



№ на полицата

Агент №

Здравна декларация за медицинска застраховка на чуждестранни граждани, пребиваващи в Израел

В съответствие с приложеното предложение за застраховка, представляващо неразделна част от Здравната декларация

Данни на кандидата за здравна застраховка

№ на паспорта	фамилия	име	Дата на раждане	Пол
				М / Ж

Въпросите, които следват, са зададени в мъжки род единствено с цел за удобство. Те се отнасят и за двата пола. Моля отбележете със знак "X" в съответната колонка. При всеки отговор "да", моля, обяснете подробно в полетата, предназначени за това.

Общи въпроси		Да	Не
А.	Болен ли сте в момента или боледували ли сте от каквато и да е болест през последните пет години? Моля, опишете от каква болест и кога сте боледували.		
Б.	Приемате ли в момента лекарства или бил ли сте в миналото подложен на медикаментозно лечение? Моля, избройте кои лекарства.		
В.	Бил ли сте хоспитализиран някога в болница или друго болнично заведение? Отбележете кога сте боли хоспитализиран, каква е била причината и какво лечение Ви е било приложено.		
Г.	Пиете ли алкохол?		
Д.	Ползвате ли наркотици в момента или ползвали ли сте в миналото?		
Е.	Правени ли са Ви през последните пет години лабораторни или каквито и да са други медицински изследвания? Опишете причината, датата и резултатите от изследванията. (В това число и резултатите, които не са в нормалните граници).		
Ж.	Прекарвал ли сте катастрофа или бил ли сте опериран? Моля, отбележете кога и опишете каква е същността на катастрофата/операцията.		
З.	Страдате ли от някакво хронично заболяване - активно или неактивно в към настоящия момент. Моля, опишете.		
И.	Бил ли сте диагностициран като страдащ от каквото и да е аутоимунно заболяване (в това число лупус). Моля, опишете.		
К.	Налага ли Ви се да ви бъде приложена каквато и да е медицинска терапия, в това число операция или хоспитализиране. Моля, опишете.		
Л.	Страдате ли в момента или страдали ли сте в миналото от каквото и да е инфекциозно заболяване. Моля, опишете.		
М.	Намаляло ли е теглото Ви през последните 6 месеца с 6 или повече килограма. Моля, опишете.		
Н.	Страдате ли от хронична умора или отпадналост? Моля, опишете.		
О.	Известни ли са Ви каквито и да са нарушения на здравословното Ви състояние (в това число вродени болести), които не са упоменати в настоящата декларация. Моля, опишете.		

Страдате ли в момента или страдал/а ли сте миналото от някоя от следните болести:		Да	Не
1.	Болести на нервната система и мозъка, парализа, световъртеж, епилепсия, нарушение на движенията, душевни заболявания. Моля, опишете.		
2.	Болести на дихателната система и белите дробове астма, туберкулоза, хронично възпаление на белите дробове ??? COPD ??? Моля, опишете.		
3.	Болести на сърцето и кръвоносните съдове от каквото и да е вид, високо кръвно налягане. Моля, опишете.		
4.	Болести на храносмилателната система, болести на черния дроб и жлъчката, херния, хемороиди. Моля, опишете.		
5.	Болести на бъбреците, пикочните пътища и диализата. Моля, опишете.		
6.	Болести на ставите и костите, болки в гърба и врата. Моля, опишете.		
7.	Болести на обмяната на веществата, диабет, заболяване на щитовидната жлеза, повишено съдържание на мазнини в кръвта, заболявания на кръвта и кръвосъсирването, анемия. Моля, опишете.		
8.	Рак (злокачествени заболявания), хронични заболявания, свързани с атрофия. Моля, опишете.		
9.	Кожно-венерически болести (например: сифилис, СПИН, незарастващи рани, различни видове херпес, различни видове израстъци по кожата. Моля, опишете.		
10.	Очни болести, болести на ушите, в това число увреден слух, болести гърлото и на носа, пластични операции. Моля, опишете.		
11.	Бил ли сте диагностициран като носител на антитела и/или като носител на вируса HIV или хепатит? Моля, опишете.		
12.	Да се попълни само от жени: А. Бременна ли сте в момента? Б. Женски болести: Нередовен цикъл, кръвоизливи, болести на гърдите, включително бучки в гърдите, матката, яйчниците, изследвания за ракови образувания, мамография?		

