

ЗДРАВНА ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА МЕДИЦИНСКА ОСИГУРОВКА- ЧУЖДЕНЦИ В ИЗРАЕЛ

В следствие на предложение за приложената осигуровка, представляващо неразделна част от здравната декларация

С уважение до:

"Ариел" дружество за осигуряване ООД, клон застраховане на чужди работници/туристи
"Аба Халал3", ПК 1951, Рамат Ган 1802-521, факс: 7348083-03, Ел. адрес: 7930@harel-ins.co.il

A ДАННИ НА КАНДИДАТА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ

Паспорт №	Фамилно име	Лично име	Дата на раждане	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Н	
В здравната декларация трябва да се отговори на въпроси, отбелязани по-долу с: v, в колоната за верен отговор. В случай че отговорът на един от въпросите е положителен, трябва да се приложи актуализирано удостоверение от лекуващия лекар по декларирания проблем, резултатите от проверката, начина на лечение и актуалното положение.					
ОСНОВНИ ВЪПРОСИ				ДА	НЕ
1.	Дали през последните шест месеца се наблюдава спадане на телесното тегло с 6 кг или повече? В случай че да, обяснете причината.				
2.	<input type="checkbox"/> Ползвате ли наркотици? <input type="checkbox"/> Ползвате ли алкохол постоянно, алкохолни напитки (повече от 2 чаши на ден)?				
3.	Ясно проявяване на дадено явление или болест, която още не е приключила: Дали в продължение на последните 5 години се обърнахте и/или сега сте в период на медицински прегледи и/или следните диагнози, още не са приключили и още не е определена окончателна диагноза: катетъризация, диаграми, ехокардиография, MRI, СТ, ултрасаунд (който не е част от проследяване на обикновена бременост), биопсия, окултна кръвоизливи, колоноскопия, гастроскопия? (Ако има, нека се предаде удостоверение от грижещия се лекар с отношение към причината за изпълнението на прегледа, резултатите				
4.	Дали сте прекарвали операция или сте посъветвани да преминете операция за -5те последни години? Моля, уточнете.				
5.	Дали сте имали инцидент през последните 5 години? Уточнете кога и какво беше нарязването от инцидента.				
6.	Дали сте хоспитализиран/-а през повече от 3 дни през последните 5 години? Моля, уточнете причината за хоспитализация и полученото от Вас лечение.				
7.	Дали в продължение на последните 10 години Ви се е налагало или са Ви препоръчали постоянно ползване на медикаменти? Уточнете проблема, за който сте лекуван, какво е лечението и колко време приемахте медикамент?				
Уточнете диагнозата, по която сте лекуван, лечението, симптомите или разстройството, свързани с един или повече от специфичните проблеми, изброени по-долу:					
8.	<input type="checkbox"/> нервна система <input type="checkbox"/> инсулт <input type="checkbox"/> епилепсия <input type="checkbox"/> множествена склероза <input type="checkbox"/> паралич <input type="checkbox"/> слабост в крайниците <input type="checkbox"/> треперене <input type="checkbox"/> мускулна дистрофия или др. заболяване, св. с дистрофия <input type="checkbox"/> паркинсон; В случай на положителен отговор на един или повече от проблемите, трябва да се приложи актуализирано писмо от лекуващия невролог.				
9.	Душевно заболяване, диагностицирана от психолог, психиатър или семеен лекар?				
10.	Очи и зрение (да се отбележат очила, само ако номерът на диоптрите е над 7).				
11.	Система: <input type="checkbox"/> нос <input type="checkbox"/> уши <input type="checkbox"/> гърло				
12.	<input type="checkbox"/> Сърце <input type="checkbox"/> Кръвоносни съдове				
13.	<input type="checkbox"/> Болест на кръвта <input type="checkbox"/> Нарушения в кръвосъсирването				
14.	Хронични заболявания с препоръка за медикаментозно лечение/ диета в продължение на последните 10 години: <input type="checkbox"/> повишено кръвно налягане <input type="checkbox"/> диабет (вкл. диабет при бременни) <input type="checkbox"/> мазнини в повишено количество <input type="checkbox"/> друго хронично заболяване				
15.	Щитовидна жлеза				
16.	<input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Туберкулоза <input type="checkbox"/> Хронично възпаление на белите дробове <input type="checkbox"/> COPD (хронична обструктивна болест на белите дробове) <input type="checkbox"/> Пневмоторакс				
17.	<input type="checkbox"/> Стомах <input type="checkbox"/> Черва <input type="checkbox"/> Менструация <input type="checkbox"/> Жлъчка <input type="checkbox"/> Черен дроб <input type="checkbox"/> Хепатит <input type="checkbox"/> Хемороиди- преминали сте операция: <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да, на дата Дали проблемът се реши: <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да				
18.	<input type="checkbox"/> Херния: местоположение в стомаха: <input type="checkbox"/> в диафрагмата <input type="checkbox"/> пъпа <input type="checkbox"/> десни слабини <input type="checkbox"/> леви слабини; Провеждали ли сте лечение на стомаха? <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да, кога? Дата Дали проблемът е решен? <input type="checkbox"/> не <input type="checkbox"/> да				
19.	Спин и/или носител на спин (HIV)				
20.	Кожна туберкулоза				
21.	<input type="checkbox"/> Бъбреци <input type="checkbox"/> Пикочни пътища				
22.	<input type="checkbox"/> Гръб и гръбначен стълб <input type="checkbox"/> Колена <input type="checkbox"/> Фрактури <input type="checkbox"/> Стави				
23.	<input type="checkbox"/> Кожни тумори				
24.	<input type="checkbox"/> Сифилис <input type="checkbox"/> Херпес				
25.	Злокачествени тумори/ злокачествени заболявания (рак)				
26. За жени (от 14 годишна възраст): <input type="checkbox"/> Гърди, вкл. увеличаване на бюста <input type="checkbox"/> геникологична система <input type="checkbox"/> Бременна ли сте? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не; Имали ли сте раждане с цезарово сечение? Ако да, кога?.....				

