

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



Харель –
страхование
и финансы

В соответствии со страховым предложением, прилагающимся к данному документу, представляющим собой неотъемлемую часть декларации о состоянии здоровья

Кому:

Страховой компании «Харель Лтд.», отдел страхования иностранных рабочих\ туристов
Абба Гилель 3, п\я 1951, Рамат-Ган 5211802, факс: 03-7348083, 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 "✓" 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.					
Часть 1: общие вопросы				Да	Нет
1.	<input type="checkbox"/> Используете ли Вы или использовали ли Вы когда-нибудь наркотики? <input type="checkbox"/> Пьете ли Вы\ пили ли Вы регулярно алкогольные напитки (более двух стаканов в день)?				
2.	Направляли ли Вас в течение последних 5-ти 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, сканирование перфузии миокарда, эхокардиография, МРТ, КТ, ультразвуковое исследование (не в качестве части обычного обследования, выполняемого беременным), биопсия, скрытая кровь, колоноскопия или гастроскопия (если да, то нужно предоставить свидетельство от лечащего врача, где будет говориться о причине выполнения данной проверки, ее результатах и окончательном диагнозе).				
3.	Проводилась ли Вам в течение последних 5-ти лет операция или рекомендовали ли Вам пройти операцию? Пожалуйста, уточните.				
4.	Госпитализировали ли Вас в течение последних 5-ти лет? Пожалуйста, уточните причину госпитализации и полученное Вами лечение.				
5.	Принимаете ли Вы или рекомендовали ли Вам регулярно принимать лекарства в течение последних 10-ти лет? Пожалуйста, уточните, от чего Вас лечили, каким было лечение и как долго Вы принимаете данное лекарство?				
Часть 2: было ли у Вас диагностировано заболевание, симптом, нарушение, связанное с одной или с несколькими темами, указанными далее:					
1.	<input type="checkbox"/> Нервная система <input type="checkbox"/> Инсульт <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Рассеянный склероз <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.				
2.	Глаза и зрение (очки указывать только в случае, если линзы сильнее, чем на 7 диоптрий).				
3.	<input type="checkbox"/> Сердце <input type="checkbox"/> Кровеносные сосуды				
4.	Щитовидная железа				
5.	<input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Туберкулез <input type="checkbox"/> ХНЗЛ (хроническое необструктивное заболевание легких)				
6.	<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 о Геморрой – проводилась ли Вам операция: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да (дата) Была ли проблема решена? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
7.	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				
8.	Носитель ВИЧ и\или СПИДа				
9.	Волчанка				
10.	<input type="checkbox"/> Почки <input type="checkbox"/> Мочевыводящие пути				
11.	<input type="checkbox"/> Спина и позвоночник <input type="checkbox"/> Колени <input type="checkbox"/> Переломы костей <input type="checkbox"/> Суставы				
12.	<input type="checkbox"/> Кожные опухоли				
13.	<input type="checkbox"/> Сифилис				
14.	<input type="checkbox"/> Злокачественные опухоли <input type="checkbox"/> Онкологические заболевания (рак)				
15.	Для женщин: <input type="checkbox"/> Грудь <input type="checkbox"/> Гинекологическая система				

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 действовать, 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, нижеподписавшийся, даю свое разрешение больничной кассе и/или медицинским учреждениям таковой, а также всем врачам и/или психиатрам, другим медицинским учреждениям и больницам, и/или любым страховым компаниям и/или любым другим учреждениям и/или лицам, если это требуется для разьяснения 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 просители\и, относительно состояния моего здоровья и всех болезней, которыми я болел\а в прошлом и/или болею в настоящее время и/или тех, которыми я буду болеть в будущем, и я освобождаю вас от обязанности соблюдения врачебной тайны, и отказываюсь от этой тайны в отношении «просителя». Данный отказ является обязывающим для моих наследников и моих законных представителей, а также для всех, кто заменит меня.

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

Дата Подпись кандидата на страхование Подпись свидетеля