

ჯანდაცვის დეკლარაცია სამედიცინო დაზღვევისთვის – ისრაელში მყოფი უცხოელებისთვის



თანდართული დაზღვევის განაცხადის საფუძველზე, რომელიც ჯანდაცვის დეკლარაციის განუყოფელი ნაწილია.
 ეს ფორმა თანაბრად ეხება როგორც ქალებს, ასევე მამაკაცებს.
 გთხოვთ, ყურადღება მიაქციოთ, რომ ეს ფორმა ზუსტად და სრულყოფილად იყოს შევსებული.
 გამოცემა 06/2025

მის.
 Harel Insurance Company Ltd. – უცხოელი თანამშრომლების / ტურისტების დაზღვევის განყოფილება
 3 Abba Hillel St., POBox 1951, Ramat Gan 5211802, ფაქსი: 03-7348083 ელ. ფოსტა: fax7930@harel-ins.co.il.

A დაზღვევის განმცხადებლის დეტალები					
პასპორტის ნომერი	გვარი	სახელი	დაბადების თარიღი	სქესი ☐ მამრ ☐ მდედრ	
ამ ჯანდაცვის დეკლარაციაში თქვენ უნდა გასცეთ შემდეგ კითხვებზე პასუხი „✓“-ის მონიშვნით შესაბამის სვეტში. თუ რომელიმე კითხვაზე პასუხი არის „დიახ“, თქვენ უნდა დართოთ ექიმის განახლებული ცნობა, რომელიც მოიცავს პრობლემის აღწერას, კვლევების შედეგებს, მკურნალობის მეთოდსა და ამჟამინდელ მდგომარეობას.					
ნაწილი A: ზოგადი შეკითხვები				დიახ	არა
1.	სიმაღლე სმ-ში: წონა კგ-ში:				
2.	☐ მოიხმართ თუ მოიხმარდით ნარკოტიკებს? ☐ რეგულარულად სვამთ თუ სვამდით ალკოჰოლურ სასმელებს? გთხოვთ მიუთითოთ მოხმარების რაოდენობა: ჭიქა დღეში.				
3.	ბოლო 10 წლის განმავლობაში, მიმართული იყავით თუ არა რომელიმე ქვემოთ ჩამოთვლილი გამოკვლევის გასავლელად (გეგმიური შემოწმების გარდა), რომელიც ჯერ არ ჩაიტარებიათ ან ჯერ არ დაგიდგინდათ საბოლოო დიაგნოზი, როგორიცაა: ქრონიკული დაავადებები, კათეტერიზაცია, ძვლების რუკის შემადგენლობა, ექოკარდიოგრაფია, მრტ, კტ, ულტრაბგერა (რეგულარული ორსულობის კვლევის გარდა), ბიოფსია, ფარული სისხლდენა, კოლონოსკოპია ან გასტროსკოპია, აუტოიმუნური დაავადებები, მათ შორის ერთემატოზური მგლურა? (თუ პასუხია „დიახ“, გთხოვთ, დართოთ მკურნალი ექიმის ცნობა, სადაც მითითებულია კვლევის ჩატარების მიზეზი, კვლევის შედეგები და საბოლოო დიაგნოზი).				
4.	ახლა ან ბოლო 10 წლის განმავლობაში გეგმავდით თუ არა ოპერაციის / ტრანსპლანტაციის ჩატარებას? გთხოვთ, დანვრილებით აღწერეთ:				
5.	ბოლო 10 წლის განმავლობაში, თუ ყოფილხართ ჰოსპიტალიზებული? გთხოვთ, დეტალურად აღწერეთ ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი და მიღებული მკურნალობა.				
