

# Декларация о состоянии здоровья для медицинской страховки – иностранные рабочие в Израиле

В соответствии со страховым предложением, прилагающимся к данному документу, представляющим собой неотъемлемую часть декларации о состоянии здоровья Харель – страхование и финансы

03-6729025 להחזיר לפקס

או למייל info@rozen-ins.co.il

Кому:

Страховой компании "Харель Лтд.", отдел страхования иностранных рабочих\ туристов  
 Абба Гилель 3, п\я 1951, Рамат-Ган 5211802, факс: 7348083-03, эл. почта: fax7930@harel-ins.co.il

## А Личные данные кандидата на страхование

Номер заграничного паспорта	Фамилия	Имя	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	
В декларации о состоянии здоровья нужно ответить на вопросы, проставив значок "ü" около соответствующего ответа. Если ответ на один или несколько вопросов будет положительным, нужно приложить уточненное свидетельство от лечащего врача в отношении указанной проблемы, результатов проверок, метода лечения и .существующего медицинского состояния					
<b>Общие вопросы</b>				<b>Да</b>	<b>Нет</b>
1.	В течение последних шести месяцев Вы похудели на 6 или более кг.? Укажите, пожалуйста, причину.				
2.	<input type="checkbox"/> Используете ли Вы или использовали ли Вы когда-нибудь наркотики? оПьете ли Вы\ пили ли Вы регулярно алкогольные напитки (более двух стаканов в день)?				
3.	Направляли ли Вас в течение последних -5ти лет и\или находитесь ли Вы в настоящее время в процессе прохождения следующих медицинских и\или диагностических проверок, которые еще не закончились и в отношении которых Вы еще не получили окончательный диагноз: шунтирование, эхокардиография, МРТ, КТ, ультразвуковое исследование (не в качестве части обычного обследования, выполняемого беременным), биопсия, скрытая кровь, колоноскопия, гастроскопия (если да, то нужно предоставить свидетельство от лечащего врача, где будет говориться о причине выполнения данной проверки, ее результатах и окончательном диагнозе).				
4.	Проводилась ли Вам в течение последних -5ти лет операция или рекомендовали ли Вам пройти операцию? Пожалуйста, уточните.				
5.	Попадали ли Вы в аварию в течение последних -5ти лет? Пожалуйста, уточните, что это была за авария, укажите дату таковой и уточните, какого рода травмы Вы получили в данной аварии.				
6.	Госпитализировали ли Вас в течение последних -5ти лет более, чем на 3 дня? Пожалуйста, уточните причину госпитализации, и полученное Вами лечение.				
7.	Принимали ли Вы или рекомендовали ли Вам регулярно принимать лекарства в течение последних -10ти лет? Пожалуйста, уточните, от чего Вас лечили, каким было лечение и как долго Вы принимаете данное лекарство?				
<b>Было ли у Вас диагностировано заболевание, симптом, нарушение, связанное с одной или с несколькими темами, указанными далее:</b>					
8.	<input type="checkbox"/> Нервная система <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Множественный склероз <input type="checkbox"/> Паралич <input type="checkbox"/> Функциональная слабость конечностей <input type="checkbox"/> Тремор <input type="checkbox"/> Мышечная дистрофия или иное дегенеративное заболевание <input type="checkbox"/> Болезнь Паркинсона, в случае, если получен положительный ответ на один или несколько вопросов, нужно приложить уточненное письмо от лечащего врача-невропатолога.				
9.	Душевная болезнь, которая была диагностирована психологом, психиатром или семейным врачом?				
10.	Глаза и зрение (очки указывать только в случае, если линзы сильнее, чем на 7 диоптрий).				
11.	Система (отоларингология): <input type="checkbox"/> Нос <input type="checkbox"/> Ухо <input type="checkbox"/> Горло				
12.	<input type="checkbox"/> Сердце <input type="checkbox"/> Кровеносные сосуды				
13.	<input type="checkbox"/> Заболевания крови <input type="checkbox"/> Нарушение коагуляции				
14.	Были ли у Вас в течение последних -10ти лет хронические заболевания, рекомендациями в отношении которых было медикаментозное лечение: <input type="checkbox"/> Повышенное давление <input type="checkbox"/> Диабет (включая диабет беременных) <input type="checkbox"/> Жиры в крови\ холестерин <input type="checkbox"/> Другие хронические заболевания				
15.	Щитовидная железа				
16.	<input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Туберкулез <input type="checkbox"/> Хроническая пневмония <input type="checkbox"/> ХНЗЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) <input type="checkbox"/> Пневмоторакс				
17.	<input type="checkbox"/> Желудок <input type="checkbox"/> Кишечник <input type="checkbox"/> Пищевод <input type="checkbox"/> Желчный пузырь <input type="checkbox"/> Печень <input type="checkbox"/> Гепатит <input type="checkbox"/> Геморрой – проводилась ли Вам операция: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да ..... числа Была ли проблема решена? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
18.	Грыжа: местонахождение грыжи - <input type="checkbox"/> В диафрагме <input type="checkbox"/> В пупке <input type="checkbox"/> В правой части паховой области <input type="checkbox"/> В левой части паховой области <input type="checkbox"/> Была ли Вам проведена операция для лечения грыжи? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, когда? (дата) ..... Была ли проблема решена? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
19.	Носитель ВИЧ и\или СПИДа				
20.	Волчанка				
21.	<input type="checkbox"/> Почки <input type="checkbox"/> Мочевыводящие пути				
22.	<input type="checkbox"/> Спина и позвоночник <input type="checkbox"/> Колени <input type="checkbox"/> Переломы костей <input type="checkbox"/> Суставы				
23.	<input type="checkbox"/> Кожные опухоли				
24.	<input type="checkbox"/> Сифилис <input type="checkbox"/> Герпес				
25.	<input type="checkbox"/> Злокачественные опухоли <input type="checkbox"/> Онкологические заболевания (рак)				
26.	Для женщин (только начиная с -14ти лет): <input type="checkbox"/> Грудь, включая ее увеличение <input type="checkbox"/> Гинекологическая система <input type="checkbox"/> Вы беременны? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Проводилось ли Вам кесарево сечение? Если да, то когда?				