Уточнение:.....

В ДЕКЛАРАЦИЯ НА КАНДИДАТА ЗА ОСИГУРЯВАНЕ

1. С настоящето декларирам, че всички отговори са верни, пълни и дадени по свободната ми воля.
2. Подробните отговори в здравната декларация и всяка друга информация, след като се изпрати на осигурения, както и приетите условия от осигурения по този проблем, ще се ползват същностните условия на осигурителния договор и ще е неразделна част от него.
3. Осигуреният има право да вземе решение за приемане на предложение за осигуряване или предотвратяването му, без да е нужно да оправдава решението си. За Ваше сведение осигурителният договор влиза в сила, само след като осигуряващият си извади писмено удостоверение за приемане на осигурен за осигуряване и след като първите парични средства за осигуряване се изплатят в пълнота. Това условие за пълно заплащане на първите парични средства за осигуряване, няма да започне, ако от осигуреният не се получат средства за заплащане, дадени за удържането на осигурителната премия.
4. Информацията в този документ включва задължение за присъединяване към полици и към всяко друго дело, свързано с полици и грижата по тях. Дружеството и др. дружества от групата "Ариел") "Ариел" инвестиции за осигуряване и финансово обслужване ООД и нейните дъщерни дружества) и/или някой от името му ще го ползва, вкл. обработва, складира и използва по всяко дело, свързано с полици и за други легитимни цели, което е чрез превода на информация на трети страни, действащи от името и в интерес на група "Ариел".
5. Дали някакво застрахователно дружество отказа или отмени някога предложението Ви за здравно осигуряване?
 не да, Уточнете:
6. **Отменяне на медицинска тайна:** Аз /ние подписаният/-те по-долу подавам/-е позволение за болнична каса и/или за медицинските учреждения и/или на армията, както и на всички лекари и/или психиатри, на болничните заведения и други болници, на НОИ и/или на Министерство на отбраната, и/или на всяко осигурително дружество, и/или на всяко учреждение или друг фактор, с необходимо изискване за изясняване на правата и задълженията според полицата, и/или за нуждата от изяснителен процес за приемането на молбата ми в избрания осигурителен център, да изпратя на "Ариел" цялата информация на дружеството и всички данни без изключение, във форма, която ще се изиска от молещия/-ите, за здравното положение, за всяка моя болест в миналото и/или от която съм болен сега, и/или ще се разболея в бъдеще. Освобождавам ви от задължението за пазане на лекарска тайна и отменям "тайната" относно "молещия". Писменото отменяне задължава наследството/-та и липсата на законна сила и всеки, който ще дойде вместо мен/ нас. Тази писмена отмяна е валидна и за малолетното/-ните дете/деца.

Формулярът здравна декларация е подписан от кандидата за осигуряване, след като съдържанието на декларацията му се обясни на езика, разбиран от него.

Дата Подпис на кандидата за осигуряване Подпис на свидетел