

Кандидатът за здравно осигуряване трябва да попълни и с точност да отговори на въпросите от здравната декларация, като маркира с “ да ” или “ не ” отговорите във въпросника. В случай, че отговорът на зададения въпрос е положителен (“ да ”), то следва номерът на въпроса да бъде вписан в полето, предвидено за положителни симптоми, като симптомите трябва да бъдат преизписани, а също да бъде представена епикриза и настоящ здравен статус.

ВЪПРОСИ ОБЩИ

		Не	Да
1.	Били ли сте някога хоспитализирани в болница или друг медицински институт? (тип болнично учреждение, кога, причина). Приложете епикриза и сегашно състояние.		
2.	Били ли сте някога оперирани или съветвани от медицинско лице да Ви бъде направена операция? (дайте допълнителни сведения и подробности).		
3.	Били ли сте някога (наранен)? Имате ли някаква степен на инвалидност? (дайте допълнителни сведения и подробности).		
4.	Били ли сте подложени на рутинни тестове, като кръвни изследвания, изследване на урината, електрокардиограма (ЕКГ)? Били ли са в допустими норми резултатите от направените тестове? (дайте допълнителни сведения и подробности).		
5.	Правени ли са Ви образни изследвания, като рентгеноскопии (рентгенова снимка на гърден кош, гастроинтестинален тракт / стомашно-чревен тракт / бъбреци, опорно - двигателен апарат и др.), тестове с радиоактивно вещество – гама-камера тестове, катетеризации, компютърна аксиална томография (КАТ скенер), ядрено магнитен резонанс, ултра звук, ехографи.(изложете причините, резултатите и дата на изследванията).		
6.	Страдате и боледувате ли от нещо в настоящия момент; имате ли здравословни проблеми; взимали ли сте и приемате ли в момента някакви медикаменти и били ли сте подлагани на лечение? (дайте допълнителни сведения и подробности, включително лекарствена доза и продължителност на лечението).		
7.	Само за представители на женския пол – страдате ли или страдали ли сте от някакви гинекологични заболявания, като нередовна менструация, безплодие, кръвоизливи, тумори на млечните жлези, заболявания на матката и преглед (цитонамазка) или други гинекологични смущения? Ако е така , то дайте подробна информация:		
8.	Бременна ли сте? _____ Едноплодна- или многоплодна бременност? _____ Имали ли сте проблеми при предишни забремененията яйчиците, ненормални находки при гинекологичен или при износване на плода? Ако да, моля дайте подробна информация. _____ Правено ли Ви е цезарово сечение? _____		
8.	Били ли сте частично или цялостно възпрепятствани или неспособен/негоден за работа? (дайте допълнителни сведения и подробности).		

ВЪПРОСИ ЗА ЗАБОЛЯВАНИЯ (ИМАЛИ ЛИ СТЕ МИНАЛИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ИЛИ В МОМЕНТА СТРАДАТЕ ОТ ТЯХ)

		Не	Да
9.	Сърдечно - съдови заболявания (кардиоваскулар, сърце и кръвоносни съдове) – А. сърдечен удар, аритмии, сърдечни клапни пороци, вродени сърдечни заболявания, миокардни и перикардни заболявания. В. Хипертония. С. заболявания на кръвоносните съдове – болка в краката при ходене, тромби, варици (разширени вени), циркуляционни разстройства и артериални стенози (стеснения) - сърдечни болести, гърдна болка, задух, палпитации, ангина пекторис (гърдна жаба), (инфаркт на миокардата).		
10.	Нервна система – световъртеж, главоболие, загуба на съзнание, парализи, конвулсии и припадъци / епилепсии / , преходна загуба на съзнание, разстройства на паметта, загуба на чувствителност, дегенеративни заболявания, мозъчен удар (инсулт – исхимичен и хеморагичен), тремор, липса на равновесие, болест на Алцхаймер, болест на Паркинсон, умствена изостаналост, старческа дименция.		
11.	Умствени разстройства - умствени разстройства и болести, депресия, шизофрения, чувство на страх и притискане в гърдите, опит за самоубийство.		
12.	Дихателна система – астма, хроничен бронхит, емфизем, туберкулоза, кръвохрачене, рекурентен/периодически инфекции и възпаления на респираторния тракт.		
13.	Стоомашно-чревен тракт и черен дроб – язва (стомах и дванадесетопръстник), киселини, болест на хронични раздразнения на хранопровода и червата, чревни кръвоизливи, хемороиди, анални проблеми, хронични болести на черния дроб, жълтеница, камъни в жлъчката, холестолитиаза, панкреатит и хепатит (вирусен или друг).		
14.	Бъбреци и пикочно-полов тракт - бъбречно-каменна болест, нефрит, вродени дефекти на уринарния тракт, кръв или протеини в урината, бъбречни кисти, разстройства на бъбречните функции, заболявания на простатната жлеза		
15.	Ендокринни (метаболични) заболявания – диабет, заболявания на щетовидната жлеза, заболявания на надбъбречните жлези, бъбречни кисти, хипофизна жлеза и други жлези, високи кръвни липиди (холестерол, триглицериди).		
16.	Кожа и полова система – сифилис, херпес, кожни тумори, бенки и брадавици и/или стерилитет и/или проблеми с фертилност.		
17.	Злокачествени новообразувания (сапсер) и СПИН – злокачествени или предканцерозни тумори или СПИН, включително статус на преносителя (определете типа, датата и метода).		
18.	Кости и стави – артрит, подагрозен артрит, гърбна или шийна болка, руптура на диска (дискосва херния) или заболявания на рамо, коляно, кости.		
19.	Очи – катаракта, глаукома, кривогледство, слепота, заболявания на ретината, роговицата, зрителни смущения, диоптър и какъве.		
20.	Уши, нос, гърло – повтарящи се възпаления на уши и гърло, синусит, слухови смущения, ношен задух (PND).		
21.	Хернии – на коремната стена, слабните, херния след хирургическа намеса, пълна или диафрагмална.		
22.	Други здравни смущения и/или други изоброявания, които не са изброени по-горе.		

