

Здравна декларация за медицинска застраховка-за чужденци в Израел

Следствие на осигурителното предложение е прикачена част, която е неразделна от здравната застраховка.

Отнася се за жени и мъже, общо. Моля, формулярът да се попълни точно и пълно!

05/2020 Edition

С уважение до:

"Арел" дружество за осигуровки ООД, клон застраховки на чуждестранни работници/ туристи

"Аба Алел" №3, п.к. 1951, 5211802 Рамат Ган, факс: 03-7348083 mail fax7930@harel-ins.co.il

A Данни на осигурения					
No на паспорта	Име	Фамилия	Рождена дата	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
В здравната декларация трябва да се отговори на въпросите по-долу със знака v в реда на съответстващия отговор. Ако отговорът на един от въпросите е положителен, трябва да се прикрепи актуално свидетелство на лекаря, грижещ се за съответния деклариран проблем, резултати от прегледи, вид лечение и настоящо състояние.					
Част А: Общи въпроси				Не	Да
1.	Ръст в см Тегло в кг				
2.	<input type="checkbox"/> Дали ползвате наркотици? <input type="checkbox"/> Дали редовно ползвате алкохолни напитки? Уточнете количеството, чаши на ден.				
3.	През последните 10 години правели ли сте следните прегледи (не като част от редовни прегледи) или още не сте правели, или още не е получена крайна диагноза главно: хронични болести, катететризация, картиране, екография на сърцето, СТ, MRI, ултрасаунд (не като част от проследяване на редовна бременност), биопсия, латентна кръв, колоноскопия или гастроскопия, аутоимунни заболявания, вкл. лупус, (ако са налични, нека да се прикрепи медицинско свидетелство от лекуващия лекар с подчертаване на причината за прегледа, резултатите от него и крайна диагноза).				
4.	През последните 10 години прекарвали ли сте операция/ присаждане? Моля данни:				
5.	През последните 10 години били ли сте хоспитализиран/-а? Моля отбележете причината и лечението, което получихте.				
6.	През течението на последните 10 години налагало ли Ви се е или препоръчвано ли са Ви постоянни медикаменти? Посочете проблема, по който сте обслужван, какво е лечението, времетраенето на приеманите медикаменти?				
7.	Имате ли диагноза за алергии? Моля, данни:				
Част Б: Дали е диагностицирана при Вас болест, явление, разстройство, свързани с една или повече теми от посочените по-долу:				Не	Да
1.	<input type="checkbox"/> нервна сиситема <input type="checkbox"/> инсулт <input type="checkbox"/> епилепсия <input type="checkbox"/> множествена склероза <input type="checkbox"/> мускулна дистрофия или др. под, дистрофия <input type="checkbox"/> повтарящо се виене на свят <input type="checkbox"/> главоболие <input type="checkbox"/> пречки в равновесието <input type="checkbox"/> припадания <input type="checkbox"/> паркинсон <input type="checkbox"/> алцхаймер <input type="checkbox"/> треперене <input type="checkbox"/> умствено изоставяне <input type="checkbox"/> аутизъм <input type="checkbox"/> синдром на Даун <input type="checkbox"/> церебрална парализа <input type="checkbox"/> полиомиелит <input type="checkbox"/> болест на Гоше <input type="checkbox"/> загуба на усещане <input type="checkbox"/> синдром на дефицит на вниманието <input type="checkbox"/> мигрена <input type="checkbox"/> дали сте ползвали лекар с оплакване за отслабване на паметта (деменция) <input type="checkbox"/> сплин <input type="checkbox"/> наличие на HIV <input type="checkbox"/> лупус (SLE) Ако отговорът на един и повече проблеми е положителен, трябва да се прикрепи актуализирано писмо от лекуващия лекар-невролог.				
2.	Очи и зрение: <input type="checkbox"/> катаракта <input type="checkbox"/> проблеми с ретината и роговицата <input type="checkbox"/> глаукома <input type="checkbox"/> възпаление на очите <input type="checkbox"/> кривогледство <input type="checkbox"/> слепота, друга болест или очен проблем <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да Ако отговорът е "да", уточнете:				
3.	Сърце: <input type="checkbox"/> пречки в ритъма на сърцето <input type="checkbox"/> болести на сърцето <input type="checkbox"/> сърдечна недостатъчност <input type="checkbox"/> инфаркт <input type="checkbox"/> вродена сърдечна недостатъчност <input type="checkbox"/> катететризация, симптоми за болест, др. сърдечна болест, проблем <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да Ако отговорите с "да", уточнете:				
4.	Кръвоносни съдове: <input type="checkbox"/> разширени вени (вените на краката) <input type="checkbox"/> кротис (в артериите на шията) <input type="checkbox"/> нарушения на коагулацията <input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> болести на кръвта <input type="checkbox"/> DVT (тромбоза) <input type="checkbox"/> PVD (болест на периферните кръвоносни съдове) <input type="checkbox"/> болест или др. проблем на кръвоносните съдове <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да Ако отговорите с "да", уточнете:				
5.	Метаболитни заболявания: <input type="checkbox"/> Щитовидната жлеза <input type="checkbox"/> лимфен възел <input type="checkbox"/> слюнчена жлеза <input type="checkbox"/> потна жлеза <input type="checkbox"/> хипофиза <input type="checkbox"/> диабет <input type="checkbox"/> високо кръвно налягане <input type="checkbox"/> високо съдържание на мазнини/ холестерол, друго метаболитно заболяване <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> При отговор с "да", уточнете:				
6.	Дихателни заболявания: <input type="checkbox"/> астма <input type="checkbox"/> туберкулоза <input type="checkbox"/> COPD (хронично обструктивно заболяване на дробовете) <input type="checkbox"/> сенна хрема <input type="checkbox"/> рецидивирани респираторни инфекции и задух <input type="checkbox"/> гръден кош (пневмоторакс) <input type="checkbox"/> муковисцидоза др. заболяване на дихателните пътища <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да, при отговор с "да", уточнете:				
7.	Храносмилателна система: <input type="checkbox"/> язва на сомаха/ дванадесетопръстника <input type="checkbox"/> киселини <input type="checkbox"/> крон <input type="checkbox"/> колит <input type="checkbox"/> рефлукс <input type="checkbox"/> хемероиди <input type="checkbox"/> фисура/ фистула <input type="checkbox"/> непроходимост на червата <input type="checkbox"/> болест/ възпаление на панкреаса <input type="checkbox"/> на хранопровода <input type="checkbox"/> жлъчка <input type="checkbox"/> камъни в жлъчката Др. заболяване на храносмилателната система? <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да, при отговор с "да", уточнете:				