уточните: .....

.....

.....

**В Заявление кандидата на страхование**

1. Заявляю, что все ответы являются верными, полными и предоставлены мной добровольно.
2. Ответы, указанные в данной декларации о состоянии здоровья и любая другая информация, предоставляемая страховщику, а также условия, принятые у данного страховщика, будут использоваться в качестве существенных условий данного страхового контракта, заключенного между Вами и страхователем, и будут представлять собой неотъемлемую часть такового.
3. Страхователь вправе принять решение о приеме или об отказе в приеме данного предложения, и он не будет обязан обосновывать свое решение. К Вашему сведению, страховой контракт начинает действовать только после того, как страхователь предоставит письменную справку о том, что застрахованный был принят в страховку, и после того, как первые страховые взносы будут полностью уплачены. Это условие полной уплаты первых страховых взносов не будет распространяться, если страхователь получит средство оплаты, посредством которого можно будет взимать страховые премии.
4. Информация, включенная в данный документ, является необходимой для Вашего присоединения к данным полисам, а также во всех других вопросах, связанных с данными полисами и с работой с таковыми. Компания, а также другие компании, относящиеся к группе "Харель" ("Харель Ашкаот бэБитуах вэШерутим Финансиим Лтд." и ее дочерние компании) и/или те из них, которыми данная информация будет использоваться, включая ее обработку, хранение и использование в любых целях, связанных с полисами и в других законных целях, и даже посредством передачи таковой третьим лицам, действующим от имени группы "Харель".
5. Отказывалась ли какая-либо страховая компания и/или отменяла Ваше предложение о страховании?  
 Нет  Да, уточните .....
6. **Отказ от соблюдения врачебной тайны:** я\мы, нижеподписавшийся\иеся, даю\ем свое разрешение больничной кассе и/или медицинским учреждениям таковой и/или ЦАХАЛу, а также всем врачам и/или психиатрам, другим медицинским учреждениям и больницам, Институту национального страхования и/или Министерству обороны и/или любым страховым компаниям и/или любым другим учреждениям и/или лицам, если это требуется для разъяснения прав и обязанностей в соответствии с данным полисом и/или для процесса изучения возможности моего приема в желаемую страховку, передавать компании "Харель" любую информацию, включая находящуюся в распоряжении компании, а также личные данные без исключений и таким образом, которым этого потребуют\ют проситель\и, относительно состояния моего \нашего здоровья и всех болезней, которыми я\мы болел\и в прошлом и/или болю\ем в настоящее время и/или тех, которыми я\ мы будем болеть в будущем, и я\ мы освобождаю\ем вас от обязанности соблюдения врачебной тайны, и отказываюсь\емся от этой тайны в отношении "просителя". Данный отказ является обязывающим для меня\ нас, нашего\их наследника\ов и моих\ наших законных представителя\ей, а также всех, кто заменит меня\ нас. Данный отказ будет распространяться и на моих\ наших несовершеннолетних детей.

Данный бланк декларации о состоянии здоровья был подписан кандидатом на страхование после того, как ему была разъяснена суть такового на понятном ему языке.

Дата ..... Подпись кандидата на страхование  ..... Подпись свидетеля  .....