

DECLARAȚIE ASUPRA STĂRII DE SĂNĂTATE.**א.ר.ו.ן [כוננות לבריאות]****1 תמונת**

Candidatul la asigurare trebuie să răspundă la toate detaliile Formularului-Declarație și să marcheze răspunsurile cu „Da” sau „Nu”, în rubrica corespunzătoare din chestionar. Dacă răspunsul este pozitiv („Da”), numărul întrebării trebuie scris în rubrica destinată răspunsurilor afirmative și trebuie menționată boala și un scurt raport asupra evoluției bolii și a stării actuale a acesteia.

ÎNTREBARI CU CARACTER GENERAL

		Nu	Da
1.	Ați fost spitalizat vreodată sau internat într-un spital sau într-o altă instituție medicală? (ce fel de instituție, când, motivul). Atașați rapoarte medicale, foi de externare și alte informații curente despre boală.		
2.	Ați fost supus vreodată unei intervenții chirurgicale sau vi s-a recomandat să faceți una? (dacă „Da”, explicați pe scurt).		
3.	Ați fost vreodată rănit? Aveți vreo invaliditate? (dacă „Da”, explicați pe scurt).		
4.	Ați fost supus unor analize periodice, ca de pildă ale sângelui, urinei sau EKG? Aceste teste au avut rezultate normale? (dați scurte explicații).		
5.	Ați fost supus analizelor imagistice, ca de pildă radiografiile (plămâni, intestine, rinichi, scheletale, etc.), cateterizare, tomografie computerizată (CT), MRI, US? (Declarați motivul pentru care s-au efectuat analizele, data efectuării și rezultatele acestora).		
6.	Suferiți actualmente de vreo afecțiune sau boală sau sunteți conștient de vreo dereglare a stării Dv. de sănătate? Ați primit sau primiți un tratament sau o medicație? (Dați detalii, inclusiv despre doze și durata tratamentului).		
7.	Numai pentru femei – ați suferit sau suferiți de vreo afecțiune specifică femeilor, cum ar fi ciclul menstrual neregulat, probleme de fertilitate, hemoragii, formațiuni mamare, probleme ovariene sau ale uterului, observarea unor anomalii în urma examinărilor ginecologice (de ex. lamelă PAP) sau a oricăror afecțiuni ginecologice? Dacă răspunsul este afirmativ, dați detalii: Sunteți însărcinată? Câți fetuși? _____ Ați avut probleme pe durata sarcinilor/sarcinii anterioare? Dacă „Da”, dați detalii pe scurt _____ Ați născut vreodată prin cezariană?		
8.	Ați fost sau sunteți în incapacitate parțială ori totală de muncă? (dacă „Da”, dați detalii pe scurt).		

ÎNTREBĂRI DESPRE AFECȚIUNI (DE CARE AȚI SUFERIT SAU SUFERIȚI)

		Nu	Da
9.	Cardiovascular (inimă și vase sanguine) – A. Boală de inimă, dureri pectorale, insuficiență respiratorie, palpitații, angină pectorală, infarct de miocard (atac de cord) aritmii, boli cardiace valvulare, defecte congenitale ale inimii, boală miocardică sau pericardică. B. Hipertensiune. C. Vase sanguine – dureri în membrele inferioare în timpul mersului, tromboze, varice venoase, deficiențe circulatorii, stenoză arterială (îngustarea arterelor).		
10.	Sistemul nervos – amețeală, dureri de cap, pierderi de cunoștință, paralizie, convulsii (epilepsie), atac ischemic tranzitoriu (AIT), tulburări de memorie, pierderea simțurilor, boli degenerative, atac, hemoragie cerebrală (AVC), tremor, tulburări de echilibru, boala Alzheimer, boala Parkinson, surmenaj psihic, demență senilă.		
11.	Afecțiuni mintale – boală psihică, depresie, schizofrenie, anxietate, tentativă de suicid.		
12.	Tractul respirator – astm, bronșită cronică, emfizem, tuberculoză, hemoftizie, infecții recurente ale tractului respirator.		
13.	Tractul digestiv și ficat – ulcer (gastric ori duodenal), pirozis (arsuri gastrice), boală inflamatorie cronică a intestinelor, hemoragie intestinală, hemoroidi, boli anale, boală cronică a ficatului, gălbinare, calculi biliari, pancreatită, hepatită (virală ori de altă natură)		
14.	Rinichi și tractul urinar – pietre la rinichi, nefrită, afecțiuni ale tractului urinar, hematurie sau proteinurie (sânge sau proteine în urină), chisturi renale, disfuncții ale rinichilor și prostatei.		
15.	Dezordine Endocrine (metabolice) – diabet, disfuncții ale glandei tiroide, ale glandelor suprarenale, ale glandelor pituitare și ale altor glande, nivel ridicat al lipidelor din sânge (colesterol, trigliceride), chisturi renale.		
16.	Piele și tract genital- sifilis, herpes, tumori ale pieii, nevi pigmentari (alunițe), negi, probleme de fertilitate și/sau infertilitate		
17.	Boli maligne (cancer) și SIDA – tumoră/tumori malignă ori pre-malignă, SIDA prezent - inclusiv starea de purtător (precizați tipul bolii, data diagnosticării și metoda de tratare).		
18.	Articulații și oase – artrită, gută, dureri de spate ori de ceafă, fracturi de coloană vertebrală, de umăr sau de genunchi, boală osoasă.		
19.	Ochi – cataractă, glaucom, strabism, orbire, boli de retină, boli ale corneei, defecte de vedere, numărul dioptriilor _		
20.	ORL (urechi, nas, gât) – inflamații recurente ale gâtului sau urechilor, sinuzită, deficiențe de auz, dispnee paroxistică nocturnă (PND).		
21.	Hernie – a peretelui abdominal, ombilicală (la buric), inghinală, diafragmatică, eventrație.		
22.	Alte probleme de sănătate și/sau alte afecțiuni sau boli nemenționate mai sus.		