6.	ბოლო 10 წლის განმავლობაში, თუ რეგულარულად იღებდით ან რეკომენდირებული გქონდათ მედიკამენტების რეგულარული მიღება? გთხოვთ, დანვრილებით აღწერეთ ის პრობლემა, რაზეც მკურნალობდით / მკურნალობთ, მედიკამენტი და რამდენი ხნის განმავლობაში იღებდით აღნიშნულ მედიკამენტებს.				
7.	დაგიდგინდათ თუ არა რაიმე ალერგიის დიაგნოზი? გთხოვთ დანვრილებით აღწეროთ:				
ნაწილი B: გქონიათ თუ არა მანამდე რაიმე დაავადების, სინდრომის ან აშლილობის დიაგნოზი, რომელიც ეხება ქვემოთ ჩამოთვლილ პრობლემებს:					
1.	☐ ნერვული სისტემა ☐ ტვინის სისხლძარღვოვანი ინციდენტი (ინსულტი) ☐ ეპილეფსია ☐ გაფანტული სკლეროზი ☐ კუნთოვანი დისტროფია ან სხვა ატროფიული დაავადება ☐ განმეორებადი თავბრუსხვევა ☐ თავის ტკივილი ☐ წონასწორობის აშლილობა ☐ გონების დაკარგვა ☐ პარკინსონის სინდრომი ☐ ალცჰაიმერის დაავადება ☐ თრომბოზა ☐ გონებრივი ჩამორჩენილობა აუტიზმი ☐ დაუნის სინდრომი ☐ ცერებრალური დამბლა ☐ პოლიომიელიტი (ბავშვთა დამბლა) ☐ გოშერის დაავადება ☐ მგრძნობელობის დაკარგვა (დაბუყება) ☐ ყურადღების დეფიციტის აშლილობა ☐ შაკიკი ☐ ექიმს თუ მიმართეთ მესხიერების დაქვეითების ჩივილების (დემენცია) ☐ შიდსი ☐ აივ-ის მატარებლის ☐ ერთემატოზური მგლურის გამო თუ ზემოთ მოცემულ ერთ ან მეტ კითხვაზე პასუხია „დიახ“, გთხოვთ, დართოთ ნევროლოგის განახლებული ცნობა.				
2.	თვალები და მხედველობა: ☐ კატარაქტა ☐ ბადურისა და რქოვანას ☐ პრობლემები ☐ გლაუკომა ☐ თვალის ანთებები ☐ სტრაბიზმი ☐ სიბრმავე თვალის სხვა დაავადება / პრობლემა: ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ დააკონკრეტოთ:				
3.	გული: ☐ გულის არითმია ☐ გულის დაავადება ☐ გულის უკმარისობა ☐ გულის შეტევა ☐ თანდაყოლილი გულის დეფექტი ☐ კათეტერიზაცია ☐ გულის სარქველის დაავადებები, გულის სხვა დაავადება / პრობლემა: არა დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:				
4.	სისხლძარღვები: ☐ ვარიკოზული ვენები (ფეხების ვენებს შორის) ☐ კაროტიდული არტერია (კისრის არტერიებში) ☐ კოაგულაციის დარღვევები ☐ სისხლის დაავადება DVT (თრომბოზი) ☐ PVD (პერიფერიული სისხლძარღვთა დაავადება), სხვა სისხლძარღვთა დაავადება/ პრობლემა: ☐ არა ☐ დიახ, თუ ასე				