Подробности, отнасящи се до здравните въпроси, на които сте отговорили положително: _____

С настоящето декларирам, че всички данни, които дадох в настоящата здравна декларация, са верни и пълни. В случай, че отговорите или подробностите, които съм дал се окажат неверни или непълни, според закона за застрахователните договори компанията "Арал" се освобождава от всякакви задължения и отговорности спрямо мен.

Отказ от правото на медицинска тайна: Аз, долуподписаният, с този документ давам разрешение на Здравната каса и/или на медицинските й учреждения, както и на всички лекари, болнични заведения, болници и др., на всички застрахователни компании и други подобни институции да предават на Застрахователна компания Арел ООД, по-долу "Молителя", всяка, изисквана от нея информация, всички детайли без изключение и под формата, под която Молителя ги изисква, във връзка със здравословното ми състояние и/или всяко заболяване, от което съм боледувал в миналото и/или, от което боледувам в момента и/или, от което ще боледувам в бъдеще и с настоящия документ аз ги освобождавам от дълга за запазване на професионална медицинска тайна и се отказвам от правото си на медицинска тайна спрямо Молителя. Настоящият писмен отказ задължава мен, наследниците ми, законните ми пълномощници, както и всеки мой бъдещ заместник.

Декларация на кандидата за застраховка

1. С настоящето декларирам, задължавам се и се съгласявам че:
 - (1). На всички въпроси съм отговорил/а вярно, пълно и по собствена воля.
 - (2). Подробните отговори в здравната декларация и всяка друга информация, която е била предадена на застрахователната компания, в това число и условията, приети от застрахователната компания в тази връзка, ще послужат като основни условия в застрахователния договор между застрахованото лице и застрахователната компания и ще бъдат неделима част от него.
 - (3). Застрахованото лице има правото да приеме предложението или да го отхвърли, без да се задължава да оправдае решението си. Известно ми е, че настоящият застрахователен договор влиза в сила едва след като застрахователната компания издаде писмено потвърждение, че приема да застрахова кандидатът за застраховка и след пълното плащане на първите застрахователни вноски.
2. Отговорите и/или изложената информация ще бъдат стриктно съхранявани, съгласно изискванията на закона за защита на личността от 1981 г. и ще бъдат използвани единствено за застрахователни нужди.
3. Известно ми е, че:

Според тази полица, застрахователната компания се освобождава от отговорност при недъг, болест по рождение, в това число наследствени болести и/или здравословно състояние, и/или медицинско положение и/или болест, в това число и болести, за които е провеждано лечение и такива, за които не е, и/или последствия от тези болести, преки или косвени, които са причинили влошаване на здравословното състояние, такива, които са били налице преди влизане в сила на настоящата застраховка, всичко това в съответствие с определените условията в зависимост от избраната програма от формуляра за предложение за застраховка.
4. С настоящето декларирам, че нито една застрахователна компания не е отхвърляла молбата ми за здравна застраховка.

Моля, попълнете при полица от вида SAFE STAY/SAFE STAY+

Декларация на притежателя на полицата: Доколкото ми е известно, съдържанието на декларацията на кандидата за застраховка е вярно, и на последния не му е известно да страда от каквато и да е недъг, болест по рождение, в това число наследствени болести и/или здравословно състояние, и/или медицинско положение и/или болест, в това число и болести, за които е провеждано лечение и такива, за които не е, и/или последствия от тези болести, преки или косвени, които са причинили влошаване на здравословното състояние, такива, които са били налице преди влизане в сила на застраховката и/или каквато и да е друга информация, която е трябвало да доведе до знанието на застрахователя и застрахователя да не е докладвал според настоящата полица и е застраховал кандидата за застраховка.

Име

дата

Подпис и печат на работодателя

* Настоящото предложение е собственоръчно подписано от кандидата за застраховка, след като му бе обяснено на разбираем за него език.

дата

Подпис на кандидата за застраховка

Име на свидетеля на подписването

Подпис на свидетеля