А Данни на осигурения

Част Б: Дали е диагностицирана при Вас болест, явление, разстройство, свързани с една или повече теми от посочените по-долу:		Не	Да
8.	Черен дроб: <input type="checkbox"/> жълтеница <input type="checkbox"/> Хепатит В, С, D <input type="checkbox"/> мазен черен дроб <input type="checkbox"/> цироза, др. болест/проблема на черния дроб <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да. Ако отговорите с "да", уточнете:		
9.	Херния: местонахождение на хернията: в диафрагмата/ в пъпа/ в десните слабини/ в левите слабини. Имали ли сте операция на хернията? <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да, кога? (дата) Проблемът реши ли се? <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да		
10.	Бъбреци и пикочни пътища: <input type="checkbox"/> повтарящи се възпаления <input type="checkbox"/> камъни в бъбреците или в пикочните пътища <input type="checkbox"/> цистит в бъбреците <input type="checkbox"/> малформации в пикочните пътища <input type="checkbox"/> бъбречна недостатъчност, др. болест/проблем на бъбреците и пикочните пътища <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да, ако отговорите с "да", уточнете:		
11.	Стави и кости: <input type="checkbox"/> възпаление на ставите (артрит) <input type="checkbox"/> подагра <input type="checkbox"/> гръб/ гръбначен стълб <input type="checkbox"/> стави <input type="checkbox"/> колена, др. болест/проблем на ставите и костите <input type="checkbox"/> Не, <input type="checkbox"/> Да, при отговор с "да", уточнете		
12.	Болести на кожата и половата система: <input type="checkbox"/> кожни тумори <input type="checkbox"/> кожни лезии <input type="checkbox"/> псориазис <input type="checkbox"/> полови болести <input type="checkbox"/> сифилис; др. болест/проблем на кожата и половата система <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да, при отговор с "да", уточнете:		
13.	Злокачествени тумори/ злокачествени заболявания (Рак).		
14.	За жени: <input type="checkbox"/> гърдите (вкл. уголемяване на бюста) <input type="checkbox"/> гинекологична система, др. болест/проблем за жени <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да, при отговор с "да", уточнете: <input type="checkbox"/> Бременна ли сте? <input type="checkbox"/> Имала ли сте раждане с Цезарово сечение? Кога:		
15.	За мъже: <input type="checkbox"/> проблеми в простата <input type="checkbox"/> варикоцеле/ хидроцеле Др. болест/проблем за мъже <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да, при отговор с да, уточнете:		
16.	Психични заболявания: психично заболяване, диагностицирано от психолог, психиатър или домашен лекар.		
17.	Болести за уши, нос, гърло: <input type="checkbox"/> синдром на сънна апнея <input type="checkbox"/> полип в носа <input type="checkbox"/> синозит Др. заболяване/проблем за уши, нос, гърло <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да, при отговор с "да", уточнете:		

