალობდით, როგორი იყო მკურნალობა და რამდენი ხანი ღებულობდით ამ მედიკამენტს ? _____   |        |                  |   |            |  |
| 7.  | დაადგინეს თუ არა რომელიმე ალერგია ? გთხოვთ დააზუსტოთ _____  |        |                  |   |            |  |
| <b>ნაწილი ბ) ხომ არ გამოვლინდა დაავადება, სიმპტომი, დარღვევა, დაკავშირებული ერთი ან რამდენიმე ქვემოთ ჩამოთვლილ თემებთან:</b>  |   |        |                  | <b>დიახ</b>   | <b>არა</b> |  |
| 1.  | <input type="checkbox"/> ნერვიული სისტემა <input type="checkbox"/> დამბლა (ინსულტი) <input type="checkbox"/> ეპილეფსია <input type="checkbox"/> გაფანტული სკლეროზი <input type="checkbox"/> კუნთოვანი დისტროფია ან სხვა დეგენერატიული დაავადება <input type="checkbox"/> განმეორებითი თავბრუსხვევა <input type="checkbox"/> წონასწორობის დარღვევები <input type="checkbox"/> თავის ტკივილი <input type="checkbox"/> უსუსური <input type="checkbox"/> პარკინსონი <input type="checkbox"/> ალკვიმერი <input type="checkbox"/> ტრემორი <input type="checkbox"/> გონებრივი ჩამორჩენილობა <input type="checkbox"/> აუტიზმი <input type="checkbox"/> დაუნის სინდრომი <input type="checkbox"/> პოლიომელიტი <input type="checkbox"/> ცერებრული დამბლა <input type="checkbox"/> გუჩერის (Gaucher) დაავადება <input type="checkbox"/> გრძნობის დაკარგვა <input type="checkbox"/> ყურადღების და კონცენტრაციის შეფერხებები <input type="checkbox"/> შაკივი <input type="checkbox"/> მიმართეთ თუ არა ექიმს მეხსიერების დაქვეითების გამო (დემენცია)? <input type="checkbox"/> შიდსი <input type="checkbox"/> HIV გადამზიდავები <input type="checkbox"/> მჭამელა/lupus<br><b>თუ დასმულ კითხვებზე ერთი ან მეტი პასუხი დადებითია, თან უნდა დაერთოს განახლებული ცნობა მკურნალე ნევროლოგი– ექიმისაგან.</b> |        |                  |   |            |  |
| 2.  | <b>თვალეზი და ხედვა</b> <input type="checkbox"/> კატარაქტა <input type="checkbox"/> ბადურისა და რქოვანას პრობლემები <input type="checkbox"/> გლაუკომა <input type="checkbox"/> თვალეზის ანთებები <input type="checkbox"/> სტრატოზმი <input type="checkbox"/> სიბრმავე<br>თვალეზის სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____  |        |                  |   |            |  |
| 3.  | <b>გული:</b> <input type="checkbox"/> გულის არითმიები <input type="checkbox"/> გულის დაავადება <input type="checkbox"/> გულის უკმარისობა <input type="checkbox"/> გულის შეტევა <input type="checkbox"/> თანდაყოლილი გულის მანკი <input type="checkbox"/> კათეტერიზაცია <input type="checkbox"/> დაავადების სიმპტომები, გულის სხვა დაავადება/პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____   |        |                  |   |            |  |