Acest formular este destinat atât femeilor cât și bărbaților.

DETALII CU PRIVIRE LA RASPUNSURILE AFIRMATIVE

Întrebarea Nr.	Detalii cu privire la aspectele la care s-a răspuns prin „Da”

DECLARAȚIA CANDIDATULUI LA ASIGURARE

Subsemnatul, candidat la încheierea asigurării, solicit să fiu asigurat în conformitate cu următoarea propunere (denumită în continuare „Propunere”)

1. Sunt conștient de faptul că:

- A. Asigurătorul nu va fi responsabil și nu va onora nici o pretenție care ar izvorî direct sau indirect dintr-o stare preexistentă de afectare a sănătății, dintr-un fenomen ori boală existentă înaintea de data începerii asigurării, sau de data încheierii Propunerii de asigurare, sau de semnarea declarației asupra stării de sănătate, oricare dintre acestea este ultima.
 - B. Declar, sunt de acord și mă angajez că: Toate cele declarate în Propunere și/sau declarația asupra stării de sănătate sunt corecte și complete și că nu am ascuns asigurătorului nimic ce ar putea să-i afecteze decizia de a accepta Propunerea de asigurare. În cazul în care am omis vreo informație sau în cazul unui răspuns fals, contractul de asigurare va fi nul în totalitate, de la începutul perioadei de asigurare. Răspunsurile cuprinse în Propunere, precum și orice altă informație scrisă dată asigurătorului de către mine și termenii acceptați utilizați de asigurător pe această temă vor fi folosiți ca termeni ai contractului de asigurare între mine și asigurător și vor constitui parte integrală din acesta.
 - C. Confirm și sunt de acord că acceptarea sau respingerea prezentei Propuneri este la discreția exclusivă a asigurătorului (care este îndreptățit să accepte sau să respingă Propunerea fără a da explicații pentru decizia luată).
2. Declarație de renunțare la secretul medical
- A. Subsemnatul, eliberez prin prezentul înscris orice instituție medicală, orice laborator medical și orice for medical, precum și personalul medical și nemedical al acestora de obligativitatea păstrării secretului medical ori de altă natură, în relația lor cu Clal Insurance Company Ltd. sau Arieh Insurance Company Ltd. (numiți în continuare: “Solicitantul”).

- B. Subsemnatul, permit entităților menționate mai sus – inclusiv conducerilor Institutului Național de Asigurări, asigurătorilor, Ministerul Sănătății, Direcțiilor județene de Sănătate, Ministerului Apărării și oricărui alt organism care nu este menționat în acest document, precum și oricărei companii de asigurare la care am fost sau sunt asigurat în prezent - să divulge Solicitantului sau împuternicitului acestuia – individual ori împreună – toate detaliile, fără excepție, în legătură cu starea mea de sănătate și cu orice boală pe care am avut-o sau o am în prezent ori pe care o voi avea în viitor, toate înregistrările medicale referitoare la spitalizări, lista medicilor care m-au consultat/tratat și/sau data la care am devenit membru al vreunei organizații medicale.
- C. Autorizez toate companiile de asigurări și/sau orice alte instituții să pună la dispoziția Solicitantului orice informație și/sau document și/sau poliță de asigurare încheiată de mine, solicitate de acesta.
- D. Declar că nu voi avea nici o pretenție și nu voi face nici un fel de declarație cu privire la instituțiile menționate mai sus în legătură cu divulgarea informațiilor menționate mai sus către Solicitant sau către împuternicitul acestuia, individual sau împreună.
- E. Această declarație se aplică de asemenea în cazul Legii 5741 din 1981 și este valabilă pentru orice informație medicală sau de altă natură stocată în bazele de date ale institutelor, inclusiv ale instituțiilor de asistență medicală, și/sau pentru medicii din aceste instituții, și/sau personalul din aceste instituții, și/sau împuterniciții acestora, și/sau ofertații de servicii mai sus menționați.
- F. Această declarație de renunțare la secretul medical poartă obligații asupra mea, asupra reprezentanților mei legali și asupra oricărei persoane care acționează în numele meu.
- G. Această declarație de renunțare la secretul medical se aplică și copiilor mei minori, ale căror nume au fost declarate, dacă au fost solicitate în Propunere.

SEMNĂTURA CANDIDATULUI LA ASIGURARE

Data _____ Numele candidatului _____ Pașaport nr. _____ Semnătura _____