A დაზღვევის განმცხადებლის დეტალები

ნაწილი B: გეონიათ თუ არა მანამდე რაიმე დაავადების, სინდრომის ან აშლილობის დიაგნოზი, რომელიც ეხება ქვემოთ ჩამოთვლილ პრობლემებს:		დიახ	არა
5.	მეტაბოლური დაავადებები: ☐ ფარისებრი ჯირკვავი ☐ ლიმფური კვანძი ☐ ნერწყვის ჯირკვავი ☐ საოფლე ჯირკვავი ☐ ჰიპოფიზი ☐ დიაბეტი ☐ ჰიპერტენზია ☐ ცხიმებისა და ქოლესტერინის მაღალი დონე, სხვა მეტაბოლური დაავადებები / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
6.	სასუნთქო სისტემა: ☐ ასთმა ☐ ტუბერკულოზი ☐ COPD (ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება) ☐ ალერგიული რინიტი ☐ სასუნთქო გზების განმეორებადი ინფექციები და სუნთქვის უკმარისობა ☐ ფილტვის ჩაშლა ☐ კისტოზური ფიბროზი ☐ სასუნთქო სისტემის სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
7.	მომწელებელი სისტემა: ☐ წყლული (თორმეტგოჯა ნაწლავი/კუჭი) ☐ გულმძარვა ☐ კრონის დაავადება ☐ კოლიტი ☐ რეფლუქსი ☐ ბუასილი ☐ ბზარი / ფისტულა ☐ ნაწლავის ობსტრუქცია ☐ პანკრეასის დაავადებები / ინფექციები ☐ საყლაპავი ☐ ნაღვლის ბუშტი ☐ ნაღვლის ბუშტის ქვები ☐ მომწელებელი სისტემის სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
8.	ღვიძლი: ☐ ყვითელა ☐ B, C, D ჰეპატიტი ☐ ცხიმოვანი ღვიძლი ☐ ციროზი, მომწელებელი სისტემის სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
9.	თიაქარი: თიაქრის ადგილმდებარეობა: დიაფრაგმაში/ ქიაში / მარჯვენა საზარდულში / მარცხენა საზარდულში. გაგიკეთებიათ თუ არა ოპერაცია თიაქრის სამკურნალოდ? ☐ არა ☐ დიახ, როდის (თარიღი)? პრობლემა მოგვარდა? ☐ არა ☐ დიახ		
10.	თირკმელები და საშარდე სისტემა: ☐ განმეორებადი ინფექციები ☐ თირკმელებისა და საშარდე გზების ქვები ☐ თირკმლის კისტები ☐ საშარდე გზების ანომალიები ☐ თირკმელების უკმარისობა, თირკმელებისა და საშარდე გზების სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
11.	სახსრები და ძვლები: ☐ ართრიტი ☐ პოდაგრა ☐ წელი / ხერხემალი ☐ სახსრები ☐ მუხლები სახსრებისა და ძვლების სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ, მიუთითეთ:		
12.	კანისა და სქესობრივი დაავადებები: ☐ კანის სიმსივნეები ☐ კანის დაზიანებები ☐ ფსორიაზი ☐ სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებები ☐ სიფილისი ☐ კანისა და სქესობრივი სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
13.	ავთვისებიანი სიმსივნეები / დაავადებები (კიბო).		
14.	ქალებისთვის: ☐ მკერდი (მათ შორის მკერდის გადიდება) ☐ გინეკოლოგიური სისტემა, დაავადება/ სხვა ქალური პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ დააკონკრეტოთ: ☐ ხარო თუ არა ორსულად? ☐ გაგიკეთებიათ თუ არა საკეისრო კვეთა? ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ დააკონკრეტოთ (თარიღი):		
15.	მამაკაცებისთვის: ☐ პროსტატის პრობლემები ☐ ვარიკოცელე / ჰიდროცელე ☐ მამაკაცის სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ, დააკონკრეტოთ:		
16.	ფსიქიკური დაავადებები: ფსიქიკური დაავადება, რომელიც დიაგნოზირებული იყო ფსიქოლოგის, ფსიქიატრის ან ოჯახის ექიმის მიერ.		
17.	ცხვირისა და ყელ-ყურის დაავადებები: ☐ ძილის აპნოეს სინდრომი ☐ ცხვირის პოლიპი ☐ სინუსიტი ცხვირისა და ყელ-ყურის სხვა დაავადება / პრობლემა ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“, გთხოვთ დააკონკრეტოთ:		

გთხოვთ მიუთითოთ დეტალები:

B წინა სადაზღვევო პოლისების დეტალები

ოდესმე ყოფილხართ თუ არა დაზღვეული Harel-ის ან სხვა სადაზღვევო კომპანიის მიერ? ☐ არა ☐ დიახ				
თუ „დიახ“, მიუთითეთ კომპანიის დასახელება და პოლისის ნომერი / ჯანმრთელობის დაზღვევის პროვაიდერის წევრობის ნომერი:				
დაზღვევის პერიოდი		კომპანიის დასახელება	პოლისის ნომ.	წევრობის ნომ.
.....თარიღიდან	თარიღამდე			

