

Заявление о состоянии здоровья для медицинского страхования – иностранцы в Израиле



В соответствии с заявлением на оформление страхования, прикрепленным к данному документу, представляющим собой неотъемлемую часть Заявления о состоянии здоровья.

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

Пожалуйста, убедитесь в том, что вы заполнили данный бланк аккуратно и полностью

Выпуск 01/2025

Адресат:

Страховая компания «Харель Лтд.» - Отдел страхования иностранных работников\ туристов

Ул. Абба Гилель 3, п\я, 1951, Рамат-Ган 5211802, факс: 03-7348083, эл. почта: fax7930@harel-ins.co.il (Бланк предназначен для кандидата)

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 вашего здоровья вы должны ответить на следующие вопросы, поставив «галочку» в столбце с правильным ответом. Если ответ на какой-либо из вопросов является положительным, вы должны приложить действительную справку от лечащего врача в отношении данной проблемы, результаты проверок; указать метод лечения и ваше текущее состояние.					
Раздел А: Общие вопросы				Да	Нет
1.	Рост в см _____ Вес в кг.: _____				
2.	<input type="checkbox"/> Принимаете ли вы или принимали ли вы наркотики? <input type="checkbox"/> Вы регулярно употребляете или употребляли алкоголь? Пожалуйста, укажите количество потребляемого алкоголя: _____ стаканов в день.				
3.	В течение последних 10-ти лет направляли ли вас на одну из следующих проверок (не в качестве части проведения рутинных проверок) и вам до сих пор не был поставлен окончательный диагноз, такую как хроническое заболевание, катетеризация, картирование кости, эхокардиография, МРТ, КТ, ультразвуковое исследование (не в качестве части рутинных проверок, выполняемых беременным), биопсия, скрытая кровь, колоноскопия или гастроскопия, аутоиммунные заболевания, включая волчанку (если ответ – «да», пожалуйста, предоставьте справку от лечащего врача с указанием причины выполнения данной проверки, результаты проведенной проверки и окончательный диагноз).				
4.	Направили ли вас сейчас или направляли в течение последних 10-ти лет на проведение операции или трансплантации: Пожалуйста, опишите детально: _____				
5.	Были ли вы госпитализированы в течение последних 10-ти лет? Пожалуйста, опишите детально причину госпитализации и полученное вами лечение.				
6.	В течение последних 10-ти лет принимали ли вы или было ли вам рекомендовано постоянно принимать лекарства? Пожалуйста, опишите детально проблему, которая требовала лечения\ требует лечения, а также в течение какого периода вы принимали данное лекарство?				
7.	Были ли у вас диагностированы какие-либо аллергии? Пожалуйста, опишите детально: Пожалуйста, опишите детально: _____				
Раздел Б: были ли у вас диагностированы какие-либо заболевания, синдромы, расстройства, относящиеся к одной или нескольким из проблем, указанных ниже:					
1.	<input type="checkbox"/> Нервная система <input type="checkbox"/> Кровоизлияние в мозг (инсульт) <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Рассеянный склероз <input type="checkbox"/> Мышечная дистрофия или другое атрофическое заболевание <input type="checkbox"/> Повторяющееся головокружение <input type="checkbox"/> Головные боли <input type="checkbox"/> Нарушения равновесия <input type="checkbox"/> Обмороки <input type="checkbox"/> Синдром 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"/> Церебральный паралич <input type="checkbox"/> Полиомиелит (детский паралич) <input type="checkbox"/> Болезнь Гоше <input type="checkbox"/> Потеря чувствительности (онемение) <input type="checkbox"/> Расстройства концентрации внимания <input type="checkbox"/> Мигрень Обращались ли вы к врачу с жалобами, касающимися ухудшения памяти (деменция) <input type="checkbox"/> СПИДа <input type="checkbox"/> Носительства ВИЧ <input type="checkbox"/> Волчанки? Если ответ на один или несколько вопросов является положительным, вы должны приложить действительную справку от лечащего невролога.				
2.	Глаза и зрение: <input type="checkbox"/> Катаракта <input type="checkbox"/> Проблемы, связанные с сетчаткой и роговицей <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Воспаления глаз <input type="checkbox"/> Косолазие <input type="checkbox"/> Слепота Другие болезни глаз\ проблемы: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните: _____				
3.	Сердце: <input type="checkbox"/> Нарушения 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 <input type="checkbox"/> Болезни клапанов сердца, другие болезни, связанные с сердцем\ проблемы: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните: _____				
4.	Кровеносные сосуды: <input type="checkbox"/> Варикозные вены (на ногах) <input type="checkbox"/> Сонная артерия (шейная артерия) <input type="checkbox"/> Нарушения коагуляции <input type="checkbox"/> Заболевания крови ТГВ (тромбоз) <input type="checkbox"/> ЗПС (заболевания периферических сосудов), другие заболевания сосудов\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните: _____				



