

ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ПОЛИЦА / МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА CARE4U

Информация за кандидата за застраховката						
Фамилия	Име	Номер на паспорт	Пол	Дата на раждане	Височина	Тегло
			М/Ж			

За по-голямо удобство, следващите въпроси са формулирани в мъжки род, но те се отнасят еднакво и за жените. Моля, отбележете с "X" в съответната клетка. Ако отговорите с ДА на някой въпрос, моля пояснете по-подробно.

Страдате ли или страдали ли сте от някое от следните болести или състояния:		ДА	НЕ	Общи въпроси		ДА	НЕ
1	Нервна система - световъртеж, главоболие, епизоди на припадък, парализа, епилепсия, нарушения на паметта, загуба на чувствителност, дегенеративни заболявания, мозъчен кръвоизлив, мозъчно-съдов инцидент, загуба на равновесие, болест на Алцхаймер, болест на Паркинсон, умствена слабост, деменция, множествена склероза, психични заболявания.			1	Болен ли сте в момента или страдали ли сте от някакво заболяване през последните пет години, и знаете ли за някакво влошаване на здравето ви или нужда от операция?		
2	Дихателни пътища - астма, туберкулоза, пневмония, бронхит, емфизем, хемоптиза, повтарящи се инфекции на дихателните пътища или гърдите? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.			2	В момента приемате ли лекарства или приемали ли сте в миналото?		
3	Някакво заболяване на сърцето и кръвоносните съдове, включително: нарушения на сърдечния ритъм, нарушения на сърдечната клапа, сърдечно-съдово заболяване.			3	Някога били ли сте хоспитализиран? Ако отговорът е "Да", моля посочете кога, причината и лечението, което сте получили.		
4	Високо кръвно налягане: включително болки в краката при ходене, разширени вени, проблеми с кръвообращението, стеснени артерии. Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.			4	Употребявате ли алкохол? Ако отговорът е "Да", моля посочете какви питиета и колко често.		
5	Храносмилателна система - Пептична болест (пептична язва или язва на дванадесетопръстника), киселини, инфекциозни заболявания на червата, кръвоизливи в храносмилателната система, хемороиди, анални проблеми, проблеми с черния дроб или заболяване на черния дроб, жълтеница, камъни в жлъчката, инфекции на панкреаса? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.			5	Пушите ли? Ако отговорът е "Да", моля, посочете по колко цигари пушите на ден. Приемате ли или приемали ли сте наркотици?		
6	Херния, включително в слабините, диафрагмата, коремната стена или пълна херния, хирургически белег, бедрено разкъсване, варикоцеле. Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.			6	Правили ли са ви някакви лабораторни тестове, като кръв, урина и/или каквито и да било медицински изследвания, включително ЕКГ, рентгенова снимка (на гърдите, храносмилателната система, бъбреците, костите, гръбначния стълб и др.), сканиране, компютърна томография (КТ), ядрено-магнитен резонанс. Ако отговорът е "Да", моля посочете причината, датата и резултата.		
7	Бъбреци и инфекции на пикочните пътища, включително и камъни в бъбреците, пикочните пътища, кръв / протеин / захар в урината, киста на бъбрека, проблеми простатата. Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.			7	Претърпявали ли сте инцидент или операция? Ако отговорът е "Да", моля посочете кога и типа операция или инцидент.		
8	Ставни и костни проблеми, включително артрит, подагра, болки в гърба/шията/гръбначния стълб, диск/рамо/коляно /глезен/други съвместни изкълчвания (дискова херния), костни заболявания. Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.			8	Имате ли или страдали ли сте от пълна или частична нетрудоспособност? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.		
9	Проблеми с метаболизма и имунната система, включително диабет, проблеми с щитовидната жлеза, надбъбречните жлези, хипофизната жлеза или други жлези, хиперлипидемия, болест на кръвта или съсирване, анемия? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.			9	Имате ли увреждания? Ако отговорът е "Да", каква степен?		
10	Злокачествени заболявания (рак), включително злокачествени или премалигнени тумори, или премалигнени заболявания, СПИН / носител на СПИН? (Ако отговорът е "Да", моля посочете типа, датата и начина на лечение).			10	Използвате ли някакъв вид помощен медицински апаратс?		
11	Кожни болести и болести, предавани по полов път: Херпес, сифилис, кожни образувания, брадавици, СПИН, про блеми с репродуктивните органи. Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.			11	Отслабнали ли сте през последните шест месеца? Ако отговорът е "Да", моля посочете.		
12	Очни заболявания, включително катаракта, кривоогледство, слепота, проблеми с роговицата или ретикулума, нарушения в зрението, астигматизъм, глаукома. Носите ли очила? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.			12	Страдате ли или страдали ли сте от някакъв тип инфекциозно заболяване?		
13	Инфекции на гърлото включително повтарящи се инфекции на ушите или гърлото, риносинусит, проблеми със слуха, сънна апнея, хъркане? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.			13	Знаете ли за някой здравен дефект, какъвто и да е тип (включително вроден дефект), който не е споменат в този формуляр? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.		
				14	Били ли сте диагностицирани като пациент с автоимунно заболяване (включително лупус)? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.		
				15	Страдате ли от някакво хронично заболяване - активно или пасивно? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.		
				16	Чакате ли да получите някакво медицинско лечение, включително операция или хоспитализация? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.		
				17	Носител ли сте на ХИВ антигена и/или вирус или жълтеница? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.		
				18	Гинекологични заболявания, отнася се само за жени:		
				A	Бременна ли сте? (Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно и посочете брой фетуси).		
				B	Страдате ли или страдали ли сте от гинекологични заболявания, като например: нередовна менструация, проблеми с плодovitостта, кървене, бучки в гърдите, матка, яйчници, отклонения в резултатите на гинекологични тестове (като ПАП) или други гинекологични проблеми?		
				C	Имате ли заболяване на гърдата или бучки на гърдата?		
				D	Брой предишни бременности?		
				E	Страдали ли сте от проблеми в минали или настоящи бременности? Ако отговорът е "Да", моля пояснете по-подробно.		
				F	Извършвано ли ви е Цезарово сечение?		
				G	Колко деца имате (включително и от предишни бракове)?		
				H	Кога за последен път сте ходили на преглед при гинеколог?		