C აგენტის მინდობილობა

მე ამით უფლებამოსილებას ვაძლევ ჩემს სადაზღვევო აგენტს, ბ-ნ/ქ-ნ, რომ წარმართოს ყველა საკითხი, რომელიც ეხება პოლისს, მათ შორის, მაგრამ არა მხოლოდ, პოლისში ჩართვის პროცესი, სადაზღვევო რისკის შეფასების პროცედურები, პოლისის განახლება ან დამატებითი პერიოდების გახანგრძლივება, საჩივრების წარდგენა, ცვლილებების შეტანა და სხვა მოქმედებები პოლისის ფარგლებში, ჩემი სახელით და ჩემს სახელზე. ეს უფლებამოსილება მოიცავს ზემოხსენებულ საკითხებზე ყველა კორესპონდენციის და/ან დოკუმენტაციის წარდგენას „Harel“-ისთვის და მათ მიღებას „Harel“-ისგან. მე ამით ვადასტურებ, რომ ვაძლევ ჩემს სადაზღვევო აგენტს უფლებას წარმოადგენდეს ჩემს ინტერესებს ყველა საკითხში, რომელიც ეხება პოლისს, და ვიძლევი ნებართვას, რომ სადაზღვევო სააგენტოს მიერწოდოს მისთვის საჭირო ყველა დეტალი პოლისის ფარგლებში მოქმედებების შესასრულებლად, მათ შორის ინფორმაცია სხვა პოლისების შესახებ, რომლითაც მე ვარ დაზღვეული „Harel“-ში, მიუხედავად იმისა, რომ ეს პოლისები არ არის დაკავშირებული იმ აგენტთან, რომელსაც მე ამ ხელშეკრულებით ვანიჭებ უფლებამოსილებას.	თარიღი	სახელი და გვარი	დაზღვეული პირის ხელმოწერა
---	---------------	------------------------	----------------------------------

თქვენს საყურადღებოდ: მოთხოვნასთან დაკავშირებული კორესპონდენციისა და/ან დოკუმენტაციის ასლები ნებისმიერ შემთხვევაში გადაგზავნება თქვენს სადაზღვევო აგენტს, რომელიც პასუხისმგებელია პოლისზე.