ДЕТАЙЛИ НА ПОЛОЖИТЕЛНИ

Въпрос по.	Подробности за медицинските открития

ЗАЯВЛЕНИЕ НА КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВКА

Аз, долуподписаният кандидат за застраховка, с настоящото предявявам желание да бъда застрахован съгласно настоящото Предложение (по-нататък наричано: "Предложението").

1. Известно ми е че:

- А. Застрахователя не носи отговорност и няма да заплати какъвто и да е иск, произхождащ директно или индиректно от предишно състояние или лошо здраве, здравен случай или заразна болест отпреди датата влизане в сила на застраховката, или датата на погълване на предложението за застраховка, или датата на здравната декларация, според което се случи последното.
- Б. С настоящото аз заявявам, съгласявам се и поемам Отговорност, както следва:
Всички отговори посочени в Предложението и/или здравната декларация са верни и изчерпателни, като аз не съм укривил от застрахователя информация, която би могла да повлияе на решението за одобрение на предложението за застраховка. В случай на непълна информация или неверн отговор, застрахователния договор се анулира ab initio. Отговорите далени в Предложението, както и всяка друга писмена информация подадена от мен до застрахователя, а също и приемливите условия от страна на застрахователя по настоящия въпрос следва да служат, като условия по застрахователния договор между мен и застрахователя и представляват неделима част от него.
- В. С настоящото аз потвърждавам и се съгласявам, че потвърждаването или отхвърлянето на настоящото Предложение е обект на едностранный решение на застрахователя (който е в правото си да решава дали да отхвърли или приеме предложението без да предоставя мотивация за решението си).

2. Декларация за отпадане на здравна тайна

- А. Аз, долуподписаният, с настоящото освобождавам всеки здравен институт, всяка медицинска лаборатория, както и всяка здравна комисия и всеки неин член от здравния или друг персонал от задължението за поддържане на здравна и други тайни по отношение на Clal Insurance Company Ltd. или Arhieh Insurance Company Ltd. (по-нататък наричано "Кандидатът").

- Б. Аз понастоящем давам разрешението си на всички гореупоменати страни - включително комисията на Държавния Осигурителен Институт, застрахователи, Министерството на Здравеопазването, Районното Здравно Бюро, IDF властите, Министерството на Отбраната, както и всички други органи или институти, чието име не е упоменато по-горе - а също и всички застрахователни компании, в които съм бил или съм застрахован понастоящем, да предоставят на Кандидата или негови представителни пълномощници - заедно или поотделно - всички детайли, без изключение, относно моето здравно състояние и болестите прекарани от мен вминалото, понатаощем, или тези които предстои да прекарам в бъдеще, моите хоспитализации или медицински епикризи, или списъка на посетените от мен доктори и/или датата на присъединяването ми към здравната организация.
- В. Аз изпълнощоавам всички застрахователни компани и/или други институти да препратат на Кандидата всякаква изискана информация и/или документация и/или застрахователни полици.
- Г. Аз, с настоящото заявявам, че няма да предявявам какъвто и да било иск или претенции към гореупоменатите страни относно разкриването на Кандидата или неговия представител - заедно или поотделно на гореупоменатите детайли.
- Д. Настоящата молба също така се отнася до Закона за Защита на Лояността от 5741 - 1981, както и до всяка здравна и друга информация съхранявана в базите данни на институтите, включително здравни организации, и/или техните доктори и/или техните служители и/или техните представители и/или техните доставчици на услуги упоменати по-горе.
- Е. Настоящата молба за отпадане обвързва мен, моето имущество и законните ми адвокати, както и всяко друго лице действало от мое име.
- Ж. Настоящото отпадане следва да се отнася до моите непълнолетни деца, чието имена са посочени, ако такива са посочени в Предложението.

ПОДПИС НА КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВКА

Дата _____ Име на кандидата _____ No. паспорт _____ Подпис _____