



DEKLARACJA ZDROWOTNA DOTYCZĄCA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CUDZOZIEMCÓW W IZRAELU I PODLEGAJĄCA PROPOZYCJI UBEZPECZENIOWEJ STANOWIĄCEJ INTEGRALNĄ CZĘŚĆ DEKLARACJI ZDROWOTNEJ

Dane kandydata na ubezpieczenie:

Numer paszportu	Nazwisko	Imię	Data urodzenia	Płeć
				M / Z

Jedynie dla wygody pytania zostały sformułowane w rodzaju męskim, ale oczywiście odnoszą się do obu płci. Należy zaznaczyć x w odpowiednich rubrykach. Za każdym razem przy udzieleniu odpowiedzi "tak" należy ją uzasadnić w odpowiednim miejscu.

Pytania ogólne	Tak	Nie
A. Czy jesteś lub byłeś chory w ciągu ostatnich pięciu lat? Jeżeli tak, to na jaką chorobę i kiedy?		
B. Czy jesteś leczony lub czy kiedykolwiek w przeszłości byłeś leczony za pomocą medykamentów? Należy wyszczególnić jakie lekarstwa		
C. Czy byłeś kiedyś hospitalizowany w szpitalu lub innej instytucji medycznej? Kiedy, dlaczego i jaki był rodzaj leczenia?		
D. Czy pijesz napoje alkoholowe?		
E. Czy używałeś lub używasz narkotyków?		
F. Czy w ciągu ostatnich pięciu lat przechodziłeś badania laboratoryjne lub lekarskie? Z jakiego powodu? Kiedy i jakie były ich wyniki? (wymień szczególnie wyniki badań, które odbiegały od normy)		
G. Czy przeszedłeś operację lub miałeś wypadek? Jeśli tak, kiedy i w jakich okolicznościach? Wyszczególnij kiedy i podaj rodzaj operacji i przyczynę wypadku.		
H. Czy cierpisz na jakas chroniczna chorobę, aktywną lub uśpioną? Podaj szczegóły		
I. Czy stwierdzono u ciebie jakąkolwiek chorobę autoimmunologiczną (łącznie z lupus). Podaj szczegóły		
J. Czy w najbliższym czasie będziesz leczony na cokolwiek? Czy oczekuje Cię operacja? Czy masz skierowanie do szpitala? Podaj szczegóły		
K. Czy cierpisz lub cierpiełeś kiedykolwiek w przeszłości na chorobę zakaźną? Podaj szczegóły		
L. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy straciłeś na wadze 6 kg lub więcej? Podaj szczegóły		
M. Czy cierpisz na chroniczne zmęczenie lub wyczerpanie? Podaj szczegóły		
N. Czy wiadomo Ci o jakimkolwiek problemie zdrowotnym (dotyczy to również jakiegokolwiek wrodzonej wady), który nie został uwzględniony w niniejszej deklaracji? Podaj szczegóły		

Czy cierpisz lub cierpiełeś na jedną z poniższych chorób?	Tak	Nie
1. Chorobę systemu nerwowego i mózgu, paraliż, mdlenie, epilepsję, zawroty głowy, zaburzenia psychiczne? Podaj szczegóły		
2. Chorobę systemu oddechowego, astmę, gruźlicę, chroniczne zapalenie płuc, chroniczną chorobę płuc, pneumotorax? Podaj szczegóły		
3. Chorobę serca, naczyń krwionośnych, wysokie ciśnienie tętnicze. Podaj szczegóły		
4. Choroby przewodu pokarmowego, choroby wątroby, woreczka żółciowego, hemoroidy? Podaj szczegóły		
5. Choroby nerek, systemu moczowego i dializę? Podaj szczegóły		
6. Choroby reumatyczne, kości, korzonków nerwowych, bóle krzyża i szyji? Podaj szczegóły		
7. Choroby przemiany materii, cukrzycę, gruczołów, wysokiego procentu tłuszczu we krwi, choroby krwi, zatory, anemii? Podaj szczegóły		
8. Choroby raka (złośliwego), chorobę zaniku mięśni? Podaj szczegóły		
9. Choroby skórne i płciowe: syfilis, AIDS, niegojące się rany, wszelkie odmiany Herpes, narośla skórne wszelkich rodzajów? Podaj szczegóły		
10. Choroby oczu, choroby uszu – również problemy ze słuchem, choroby gardła, choroby nosa, operacje plastyczne? Podaj szczegóły		
11. Czy jesteś nosicielem wirusa HIV lub żółtaczkę, lub czy cierpisz na te choroby? Podaj szczegóły		
12. Wyłącznie dla kobiet a. Czy jesteś obecnie w ciąży? b. Choroby kobiece: nieregularna miesiączka, krwawienia, choroby piersi – obejmuje również guzy w piersiach, choroby macicy. Czy przeszedłeś badania celem wykrycia choroby nowotworowej? Czy przeszedłeś memografię? Podaj szczegóły		

Wyjaśnienia potwierdzających odpowiedzi na pytania dot. chorób w powyższym kwestionariuszu: _____

Niniejszym oświadczam, że wszystkie dane, które podałem w niniejszej deklaracji są pełne i prawdziwe. Jeśli okaże się, że dane te nie są prawdziwe lub są tylko częściowe, towarzystwo ubezpieczeniowe Harel będzie zwolnione ze wszelkich zobowiązań wobec mnie, zgodnie z przepisami o umowach ubezpieczeniowych.