D სადაზღვევო კანდიდატის დეკლარაცია

1.	მე, ქვემოთ ხელმოწერილი, ამით ვთხოვ Harel Insurance Company Ltd.-ს (შემდგომში: „სადაზღვევო/კომპანია/Harel“), რომ დამაზღვიოს ამ შეთავაზებაში მითითებული პირობების საფუძველზე. (a) კონფიდენციალურობა Harel Insurance Company Ltd. და Harel Pension and Provident Ltd. („Harel“) აგროვებენ ინფორმაციას შემდეგი მიზნებით: პროდუქტის ჩართვა; მომსახურების მიწოდება; პროდუქტის ციკლის მართვა და ფუნქციონირება; მოთხოვნების, გადახდებისა და პროცესების დამუშავება; Harel-ის ბიზნესისა და მომსახურების მართვა და გაუმჯობესება; კანონმდებლობასთან შესაბამისობა; პერსონალურ მასხაბათებლებზე მორგებული პროდუქტისა და მომსახურების შეთავაზება და სხვა ლეგიტიმური მიზნები. ზოგადად, თქვენ არ ხართ იურიდიულად ვალდებული მოგვანოდოთ ინფორმაცია, თუმცა ინფორმაციის არმიწოდებამ შესაძლოა შეუძლებელი გახადოს ჩვენი მხრიდან მოთხოვნის შეფასება და მომსახურების გაწევა ინფორმაციის გადაცემა სადაზღვევო აგენტს (თუკი არსებობს), რათა აგენტმა შეძლოს მოთხოვნების დამუშავება, პროდუქტებისა და მომსახურებების მართვა და ოპერირებასთან დაკავშირებული ყველა ასპექტის შესრულება; აგრეთვე გადაეცემა მომსახურების მიმწოდებლებსა და სხვა მესამე პირებს, რომლებიც უფლებამოსილი არიან მიიღონ ეს ინფორმაცია ზემოხსენებულ მიზნებთან დაკავშირებით. დამატებითი ინფორმაცია კონფიდენციალურობის პოლიტიკის შესახებ, მათ შორის Harel-ის მონაცემთა დაცვის ოფიცერთან დაკავშირების მეთოდები, მონაცემების შემოწმებისა და მათი შეცვლის უფლება, ასევე ელფოსტის პირდაპირ გაგზავნაზე უარის თქმის უფლება, ხელმისაწვდომია შემდეგ ბმულზე: https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB. (b) ამით მე ვაცხადებ, რომ ყველა პასუხი ზუსტია და სრულყოფილი და მოწოდებულია ჩემი თავისუფალი ნებით. (c) ჯანმრთელობის დეკლარაციაში მითითებული პასუხები და კომპანიისთვის მიწოდებული ნებისმიერი სხვა ინფორმაცია, აგრეთვე კომპანიის ჩვეულებრივი პირობები ამ საკითხთან დაკავშირებით, იქნება სადაზღვევო ხელშეკრულების საფუძველი თქვენსა და კომპანიას შორის და წარმოადგენს მის განუყოფელ ნაწილს.
2.	ბენეფიციარები გარდაცვალების შემთხვევაში თქვენ შეგიძლიათ დანიშნოთ ბენეფიციარები „განაცხადი ბენეფიციარების განახლების/შეცვლის შესახებ სიკვდილის შემთხვევაში“ ფორმის გამოყენებით. ბენეფიციარის დანიშვნის არარსებობის შემთხვევაში, თანხები გადაეცემა კანონით განსაზღვრულ მემკვიდრეებს მემკვიდრეობის ან მემკვიდრეობითი ბრძანების შესაბამისად.
3.	დაშვების პროცედურა: კომპანიას აქვს უფლება გადაწყვიტოს, მიიღებს თუ უარყოფს ამ განაცხადს. თქვენს საყურადღებოდ: სადაზღვევო ხელშეკრულება ძალაში შევა მხოლოდ მას შემდეგ, რაც კომპანია გამოსცემს წერილობით დადასტურებას იდატის დაზღვევაში მიღების შესახებ. თუ დამატებითი დამუშავებისას საჭირო გახდება პირობების დაზუსტება, სადაზღვევო რისკის შეფასება ან დაზღვევაში მიღების დადასტურება, პოლისი არ გაიცემა და არ შევა ძალაში, სანამ ყველა საჭირო პროცედურა არ დასრულდება.
4.	(a) მე უფლებამოსილებას ვაძლევ ჩემს სადაზღვევო აგენტს, რომლის დეტალები მოცემულია ამ განაცხადის დასაწყისში, რომ წარუდგინოს Harel-ს და მიიღოს Harel-ისგან ჩემი სახელით და ჩემთვის ყველა შეტყობინება და/ან დოკუმენტი, რომელიც დაკავშირებულია სადაზღვევო რისკის შეფასების პროცესთან და ამ პოლისში შემოერთების პროცესთან. (b) მე ვეთანხმები, რომ ამ განაცხადში მოთხოვნილი სადაზღვევო გეგმის პოლისები გადმომეცეს იმ აგენტის მეშვეობით, რომლის დეტალები მოცემულია ამ განაცხადის დასაწყისში. (c) თუ გსურთ, რომ პოლისი და/ან ინფორმაცია, რომელიც დაკავშირებულია სადაზღვევო რისკის შეფასების პროცედურასთან და ამ პოლისში განეჭვინების პროცესთან, ასევე მიიღოთ იგი უშუალოდ, შეგიძლიათ ნებისმიერ დროს დაუკავშირდეთ Harel-ს ტელეფონით (*2735).
