

DEKLARACJA O STANIE ZDROWIA

פּוֹרָר. אַ סוכנות לביטוח

פולנית

Kandydat do ubezpieczenia musi odpowiedzieć na wszystkie punkty deklaracji o stanie zdrowia oraz zaznaczyć odpowiedź "tak" lub "nie" w kwestionariuszu. Jeżeli odpowiedź jest pozytywna ("tak"), wówczas numer pytania musi zostać wpisany w miejsce przeznaczone dla odpowiedzi dotyczących pozytywnych rozpoznań i te odpowiedzi powinny zostać podane, jak również historia choroby oraz stan obecny.

PYTANIA OGÓLNE

		Nie	Tak
1.	Czy kiedykolwiek byłeś(aś) hospitalizowany(a) w szpitalu lub instytucji medycznym? (jakiego rodzaju, kiedy, z jakiego powodu). Załącz kartę wypisową i aktualne informacje.		
2.	Czy kiedykolwiek miałeś(aś) operację lub zalecano Ci operację? (Opisać).		
3.	Czy kiedykolwiek doznałeś urazu? Czy posiadasz jakiekolwiek inwalidztwo? (Opisać).		
4.	Czy przeprowadzano u Ciebie rutynowe badania takie jak badanie krwi, moczu, EKG? Czy ich wyniki były prawidłowe? (Opisać).		
5.	Czy przeprowadzano u Ciebie badania obrazowe, takie jak różnego rodzaju badania RTG (klatki piersiowej, nerek, kości, itp.), scyntygrafię, kaniulizację, tomografię komputerową (TK), magnetyczny rezonans jądrowy (MRI), ultrasonografia (USG)? (Podać powód, datę i wyniki).		
6.	Czy w chwili obecnej chorujesz na jakieś schorzenie lub chorobę, czy masz świadomość jakiegoś zaburzenia zdrowotnego, oraz czy jesteś w trakcie leczenia lub otrzymujesz leki? (Opisać wraz z podaniem dawek oraz czasu trwania leczenia)		
7.	Dotyczy tylko kobiet– czy cierpisz na jakiekolwiek schorzenia kobiece, takie jak nieregularne miesiączki, problemy z płodnością, krwotoki, zmiany guzowate sutków, problemy z macicą lub jajnikami, nieprawidłowości w badaniu ginekologicznym (np. w badaniu cytologicznym) lub inne schorzenia ginekologiczne? Jeżeli tak, opisać: Czy jesteś w ciąży? _____ Ile płodów? _____ Czy miałaś problemy w poprzednich ciążach lub w poprzedniej ciąży? Jeżeli tak, opisać. _____ Czy miałaś poród przez cięcie cesarskie? _____		
8.	Czy byłeś(aś) albo czy jesteś częściowo lub w pełni nieprzystosowany lub niezdolny do pracy? (Opisać).		

PYTANIA DOTYCZĄCE CHOROÓB (NA KTÓRE CIERPIAŁEŚ(AŚ) LUB NA KTÓRE CIERPISZ)

		Nie	Tak
9.	Sercowo-naczyniowe (serce i naczynia krwionośne) – A. Choroba serca, ból w klatce piersiowej, duszność, kołatanie serca, dusznica bolesna, zawał serca (atak serca), niemiernowość, wady zastawkowe, wrodzona wada serca, choroby mięśnia sercowego lub osierdzia.. B. Nadciśnienie. C. Naczynia krwionośne –ból nogi podczas chodzenia, zakrzepy, zylaki, zaburzenia w krążeniu, zwężenie naczyń tętniczych.).		
10.	Układ nerwowy – zawroty głowy, bóle głowy, utrata przytomności, porażenia, drgawki (padaczka), przejściowe ataki niedokrwienia, zaburzenia pamięci, utrata uczucia, choroby zwyrodnieniowe, udar, krwotok mózgowy, drżenia, zaburzenia równowagi, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, wyczerpanie psychiczne, ośpienie starcze.		
11.	Zaburzenia psychiczne – choroby psychiczne, depresja, schizofrenia, stany lękowe, próby samobójcze.		
12.	Układ oddechowy – astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, gruźlica, krwiopłucie, nawracające zakażenia układu oddechowego.		
13.	Przewód pokarmowy i wątroba – wrzód (żołądka lub dwunastnicy), zgaga, przewlekłe choroby zapalne jelit, krwawienia z przewodu pokarmowego, zylaki odbytu, schorzenia odbytu, przewlekła choroba wątroby, żółtaczka, kamica żółciowa, zapalenie trzustki, zapalenie wątroby (wirusowe lub inne)		
14.	Nerki i układ moczowy – kamica nerkowa, zapalenie nerek, wady układu moczowego, krew lub białko w moczu, torbiele nerek, zaburzenia czynnościowe nerek, gruczolu krokowego.		
15.	Choroby endokrynologiczne (metaboliczne) – cukrzyca, choroby tarczycy, nadnerczy, torbiele nerek, przysadka, lub inne gruczoly, wysokie stężenie lipidów (cholesterol, trójglicerydy) we krwi..		
16.	Skóra i narządy płciowe – kiła, opryszczka, guzy skóry, znamiona, brodawki i/lub bezpłodność i/lub problemy z płodnością.		
17.	Choroby złośliwe (nowotwór) i AIDS – guz(y) nowotworowy(e) złośliwy(e) lub stany przednowotworowe, AIDS, włączając nowosielsstwo (z określeniem typu, daty i metody leczenia).		
18.	Stawy i kości – zapalenia stawów, dna, bóle pleców lub szyi, pęknięty dysk, schorzenia stawu barkowego, kolanowego, kości.		
19.	Oczy – zaćma, jaskra, zez, ślepotą, choroby siatkówki, choroby rogówki, zaburzenia widzenia, liczba dioptrii ____.		
20.	Ucho, nos, gardło – nawracające zapalenia gardła lub ucha, zapalenia zatok, zaburzenia słuchu, zespół napadowego bezdechu nocnego.		
21.	Przepuklina – ściany brzucha, pachwinowa, w bliźnie chirurgicznej, pępkowa, przeponowa.		
22.	Inne problemy zdrowotne i/lub inne choroby nie wymienione powyżej..		

