

Заявление о состоянии здоровья для медицинской страховки – иностранцы в Израиле



в соответствии со страховым предложением, прилагающимся к данному документу, являющееся неотъемлемой частью данного заявления

Данный бланк предназначен как для мужчин, так и для женщин.

Пожалуйста, заполните этот бланк точно и полностью.

выпуск 05/2020

Кому:

Страховой компании «Харель Лтд.», отдел страхования иностранных рабочих\ туристов

Аба Гилель 3, п\я 1951, Рамат-Ган 5211802, факс :03-7348083, эл. почта: fax7930@harel-ins.co.il

А Данные кандидата на присоединение к страховке

№ паспорта	Фамилия	Имя	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
В заявлении о состоянии здоровья нужно ответить на приведенные далее вопросы, поставив «галочку» в соответствующем столбце. Если ответ на один из вопросов является положительным, нужно приложить последний документ, полученный от лечащего врача, относящийся к проблеме, о которой идет речь в данном заявлении, а также результаты проверок, методы лечения и информацию о текущем состоянии					
Часть 1: общие вопросы				Да	Нет
1.	Рост в см Вес в кг				
2.	<input type="checkbox"/> Употребляете ли вы или употребляли ли вы наркотики? <input type="checkbox"/> Пьете ли вы или пили ли вы постоянно алкогольные напитки? Укажите употребляемое количество рюмок в день.				
3.	Направляли ли вас в течение последних 10-ти лет на одну из следующих проверок (не в качестве части рутинных проверок), которую вы до сих пор не прошли или еще не получили окончательный диагноз, касающийся: хронических болезней, катетеризация сердца, обследования сердца, электрокардиограммы, МРИ, КТ, ультразвукового исследования (не в качестве части рутинного обследования беременных), биопсии, скрытой крови, колоноскопии или гастроскопии, аутоиммунных заболеваний, включая волчанку (если ответ «да», то нужно приложить документ, написанный лечащим врачом, в котором будет указана причина выполнения данной проверки, приведены результаты таковой и указан окончательно установленный диагноз).				
4.	Выполнялась ли вам в течение 10-ти последних лет или будет ли выполняться в будущем операция\ имплантация? Пожалуйста, уточните:				
5.	Были ли вы госпитализированы в течение последних 10-ти лет? Пожалуйста, укажите причину госпитализации, а также полученное вами лечение.				
6.	Принимаете ли вы в течение последних 10-ти лет или было ли вам рекомендовано постоянным образом принимать лекарства? Пожалуйста, уточните, в результате наличия какой проблемы вы лечитесь\ лечились, каким именно было лечение, как долго вы принимаете данное лекарство?				
7.	Была ли у вас диагностирована аллергия? Пожалуйста, уточните:				
Часть 2: были ли у вас диагностирована болезнь, явление, расстройство, связанное с одним или с несколькими вопросами, перечисленными далее:					
1.	<input type="checkbox"/> Нервная система <input type="checkbox"/> инсульт <input type="checkbox"/> эпилепсия <input type="checkbox"/> рассеянный склероз <input type="checkbox"/> саркопения или другое дегенеративное заболевание <input type="checkbox"/> повторяющиеся головокружения <input type="checkbox"/> головные боли <input type="checkbox"/> проблемы с поддержанием равновесия <input type="checkbox"/> обмороки <input type="checkbox"/> болезнь Паркинсона <input type="checkbox"/> болезнь Альцгеймера <input type="checkbox"/> тремор <input type="checkbox"/> умственная отсталость <input type="checkbox"/> аутизм <input type="checkbox"/> синдром Дауна <input type="checkbox"/> ДЦП <input type="checkbox"/> полиомиелит <input type="checkbox"/> болезнь Гоше <input type="checkbox"/> потеря чувствительности <input type="checkbox"/> расстройство концентрации и внимания <input type="checkbox"/> мигрень <input type="checkbox"/> обращались ли вы к врачу с жалобами, связанными с ухудшением памяти (деменция)? <input type="checkbox"/> СПИД <input type="checkbox"/> носительство ВИЧ <input type="checkbox"/> волчанка Если ответ на один из вопросов является положительным, нужно приложить последний документ, полученный от вашего лечащего врача-невролога.				
2.	Глаза и зрение: <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> проблемы с сетчаткой и роговицей <input type="checkbox"/> глаукома <input type="checkbox"/> воспаление глаз <input type="checkbox"/> косоглазие <input type="checkbox"/> слепота <input type="checkbox"/> другое заболевание\ проблема, связанная с глазами <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:				
3.	Сердце: <input type="checkbox"/> расстройство сердечного ритма <input type="checkbox"/> болезни сердца <input type="checkbox"/> сердечная недостаточность <input type="checkbox"/> сердечный приступ <input type="checkbox"/> врожденный порок сердца <input type="checkbox"/> катетеризация сердца <input type="checkbox"/> болезни сердечных клапанов, другие болезни\ проблемы, связанные с сердцем <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:				
4.	Кровеносные сосуды: <input type="checkbox"/> варикозное расширение вен (на ногах) <input type="checkbox"/> сонная артерия <input type="checkbox"/> расстройство свертываемости <input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> болезни крови <input type="checkbox"/> тромбоз глубоких вен <input type="checkbox"/> тромбоз воротной вены (заболевание периферических сосудов), другая болезнь\ проблема, связанная с кровеносными сосудами <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:				
5.	Болезни обмена веществ: <input type="checkbox"/> цитовидная железа <input type="checkbox"/> имфатические железы <input type="checkbox"/> слюнные железы <input type="checkbox"/> потовые железы <input type="checkbox"/> гипопиз <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> повышенное давление <input type="checkbox"/> высокое содержание жиров\ холестерина, другая болезнь\ проблема, связанная с обменом веществ <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:				
6.	Дыхательные пути: <input type="checkbox"/> астма <input type="checkbox"/> туберкулез <input type="checkbox"/> ХНЗЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) <input type="checkbox"/> сенная лихорадка <input type="checkbox"/> повторяющиеся инфекционные заболевания дыхательных путей и одышка <input type="checkbox"/> пневмоторакс <input type="checkbox"/> муковисцидоз <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:				