5.	მე ამით ვადასტურებ, რომ მივიღე არსებითი ინფორმაცია დაზღვევის შესახებ, რომელიც მოიცავდა, სულ მცირე, დაფარვის ძირითადი ელემენტების აღწერას, სადაზღვევო პრემიას, სადაზღვევო პერიოდის ხანგრძლივობას, ძირითად სადაზღვევო თანხებსა და ძირითად შეზღუდულ პასუხისმგებლობას, და მათ შესახებ სრული დეტალების მიღების შესაძლებლობას.
6.	სარეკლამო მასალების გაგზავნა (a) შეტყობინება კომპანიიდან სარეკლამო მასალების მიღების შესახებ: თქვენ მიერ მოწოდებული ინფორმაცია გამოყენებული იქნება კომპანიის მიერ სარეკლამო მასალების გასაგზავნად ელექტრონული ფოსტის, ავტომატური ზარის სისტემის (autodialer) ან მოკლე ტექსტური შეტყობინებების (SMS) საშუალებით. თქვენ შეგიძლიათ გააუქმოთ გამოწერა შემდეგ ბმულზე: https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB ან ელფოსტით: unsubscribe1@harel-ins.co.il ან დარეკვით ნომერზე: *2735 ან ქვემოთ მოცემული QR კოდის გამოყენებით:  (b) დამატებითი სარეკლამო მასალების მიღებაზე თანხმობა: ☐ ზემოხსენებული შეტყობინების საფუძველზე კომპანიისგან მიღებული სარეკლამო მასალების გარდა, მსურს მივიღო სარეკლამო მასალები Harel Group-ის ყველა კომპანიისგან, მათი ბიზნეს პარტნიორებისა და მესამე პირებისგან ელექტრონული ფოსტის, ავტომატური ზარის სისტემის ან მოკლე ტექსტური შეტყობინებების მეშვეობით. *Harel Group — Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. და მისი შვილობილი კომპანიები. გთხოვთ გაითვალისწინოთ – არჩევანის არ მონიშვნა არ განიხილება როგორც კომპანიისგან სარეკლამო მასალების მიღებაზე უარი (როგორც ეს აღნიშნულია ზემოთ, ნაწილში A) და არ აუქმებს ადრე გაცემულ თანხმობას. თქვენ შეგიძლიათ შეცვალოთ თქვენი თანხმობის შესახებ მიღებული გადაწყვეტილება ნებისმიერ დროს.
7.	გქონიათ თუ არა შემთხვევა, როცა რომელიმე სადაზღვევო კომპანიამ უარი გითხრათ ან გააუქმა თქვენი ჯანმრთელობის დაზღვევის განაცხადი? ☐ არა ☐ დიახ, თუ „დიახ“ გთხოვთ დააკონკრეტოთ:
8.	სამედიცინო კონფიდენციალურობაზე უარის განცხადება: მე ქვემოთ ხელმოწერილი ამით ვანიჭებ უფლებას ჯანდაცვის ორგანიზაციებს (HMO) და/ან მათ სამედიცინო დაწესებულებებს, ასევე ყველა ექიმს და/ან ფსიქიატრს, სამედიცინო დაწესებულებებს, სხვა საავადმყოფოებს, და/ან ნებისმიერ სადაზღვევო კომპანიას და/ან სხვა დაწესებულებას და სუბიექტს, იმ მოცულობით, რომელიც საჭიროა სადაზღვევო პოლისის ფარგლებში ჩემი უფლებებისა და ვალდებულებების გასარკვევად და/ან ჩემთვის მოთხოვნილი დაზღვევაში შეყვანის პროცედურის შესასწავლად, გადასცენ Harel-ს ნებისმიერი ინფორმაცია, მათ შორის კომპანიის მიერ შენახული დეტალები, გამოწვევის გარეშე და იმ ფორმით, რომელიც მოთხოვნის მხარე(ებ)ს სჭირდება, ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის, წარსულში და/ან ამჟამად არსებული და/ან მომავალში ნებისმიერი შესაძლო დაავადების შესახებ; ამავდროულად, გათავისუფლებთ სამედიცინო კონფიდენციალურობის დაცვის ვალდებულებისგან და უარს ვამბობ ამ კონფიდენციალურობაზე „მოთხოვნის მხარის“ სასარგებლოდ. ეს წერილობითი უარი ვრცელდება ჩემს იურიდიულ ქონებაზე, ჩემს სამართლებრივ წარმომადგენლებზე, ასევე ნებისმიერ პირზე, ვინც ჩემს ადგილს დაიკავებს.

დაზღვევის კანდიდატმა ხელი მოაწერა ამ ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციის ფორმას მას შემდეგ, რაც მიიღო განმარტება მისი შინაარსის შესახებ იმ ენაზე, რომელსაც იგი კარგად ფლობს.

თარიღი _____ დაზღვევის კანდიდატის ხელმოწერა _____ მოწმის ხელმოწერა _____