28718:6 05/2020

| A სადაზღვევო კანდიდატის პირადი მონაცემები |  |      |     |
|---|--|------|-----|
|   | ნაწილი B) ხომ არ გამოვლინდა დაავადება, სიმპტომი, დარღვევა, დაკავშირებული ერთი ან რამდენიმე ქვემოთ ჩამოთვლილ თემებთან:  | დიახ | არა |
| 4.  | სისხლძარღვები : <input type="checkbox"/> ვარიკოზული ვენები (ფეხების მარღვებში) <input type="checkbox"/> კაროტიდული არტერია (კისრის არტერიებში) <input type="checkbox"/> კოაგულაციის დარღვევები <input type="checkbox"/> ანემია <input type="checkbox"/> სისხლის დაავადება <input type="checkbox"/> DVT (თრომბოზი) <input type="checkbox"/> PVD(პერიფერიული სისხლძარღვთა დაავადება), სისხლძარღვების სხვა დაავადება/პრობლემა? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____   |      |     |
| 5.  | მეტაბოლური დაავადებები : <input type="checkbox"/> დამცავი ჯირკვალი (ფარისებრი ჯირკვალი) <input type="checkbox"/> ლიმფური კვანძი <input type="checkbox"/> სანერწყვე ჯირკვალი <input type="checkbox"/> ოფლის ჯირკვალი <input type="checkbox"/> ჰიპოფიზის ჯირკვალი <input type="checkbox"/> დიაბეტი <input type="checkbox"/> სისხლის მაღალი წნევა <input type="checkbox"/> ცხიმის მაღალი დონე / ქოლესტერინი, სხვა მეტაბოლური დაავადება/პრობლემა? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____   |      |     |
| 6.  | რესპირატორული ტრაქტი : <input type="checkbox"/> ასთმა <input type="checkbox"/> ტუბერკულოზი <input type="checkbox"/> COPD (ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება) <input type="checkbox"/> თივის ცხელება <input type="checkbox"/> განმეორებადი რესპირატორული ინფექციები და ქოშინი <input type="checkbox"/> პლევრის ღრუში ჰაერის დაგროვება (პნევმოთორაქსი) <input type="checkbox"/> კისტური ფიბროზი<br>რესპირატორული ტრაქტის სხვა დაავადება/პრობლემა? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____  |      |     |
| 7.  | საჭმლის მომნელებელი სისტემა : <input type="checkbox"/> კუჭის/თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული <input type="checkbox"/> გულმძარვა <input type="checkbox"/> კრონის დაავადება <input type="checkbox"/> კოლიტი <input type="checkbox"/> რეფლუქსი <input type="checkbox"/> ბუასილი <input type="checkbox"/> ფისურა/ფისტულა <input type="checkbox"/> ნაწლავის გაუვალობა <input type="checkbox"/> პანკრეასის დაავადება / ანთება <input type="checkbox"/> საყლაპავი <input type="checkbox"/> ნაღვლის ბუშტი <input type="checkbox"/> ქვები ნაღვლის ბუშტში<br>საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა დაავადება/პრობლემა? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____ |      |     |
| 8.  | ღვიძლი : <input type="checkbox"/> სიყვითლე <input type="checkbox"/> ჰეპატიტი B,C,D <input type="checkbox"/> ცხიმოვანი ღვიძლი <input type="checkbox"/> ციროზი, ღვიძლის სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____   |      |     |