Моля, представете подробна информация за всички въпроси, на които сте отговорили с "Да":

Декларирам, че цялата информация, която съм предоставил в здравната декларация е точна и пълна. Ако се окаже, че информацията, която имам, е неточна или непълна, Ayalon ще бъде освободена от отговорност в съответствие с разпоредбите на Закона за застрахователния договор.

ПИСМЕНО ОТКАЗВАНЕ ОТ ЛЕКАРСКА ТАЙНА

Аз долуподписаният, предоставям съгласието си на здравната каса и/или на нейните лечебни заведения и/или клонове, както и на всички лекари, медицински заведения и други болници и/или на всякакви други застрахователни компании и/или на всяка институция и/или всяка друга страна, за да представи на Ayalon Insurance Company Ltd (наричана по-нататък "заявител") всички подробности, без изключение и по заявения начин, по отношение на здравословното състояние и/или някакво заболяване, от което съм страдал в миналото и/или от което в момента страдам и/или от което може да страдам в бъдеще и аз ги освобождавам от задължението за поддържане на лекарската тайна и освобождавам "заявителят" от това задължение. Този отказ от поверителност се отнася за мен, моите законни представители и за която и да е страна, която може да ги замени.

ДЕКЛАРАЦИЯ НА КАНДИДАТА ЗА ЗАСТРАХОВКАТА

- С настоящото декларирам, съгласявам се и се ангажирам, както следва: (1) Всички отговори са точни, пълни и са предоставени доброволно. (2) Отговорите, посочени в здравната декларация и всяка друга информация, предоставена на застрахователя, заедно с общите условия на застрахователя в това отношение ще представлява основно условие на застрахователния договор между мен и застрахователя и ще бъде неразделна част от застрахователния договор. (3) Застрахователят е свободен да реши дали да приеме или да отхвърли тази молба, без да се налага да обоснове решението си. Наясно съм, че застрахователният договор ще влезе в сила само след като застрахователят издаде писмено потвърждение за приемане на застраховката и след като е платена първата премия в пълен размер.
- Наясно съм, че в съответствие с тази полица застрахователят ще бъде освободен от предоставяне на всяка услуга във връзка с всеки дефект, дефект по рождение, включително всяко медицинско състояние и/или медицински феномен и/или заболяване, независимо дали е лекувано или не и/или неговите последици, преки или косвени, които се случват и/или се влошават поради здравословното състояние, които са съществували преди началото на застраховката, при спазване на разпоредбите на Наредбата за чуждестранни работници, които се отнасят до покритието по полицата Care4U.

СПОРАЗУМЕНИЕ ЗА ПРИЕМАНЕ НА СПЕЦИАЛНИ УСЛОВИЯ


Съгласен съм със закупуването на застрахователно покритие:

- С допълнителна премия поради медицински състояния, при условие, че тя не надвишава 75%.
- С изключение, че застрахователят няма да покрие което и да е съществуващо увреждане и/или здравословни проблеми на кандидата за застраховка и техните последици.

ДЕКЛАРАЦИЯ НА ДЪРЖАТЕЛЯ НА ПОЛИЦАТА

Доколкото ми е известно моята декларация е точна и аз не знам за никакви дефекти, малформации, наследствени заболявания и/или здравни състояния и/или медицински състояния и/или заболявания, независимо дали са лекувани или не и/или техните резултати пряко или непряко, настъпило и/или се е влошило, поради здравословно състояние, което е съществувало преди началото на застраховката и/или всяка друга информация, която би накарала застрахователя да откаже да осигури покритието по тази полица на застрахования, ако тази информация би била доведена до знанието на застрахователя.

Тази декларация е подписана от застрахования след като съдържанието ѝ е обяснено на неговия/нейния език, който той/тя разбира.

Подпис на работодателя / държателя на полицата	Име на работодателя / държателя на полицата	Дата на подписване	Подпис на работодателя / държателя на полицата
			
Подпис на застрахования	Име на кандидата за застраховката	Дата на подписване	Подпис на кандидата за застраховката
			