Rezygnacja z tajemnicy lekarskiej: ja niżej podpisany niniejszym upoważniam kasę chorych i/lub inne instytucje zdrowotne – obejmuje to również wszystkich lekarzy - pozostałe instytucje służby zdrowia, szpitale oraz towarzystwa ubezpieczeniowe do przekazania towarzystwu ubezpieczeniowemu z.o.o Harel wszystkich danych zdrowotnych bez wyjątku w takiej formie w jakiej zażąda tego towarzystwo ubezpieczeniowe Harel. Dotyczy to mojego stanu zdrowotnego lub/i każdej choroby, na którą cierpiełem w przeszłości, lub na którą choruję obecnie, jak również na którą mogę zachorować w przyszłości. Rezygnuję z tajemnicy lekarskiej i zwalnam z tej tajemnicy towarzystwo ubezpieczeniowe będąca stroną niniejszej umowy. Rezygnacja z tajemnicy lekarskiej zobowiązuje mnie, moich spadkobierców, moich pełnomocników i tych wszystkich, którzy z mocy prawa występować będą zamiast mnie.

Deklaracja kandydata do ubezpieczenia

1. Niniejszym oświadczam, zgadzam się i zobowiązuję się, że:
 - (1). wszystkie odpowiedzi są pełne, prawdziwe i udzielone w najlepszej wierze i z własnej woli.
 - (2). informacje zawarte w tej deklaracji, jak również wszelkie inne przekazane ubezpieczającemu, stanowią będąc decydujący warunek do sporządzenia umowy między mną a towarzystwem ubezpieczeniowym i stanowią będąc integralną częścią tej umowy.
 - (3). Ubezpieczający ma prawo odmówić podpisania umowy bez potrzeby wytłumaczenia takiej decyzji. Zdaję sobie sprawę, że umowa o ubezpieczenie wchodzi w życie dopiero wtedy, gdy ubezpieczający poinformuje o tym na piśmie i po tym, gdy uiszczone zostaną w całości pierwsze wpłaty z tytułu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzi udzielone ubezpieczającemu jak i związane z tym informacje zostaną przechowywane w "banku" informacyjnym zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych z 1981 roku i będą mogły zostać wykorzystane jedynie dla potrzeb ubezpieczenia.
3. Zdaję sobie sprawę, że: według niniejszej polisy ubezpieczenie nie ustosunkowuje się do zjawisk istniejących przed terminem wejścia w życie niniejszego ubezpieczenia: obejmuje to wady wrodzone, choroby dziecięce – w tym choroby dziedziczne, wszelkie choroby i wady leczone lub nie leczone, zaburzenia, problemy zdrowotne będące bezpośrednim, lub pośrednim wynikiem stanu zdrowia z okresu przed wejściem w życie niniejszego ubezpieczenia. Wszystko to, zgodnie z warunkami ubezpieczenia, które wymienione zostały w kwestionariuszu propozycji ubezpieczeniowej.
4. Niniejszym oświadczam, że żadna firma ubezpieczeniowa nie odrzuciła mojej prośby o ubezpieczenie zdrowotne.

Wypełnić na potrzeby polisy Safe Stay/Safe Stay+

Oświadczenie właściciela polisy: Na ile mi wiadomo, deklaracja kandydata do ubezpieczenia jest prawdziwa i nie posiada on żadnej wiedzy dotyczącej jakiegokolwiek wady, choroby od dzieciństwa, choroby dziedzicznej, choroby leczonej lub nieleczonej, choroby chronicznej, lub jakiegokolwiek schorzenia będącego pośrednim lub bezpośrednim wynikiem problemów zdrowotnych, które miały miejsce przed wejściem w życie niniejszego ubezpieczenia. Nie posiada też żadnej wiedzy, lub informacji, która, gdyby została ujawniona, mogłaby spowodować niepodpisanie kontraktu o ubezpieczeniu zgodnie z duchem niniejszej polisy.

Nazwisko

Data

Podpis oraz pieczęć pracodawcy

*** Kwestionariusz z niniejszą propozycją podpisany został przez kandydata do ubezpieczenia po wyjaśnieniu mu jej treści w jego własnym języku.**

Data

Podpis i pieczęć kandydata do ubezpieczenia

Nazwisko podpisującego świadka

Podpis świadka