А Данные кандидата на присоединение к страховке

Раздел Б: были ли у вас диагностированы какие-либо заболевания, синдромы, расстройства, относящиеся к одной или нескольким из проблем, указанных ниже:		Да	Нет
5.	Метаболические заболевания: <input type="checkbox"/> Щитовидная железа <input type="checkbox"/> Лимфатические узлы <input type="checkbox"/> Слюнные железы <input type="checkbox"/> Потовые железы <input type="checkbox"/> Гипофиз <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Гипертензия <input type="checkbox"/> Высокий уровень жиров/холестерина, Другие метаболические заболевания\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
6.	Респираторная система: <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Туберкулёз <input type="checkbox"/> ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) <input type="checkbox"/> Сенная лихорадка <input type="checkbox"/> Рецидивирующие респираторные инфекции и одышка <input type="checkbox"/> Коллапс легкого (пневмоторакс) <input type="checkbox"/> Муковисцидоз Другие заболевания респираторной системы\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните		
7.	Пищеварительная система: <input type="checkbox"/> Язва (двенадцатиперстной кишки\ желудка) <input type="checkbox"/> Изжога <input type="checkbox"/> Болезнь Крона <input type="checkbox"/> Колит <input type="checkbox"/> Рефлюкс <input type="checkbox"/> Геморрой <input type="checkbox"/> Трещина\ фистула <input type="checkbox"/> Кишечная непроходимость <input type="checkbox"/> Заболевания поджелудочной железы\ инфекции <input type="checkbox"/> Пищевод <input type="checkbox"/> Желчный пузырь <input type="checkbox"/> Камни в желчном пузыре Другие заболевания пищеварительной системы\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
8.	Печень: <input type="checkbox"/> Желтуха <input type="checkbox"/> Гепатит В, С, D <input type="checkbox"/> Жировая болезнь печени <input type="checkbox"/> Цирроз, другие заболевания пищеварительной системы\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
9.	Грыжа: Расположение грыжи: диафрагмальная\ пупочная\ в правой части паха\ в левой части паха Выполнилась ли вам операция по удалению грыжи? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, когда (дата)?		
10.	Почки и мочевыводящие пути: <input type="checkbox"/> Рецидивирующие инфекции <input type="checkbox"/> Камни в почках и мочевые камни <input type="checkbox"/> Кисты в почках <input type="checkbox"/> Аномалии мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> Почечная недостаточность и другие заболевания мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
11.	Суставы и кости: <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Подагра <input type="checkbox"/> Спина / Позвоночник <input type="checkbox"/> Суставы <input type="checkbox"/> Колени Заболевания\ проблемы других суставов и костей <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
12.	Болезни кожи и венерические заболевания: <input type="checkbox"/> Кожные опухоли <input type="checkbox"/> Повреждения кожи <input type="checkbox"/> Псориаз <input type="checkbox"/> Венерические заболевания <input type="checkbox"/> Сифилис Другие кожные и венерические заболевания\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
13.	Злокачественные опухоли\ заболевания (рак).		
14.	Для женщин: <input type="checkbox"/> Грудь (включая увеличение груди) <input type="checkbox"/> Гинекологическая система, заболевания\ другие женские проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
	<input type="checkbox"/> Вы беременны? <input type="checkbox"/> Выполнилось ли вам кесарево сечение? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, укажите, когда		
15.	Для мужчин: <input type="checkbox"/> Проблемы с простатой <input type="checkbox"/> Варикоцеле/ Гидроцеле Другие мужские заболевания\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
16.	Психические болезни: Психические заболевания, которые были диагностированы психологом, психиатром или семейным врачом.		
17.	Заболевания уха, горла и носа: <input type="checkbox"/> Синдром ночного апноэ <input type="checkbox"/> Полипы в носу <input type="checkbox"/> Синусит Другие заболевания уха, горла и носа\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		

Пожалуйста, предоставьте подробную информацию:

Б Подробная информация, касающаяся предыдущих страховых полисов

Вы когда-нибудь были застрахованы в компании «Харель», либо в другой страховой компании? Нет Да

Если да, укажите компанию и номер полиса\ членский номер поставщика услуг здравоохранения:

Страховой период Начиная с	До	Название компании	Номер полиса	Членский номер

В Агент, действующий по доверенности

Я разрешаю своему страховому агенту, действующему в отношении данного полиса, г-ну\ г-же заниматься любыми вопросами, касающимися такого, включая, но не ограничиваясь процессом присоединения к данному полису, процедурами андеррайтинга, обновления или расширения такого на дополнительные периоды, подачи исков, внесения изменений и других действий, касающихся данного полиса и так далее, от моего имени и вместо меня. Это включает в себя передачу любой корреспонденции и/или документов, связанных с вышеупомянутыми вопросами, компании «Харель» и получения таковых от компании «Харель». Я предоставляю свое согласие на то, чтобы страховой агент действовал в качестве лица, которому я делегировал право действовать в отношении любых вопросов, касающихся данного полиса, а также разрешил передавать страховому агентству всю подробную информацию, передачи которой он потребует, в любых действиях, касающихся данного полиса, включая данные других полисов, которые существуют у меня в компании «Харель», и которые не обязательно являются такими полисами, в отношении которых страховой агент, которому я предоставляю данную доверенность в соответствии с этим соглашением, является агентом, занимающимся данными вопросами.

.....

Дата _____ Имя _____ Подпись застрахованного _____

К вашему сведению, копии корреспонденции и/или документов, касающихся данного иска, будут в любом случае отсылаться вашему страховому агенту, занимающемуся вопросами, связанными с данным полисом.