StudioHarel 28718.17 05/2020



^dt33539

7.	Пищеварительная система: <input type="checkbox"/> язва желудка\ двенадцатиперстной кишки <input type="checkbox"/> изжога <input type="checkbox"/> болезнь Крона <input type="checkbox"/> колит <input type="checkbox"/> рефлюкс <input type="checkbox"/> геморрой <input type="checkbox"/> фиссура\ фистула <input type="checkbox"/> непроходимость кишечника <input type="checkbox"/> заболевания\ болезни поджелудочной железы <input type="checkbox"/> пищевод <input type="checkbox"/> желчный пузырь <input type="checkbox"/> камни в желчном пузыре <input type="checkbox"/> другая болезнь\ проблема, связанная с пищеварительной системой? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:		
8.	Печень: <input type="checkbox"/> гепатит <input type="checkbox"/> гепатиты В, С, D <input type="checkbox"/> жирная печень <input type="checkbox"/> цирроз\ другие заболевания\ проблемы, связанные с печенью <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:		
9.	Грыжа: <input type="checkbox"/> местонахождение грыжи – диафрагма\ пупок\ в правой части промежности\ в левой части промежности Выполняли ли вам операцию для избавления от грыжи? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», то когда (дата)? Была ли решена проблема? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет		
10.	Почки и мочевыводящие пути: <input type="checkbox"/> повторные воспаления <input type="checkbox"/> камни в почках или в мочевыводящих путях <input type="checkbox"/> кисты в почках <input type="checkbox"/> врожденные пороки мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> почечная недостаточность, другая болезнь\ проблема, связанная с почками\ мочевыводящими путями <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:		
11.	Суставы и кости: <input type="checkbox"/> воспаление суставов (артрит) <input type="checkbox"/> подагра <input type="checkbox"/> спина\ позвоночник <input type="checkbox"/> суставы <input type="checkbox"/> колени, другая болезнь\ проблема, связанная с суставами и костями <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:		
12.	Кожные и венерические болезни: <input type="checkbox"/> кожные опухоли <input type="checkbox"/> кожные язвы <input type="checkbox"/> псориаз <input type="checkbox"/> венерические заболевания <input type="checkbox"/> сифилис другая дерматологическая\ венерическая болезнь\ проблема <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:		
13.	Злокачественные опухоли\ онкологические заболевания (рак).		
14.	Для женщин: <input type="checkbox"/> грудь (включая ее увеличение) <input type="checkbox"/> болезни, относящиеся к сфере гинекологии, другие женские болезни\ проблемы <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните: <input type="checkbox"/> Вы беременны? <input type="checkbox"/> Вам было выполнено кесарево сечение? Если да, то когда?		
15.	Для мужчин: <input type="checkbox"/> проблемы с щитовидной железой <input type="checkbox"/> варикоцеле\ гидроцеле другая болезнь, связанная с мужским здоровьем <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:		
16.	Душевные болезни: душевная болезнь, диагностированная психологом, психиатром или семейным врачом.		
17.	Заболевания ушей, горла, носа: <input type="checkbox"/> синдром остановки дыхания во сне <input type="checkbox"/> полип в носу <input type="checkbox"/> синусит Другая болезнь, связанная с заболеваниями ушей, горла, носа <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> если ответ «да», уточните:		