FORMULARZ DEKLARACJI CZĘŚĆ A

Ten formularz jest przeznaczony zarówno dla mężczyzn jak i dla kobiet

SZCZEGÓŁY DOT. ODPOWIEDZI POZYTYWNYCH

Nr pytania.	Szczegóły rozpoznania

DEKLARACJA KANDYDATA DO UBEZPIECZENIA

Ja, niżej podpisany(a), kandydat(ka) do ubezpieczenia, wnioskuję o ubezpieczenie zgodnie z niniejszą propozycją (zwaną dalej "Propozycją").

1. Jestem świadom(a), że:

- A. Ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności i nie będzie pokrywał żadnych roszczeń wynikających bezpośrednio z uprzednio istniejącego stanu zdrowia, objawów lub choroby sprzed daty rozpoczęcia ubezpieczenia, lub daty realizacji propozycji ubezpieczenia, lub daty podpisania deklaracji o stanie zdrowia, która z nich jest najpóźniejsza.
 - B. Niniejszym deklaruje, zgadzam się podejmując, co następuje: Wszystkie odpowiedzi podane w Propozycji i/lub deklaracji o stanie zdrowia są prawdziwe i pełne oraz, że nie zatailem(am) przed ubezpieczycielem niczego, co może wpłynąć na jego decyzję o akceptacji Propozycji ubezpieczenia. W przypadku nie podania informacji lub nieprawdziwej odpowiedzi, umowa ubezpieczenia będzie od początku nieważna. Odpowiedzi udzielone przeze mnie w Propozycji oraz wszelkie pisemne informacje podane przeze mnie ubezpieczycielowi, a także stosownie wykorzystane przez ubezpieczyciela na przyjętych zasadach stanowią warunki umowy ubezpieczeniowej pomiędzy mną a ubezpieczycielem i będą stanowić jej integralną część.
 - C. Niniejszym potwierdzam i zgadzam się aby akceptacja lub odrzucenie niniejszej Propozycji leżało całkowicie w gestii ubezpieczyciela (który ma prawo decyzji o przyjęciu lub odrzuceniu Propozycji bez uzasadniania swojej decyzji).
2. Deklaracja zrzeczenia się tajemnicy medycznej
- A. Ja niżej podpisany(a), niniejszym zwalniam wszelkie instytucje medyczne, wszelkie laboratoria medyczne oraz wszelkie placówki opieki medycznej, ich personel medyczny i inny personel odpowiedzialny za dochowanie tajemnicy medycznej i innej w stosunku do Clal Insurance Company Ltd. lub Arie Insurance Company Ltd. (dalej zwany: "Zgłaszającym się").

- B. Niniejszym zezwalam następującym stronom - w tym Narodowemu Instytutowi Ubezpieczeń, ubezpieczycielom, Ministerstwu Zdrowia, Okręgowemu Biuru Zdrowia, władzom IDF, Ministerstwu Obrony oraz innym ciałom lub instytucjom, których nazwy nie zostały tu wymienione- oraz wszystkim towarzystwom ubezpieczeniowym, w których byłem(am) uprzednio ubezpieczony(a) lub w których jestem ubezpieczony(a) obecnie, na wyjawienie zgłaszającemu się lub osobie wyznaczonej - łącznie lub oddzielnie - wszystkich szczegółów, bez wyjątku, dotyczących stanu mojego zdrowia oraz wszelkich chorób, na które chorowałem(am) lub choruję obecnie, lub będę chorować w przyszłości, moich pobytów w szpitalu lub pisemnej dokumentacji medycznej, wykazu odwiedzanych przeze mnie lekarzy i/lub daty przystąpienia do organizacji opieki zdrowotnej.
- C. Upoważniam wszelkie towarzystwa ubezpieczeniowe i/lub instytucje do przekazania Zgłaszającemu się wszelkich informacji i/lub dokumentów i/lub polis ubezpieczeniowych, których zażąda.
- D. Niniejszym deklaruje, że nie będę zgłaszał(a) żadnych roszczeń ani żądań w stosunku do w stosunku do powyższych stron w związku z ujawnieniem Zgłaszającemu się lub osobie wyznaczonej wymienionych wyżej szczegółów - łącznie i oddzielnie.
- E. Niniejsze zgłoszenie jest zgodne z Prawem o Ochronie Prywatności 5741 – 1981, i ma zastosowanie do wszelkich informacji medycznych i innych przechowywanych w bazach danych instytucji, w tym organizacji ochrony zdrowia i/lub ich lekarzy i/lub ich personel i/lub osoby wyznaczone i/lub wskazanych usługodawców.
- F. Niniejsze zrzeczenie się jest wiążące w stosunku do mnie, mojego majątku, moich prawnych reprezentantów oraz wszelkich osób występujących w moim imieniu.
- G. Niniejsze zrzeczenie się będzie miało zastosowanie w stosunku do moich nieletnich dzieci, których nazwiska zostały wymienione, jeżeli tak określono w Propozycji.

PODPIS KANDYDATA DO UBEZPIECZENIA

Data _____ Nazwisko kandydata _____ Nr paszportu _____ Podpis _____