Уточнение:

В Декларация на кандидата за застраховка

1.	Декларирам тук, че всички отговори са верни, пълни и дадени според свободната ми воля.
2.	Подробните отговори в здравната декларация и всяка друга информация, изпратена на застрахователя, както и приетите условия на застрахователя по този повод, ще се ползват като същностно условие на застрахователния договор между Вас и застрахователя и са неразделна част от него.
3.	Право на застрахователя е да прецени премането на предложението или отхвърлянето му, без да е задължен да оправдава решението си. За Ваша информация застрахователният договор е валиден, само когато застрахователят представи писмено разрешение за приемането на застрахования се като застрахован и след като първите застрахователни средства са изплатени в цялост. Условието за изплащане на първите застрахователни средства няма да важи, ако от застрахователят се получат платежни средства за изплащане на застрахователната премия.
4.	Включената информация в този необходим документ е за присъединяването към полици, както и за всичко друго, свързано с полици и грижата за тях. Дружеството и другите дружества в групата "Арел" (Арел инвестиции в осигуровки и финансови услуги ООД и дъщерните му фирми) и/или някой от името му, използвайки го, вкл. обработвайки и съхранявайки го, и ползвайки го за всичко, свързано с полиците, както и за цели с др. легитимност, което е чрез предаване на информация на трета страна, действаща от името и лицето на групата "Арел".
5.	Друго застрахователно дружество отказало ли е или отменило ли е някога предложението Ви за здравна застраховка? <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/> Да, при отговор "да", уточнете:
6.	Отказване от медицинска тайна: Аз, подписаният по-долу, давам разрешение на Болничната каса и/или на медицинските учреждения, както и на всички лекари, в т.ч. психиатри, медицинските учреждения и др. болнични заведения, и/или на всяко застрахователно дружество, и/или на всяко учреждение и друг фактор, всеки, изискващ изяснение на правата и задълженията според полицата, и/или за нуждите на процес за избор от приемането към изискваната застраховка да се изпрати на "Арел" вкл. и всяка намерена информация от дружеството и данни, които не са необичайни, в изисквана от поръчителя форма, за здравето състояние, за всяка болест, боледувана от мен в миналото и/или боледувам сега, и/или ще боледувам в бъдеще и аз ви освобождавам от задължително пазене на медицинска тайна, като се примирявам с отмяната ѝ, като "просител". Писмената ми отмяна се изисква от наследството ми и законните ми пълномощници, както и всеки, който ще дойде вместо мен.

Формулярът здравна декларация е подписан от кандидата за осигуряване, след като съдържанието на декларацията му се обясни на езика, разбран от него.

Дата: Подпис на кандидата за осигуряване: Подпис на свидетел:

С Разрешително на условията за получаване

Предварително съм съгласен/-а, че всичко което се изясни за мен, в рамките на процеса по подписване, за нуждите на изготвянето на изискваната полица, е необходимо подробните условия за подписване по-долу, да се уточнят в рамката на полицата, която ще бъде изготвена за мен според случая: Няма да има покритие застрахователен случай, свързан с:			
.....			
Дата	Име	№ паспорт	Подпис