| 9.  | თიაქარი : თიაქარის მდებარეობა: დიაფრაგმაში / ნაფანში / მარჯვენა საზარდულში / მარცხენა საზარდულში<br>გაიარეთ თუ არა ოპერაცია თიაქარის მკურნალობისათვის? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, როდის?(თარიღი) _____<br>პრობლემა მოგვარდა თუ არა? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ  |      |     |
| 10.                                       | თირკმელები და საშარდე გზები: <input type="checkbox"/> მორეციდივე ანთებები <input type="checkbox"/> ქვები თირკმელებში და საშარდე გზებში<br><input type="checkbox"/> თირკმელების ცისტები <input type="checkbox"/> საშარდე გზების დარღვევები <input type="checkbox"/> თირკმელების უკმარისობა, თირკმელების და საშარდე გზების სხვა დაავადება/პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____  |      |     |
| 11.                                       | სახსრები და ძვლები: <input type="checkbox"/> სახსრების ანთება (ართრიტი) <input type="checkbox"/> პოდაგრა <input type="checkbox"/> შურგი/ხერხემალი <input type="checkbox"/> სახსრები <input type="checkbox"/> მუხლები<br><input type="checkbox"/> სახსრების და ძვლების სხვა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____   |      |     |
| 12.                                       | კანისა და სქესის დაავადებები: <input type="checkbox"/> კანის სიმსივნეები <input type="checkbox"/> კანის დაზიანება <input type="checkbox"/> ფსორიაზი <input type="checkbox"/> სქესის დაავადებები<br><input type="checkbox"/> სიფილისი <input type="checkbox"/> სხვა კანისა და სქესის დაავადება/პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____  |      |     |
| 13.                                       | <input type="checkbox"/> ავთვისებიანი სიმსივნეები <input type="checkbox"/> ონკოლოგიური დაავადებები (კიბო)  |      |     |
| 14.                                       | ქალებისათვის <input type="checkbox"/> მკერდის სარძევე ჯირკვლები (მკერდის გადიდების ჩათვლით) <input type="checkbox"/> გინეკოლოგიური სისტემა, სხვა ქალთა დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____<br><input type="checkbox"/> ხართ ორსულად ? <input type="checkbox"/> გაიარეთ თუ არა საკეისრო კვეთა მშობიარობის დროს? თუ გაიარეთ, როდის .....   |      |     |
| 15.                                       | კაცებისთვის <input type="checkbox"/> პროსტატის პრობლემები <input type="checkbox"/> ვარიკოცელე და ჰიდროცელე <input type="checkbox"/> სხვა მამრობითი დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____   |      |     |
| 16.                                       | ფსიქიური დაავადებები: ფსიქიური დაავადება, რომელიც ფსიქოლოგმა, ფსიქიატრმა ან ოჯახის ექიმმა აღმოაჩინა  |      |     |
| 17.                                       | ყელ ყურ ცხვირის დაავადებები : <input type="checkbox"/> ძილის აპნოეს სინდრომი <input type="checkbox"/> პოლიპი ცხვირში <input type="checkbox"/> სინუსიტი <input type="checkbox"/> სხვა ყელ ყურ ცხვირის დაავადება / პრობლემა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____   |      |     |