Уточните:

.....

.....

Б Заявление кандидата на присоединение к страховке

1. Я заявляю, что все данные мной ответы являются верными, полными и предоставлены мной добровольно.
2. Ответы, приведенные в заявлении о состоянии здоровья, и любая иная информация, которая будет передана страхующей компании, а также условия, принятые у таковой в том, что касается данного вопроса, будут являться существенными условиями данного контракта.
3. Страхующая компания будет вправе принять решение о принятии или отказе в принятии данного предложения, и не будет обязана объяснять свое решение. К вашему сведению, страховой контракт войдет в силу только после того, как компания предоставит письменное подтверждение о приеме застрахованного в страховку, и после того, как будут полностью внесены первые страховые взносы. Данное условие, касающееся полной уплаты первых страховых взносов, не будет действовать, если страхующей компанией будет принято платежное средство, посредством которого можно взимать страховые премии.
4. Информация, включенная в данный документ, является необходимой для вашего присоединения к полисам, а также для всех других вопросов, связанных с данными полисами и с обработкой таковых. Данная компания, а также другие компании, входящие в группу «Харель» («Харель Ашкаот бэ-Битуах вэ-Ширутим Финансиим Лтд.» и ее дочерние компании) и/или кто-либо из них, будут использовать таковую, включая ее обработку, хранение и использование в любых целях, связанных с полисами, а также в других законных целях, и это будет выполняться даже посредством передачи данной информации третьим лицам, действующим от имени и по поручению группы «Харель».
5. Отказывалась ли какая-либо страховая компания в приеме или отменяла ваше предложение о присоединении к страхованию здоровья? да нет если ответ «да», уточните:
6. Отказ от соблюдения врачебной тайны: я, нижеподписавшийся, предоставляю свое разрешение больничной кассе и/или медицинским учреждениям таковой, а также любым врачам и/или психиатрам, иным медицинским учреждениям и больницам, и/или любым страховым компаниям и/или любым другим лицам и учреждениям, если это потребуется для выяснения наличия прав и обязанностей в соответствии с данным полисом и/или для выполнения процесса моего присоединения к желаемой страховке, передавать компании «Харель», любую информацию, находящуюся в распоряжении данной компании, и любые данные без исключений, и таким образом, как этого потребуют/ют проситель/и, касающиеся состояния моего здоровья и любых болезней, которыми я болел в прошлом, болею в настоящее время и/или буду болеть в будущем, и я освобождаю вас от обязанности хранить врачебную тайну и отказываюсь от таковой в отношении «просителя». Данный отказ является обязывающим для моих наследников и законных представителей, а также для всех, кто будет действовать вместо меня.

Данный бланк декларации о состоянии здоровья был подписан кандидатом на страхование после того, как ему была разъяснена суть такового на понятном ему языке.

Дата Подпись кандидата на страхование Подпись свидетеля

В Подтверждение условий присоединения

Я заранее предоставляю свое согласие на случай, если в рамках прохождения мной процесса подписания станет известно, что в целях выпуска желаемого полиса требуется выполнение условий подписания, приведенных далее, они будут установлены в рамках данного полиса, который будет выпущен для меня в соответствии с обстоятельствами:

Не будут покрываться страховые случаи, связанные с:

.....

Дата Имя № загранпаспорта Подпись