გთხოვთ დააზუსტოთ:

.....

.....

.....

.....

.....

|          |  |
|----------|--|
| <b>B</b> | <p><b>სადაზღვევო კანდიდატის დეკლარაცია</b></p> <p>1. ვაცხადებ, რომ ყველა პასუხი სწორია, სრულია და წარმოვადგინე ნებაყოფლობით.</p> <p>2. პასუხები, მითითებული მოცემული ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციაში და ნებისმიერი სხვა ინფორმაცია, წარმოდგენილი დამზღვევის განკარგულებაში, ისევე, როგორც პირობები, მიღებული ამ მხრივ დამზღვევთან, გამოვლენებული იქნებიან როგორც სადაზღვევო კონტრაქტის აუცილებელი პირობა თქვენ და დამზღვევ შორის, და როგორც მისი განუყოფელი ნაწილი.</p> <p>3. დამზღვევი უფლებამოსილია გადაწყვიტოს - მიიღოს ან უარყოს ეს წინადადება, და ის არ იქნება ვალდებული განმარტოს თავისი გადაწყვეტილება. გთხოვთ გაითვალისწინოთ, რომ დაზღვევის ხელშეკრულება ძალაში შედის მხოლოდ მას შემდეგ, რაც დამზღვევი გასცემს წერილობით დადასტურებას, რომ დაზღვეული პირი მიღებულია დაზღვევაში და იმის შემდეგ პირველი სადაზღვევო წვლილი იქნება სრულად გადახდილი. პირველი სადაზღვევო წვლილის სრულადი გადახდის პირობა არ გამოიყენება, თუ დამზღვევი მიიღებს გადახდის ისეთ საშუალებას, რომლის მეშვეობით შესაძლებელი იქნება ამოიღოს სადაზღვევო პრემიები.</p> <p>4. ინფორმაცია, რომელსაც შეიცავს ეს დოკუმენტი, საჭიროა პოლისებთან თვენი შეერთებისათვის, ასევე როგორც ყველა სხვა საკითხებისათვის, რომლებიც ეხება პოლისებს და მათთან მუშაობას. კომპანია, ისევე, როგორც სხვა "ჰარელ" ჯგუფის კომპანიები («ჰარელ ჰემკოტ ბეზიტუახ ვე შირუტიმ ფინანსიმ ლტდ.» და მისი შვილობილი კომპანიები) და/ან რომელიმე მათგანი, რომელიც გამოიყენებს ამ ინფორმაციას, მათ შორის დამუშავება, შენახვა, და მისი გამოყენება ნებისმიერ საკითხში, რომელიც ეხება პოლისებს და სხვა კანონიერი მიზნებისთვის, და თვით ინფორმაციის კიდევ მესამე მხარეს გადაცემით იმ პირობით, რომ ის მოქმედებს "ჰარელ"ის სახელით.</p> <p>5. უარი თქვა, თუ არა, რაიმე სადაზღვევო კომპანიამ \ ან გააუქმა თქვენი შეთავაზება დაზღვევის შესახებ? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, თუ ასეა, დააზუსტეთ _____</p> <p>6. <b>საექიმო საიდუმლოზე უარის თქმა</b> : მე, ქვემოთ ხელის მომწერი, ვაძლევ ნებართვას ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდს, დასან მის სამედიცინო დაწესებულებებს, ისევე როგორც ყველა ექიმებს დასან ფსიქიატრებს, სხვა სამედიცინო დაწესებულებებს და საავადმყოფოებს, დასან ნებისმიერ სადაზღვევო კომპანიებს, დასან სხვა დაწესებულებებს, დასან პირებს, თუ ეს აუცილებელია, უფლებებისა და ვალდებულებების განმარტებისათვის ამ პოლისთან შესაბამისად, დასან სასურველი დაზღვევის მოპოვების შესაძლებლობის პროცესის შესასწავლად, გადაეცეს კომპანია "ჰარელ"ს ნებისმიერი ინფორმაცია, მათ შორის, ინფორმაცია, რომელიც კომპანიის განკარგულებაშია, ისევე, როგორც პირადი მონაცემები, გამონაკლისის გარეშე, და ისე, როგორც ეს საჭირო იქნება „განმცხადებლის“ მიმართ. მე არ მოვითხოვ საექიმო საიდუმლოს დაცვას ჩემი ჯანმრთელობის შესახებ, და ყველა დაავადებების შესახებ, რომელიც მე განვიცადე წარსულში, დასან ვარ ამ დროს დაავადებული, დასან ვიქნები დაავადებული მომავალში, თვენგან და „განმცხადებლისაგან“. ეს უარის თქმა არის სავალდებულო ჩემთვის, ჩემი მემკვიდრისათვის, ჩემი კანონიერი წარმომადგენლებისათვის, და აგრეთვე ყველასთვის, ვინც ჩემ თავს შეცვლის.</p> |
|----------|--|

ეს დეკლარაციის ფორმა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ იყო ხელმოწერილი სადაზღვევო კანდიდატის მიერ იმის შემდეგ, რაც მას განუმარტეს შინაარსი მისთვის გასაგებ ენაზე.

თარიღი \_\_\_\_\_ სადაზღვევო კანდიდატის ხელმოწერა \_\_\_\_\_ მოწმის ხელმოწერა \_\_\_\_\_

|          |  |
|----------|--|
| <b>C</b> | <p><b>მიღების პირობების დამტკიცება</b></p> <p>წინასწარ ვეთანხმები იმას, რომ როგორც გამოირკვევა ხელმოწერის პროცესის ფარგლებში, მოთხოვნილი პოლისის წარმოების მიზნით ქვემოთ ჩამოთვლილ ხელმოწერილი პირობები არიან აუცილებლები, ესენი განისაზღვრება იმ პოლისის ფარგლებში, რომელიც იქნება ძალაში ჩემთვის თემატიკის მიხედვით :</p> <p>სადაზღვევო შემთხვევა არ დაიფარება თუ დაკავშირებულია _____</p> <p>_____</p> <p>თარიღი _____ სახელი _____ პასპორტის № : _____ ხელმოწერა _____</p> |
|----------|--|