

Номер полиса

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПОЛИСА МЕДИЦИНСКОЙ СТРАХОВКИ CARE 4U

Данные застрахованного

Фамилия

Имя

№ паспорта

Дата рождения

Пол
Ж/М

Общие вопросы		Н	Д			Н	Д
1	Страдали ли Вы в настоящее время или страдали ли Вы какими-либо заболеваниями в течение последних пяти лет, или известна ли Вам о существовании какой-либо проблемы со здоровьем или необходимости операции? Опишите подробно, какая болезнь и когда				Страдаете ли вы или страдали ли Вы в прошлом какими-либо заболеваниями или явлениями, или страдали ли ими кто-либо из Ваших самых близких родственников?		
2	Получаете ли вы какое-либо медицинское лечение сейчас или получали ли Вы его в прошлом? Опишите, какие лекарства			1	Заболевания нервной системы и мозга: паралич, рассеянный склероз, головокружения, артриты, подагра, эпилептические припадки, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, моторные нарушения? Опишите подробно		
3	Были ли вы когда-нибудь госпитализированы в больницу или лечебном учреждении? Опишите, где и по какой причине и какое лечение Вы получали.			2	Заболевания дыхательной системы, астма, туберкулез, хроническая пневмония		
4	Пьете ли вы алкогольные напитки?			3	Сердечно-сосудистые заболевания любого типа, гипертония? Опишите подробно		
5	Курите ли Вы? Если да, то сколько сигарет в день. Пьете ли Вы алкогольные напитки и в каких количествах. Пользуетесь ли Вы или пользовались ли в прошлом наркотиками?			4	Заболевания пищеварительной системы, печени, ятулинит? Опишите подробно		
6	Проходили ли Вы когда-либо какое-нибудь лабораторное исследование и/или медицинское обследование в течение последних 5 лет? Опишите причину, дату и любой аномальный результат			5	Заболевания почек и мочеполовой системы. Опишите подробно		
7	Случалось ли Вам побывать в аварии или перенести операцию? Опишите дату и характер операции или аварии			6	Заболевания суставов и костей, переломы, боли в спине и шее. Опишите подробно		
8	Были ли у Вас более чем 3-дневные перерывы в работе на протяжении 2 последних лет?			7	Нарушения обмена веществ и заболевания иммунной системы, диабет, заболевания щитовидной железы, высокий уровень жиров в крови, заболевания крови и нарушения свертываемости крови, остеопороз, ятулинит, анемия? Опишите подробно		
9	Имеете ли Вы степень инвалидности?			8	Рак (Злокачественная опухоль), хронические дегенеративные заболевания? Опишите подробно		
10	Пользуетесь ли вы какими-либо медицинскими приспособлениями?			9	Кожно-венерические заболевания: сифилис, СПИД, трофические язвы		
				1	Глазные болезни, болезни ушей, включая нарушения слуха, заболевания горла? Опишите подробно		
				1	Только для женщин: А. Вы беременны? Б. Женские заболевания: нарушения менструации, грудные заболевания, включая грудные опухоли, заболевания матки, яичников, проверка с целью выявления раковых образований, маммография? Опишите подробно В. Количество детей (включая детей от предыдущих браков). Г. Число беременностей. Пожалуйста, укажите, были ли у Вас какие-либо проблемы во время беременности.		

Подробная информация к положительным ответам вопросника:

Настоящим декларирую, что вся информация, изложенная мной в декларации здоровья, является правильной и полной. Если любая часть представленной мной информации окажется неверной или неполной, компания «Аялон» освобождается от ответственности в соответствии с Законом о Страховых Договорах.

ОТКАЗ ОТ ПРАВА НА СОХРАНЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ

Я, нижеподписавшийся, настоящим уполномочиваю больничные кассы и/или любые другие медицинские учреждения и/или всех врачей, медицинские учреждения и другие больницы, и/или все страховые компании, и/или любые учреждения и/или прочие инстанции предоставлять страховой компании – «Просителю» - все данные без исключения и в той форме, которая будет требоваться Просителем, о состоянии моего здоровья и/или о любом заболевании, которым я болел в прошлом и/или которым я болею в настоящее время и буду болеть в будущем, и я настоящим освобождаю вас от вашего обязательства хранить медицинскую тайну и отказываюсь от права на хранение медицинской тайны в пользу Просителя. Настоящее письмо является обязательным для меня, моего имущества и моих адвокатов и любого, кто выступает вместо меня.

Имя застрахованного: _____ Номер паспорта: _____

Подпись застрахованного: _____ Дата: _____

Имя свидетеля подписи: _____ Номер удостоверения личности: _____

Подпись свидетеля: _____ Дата: _____

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО

1. Настоящим декларирую, выражаю согласие и обязуюсь следующим образом:

- (1) Все ответы являются верными, полными и даны мной по доброй воле
- (2) Ответы в декларации здоровья и другая информация, предоставленная Страхователю, и все условия, согласованные со Страхователем для данной цели, являются основным условием страхового договора между мной и Страхователем, и представляют собой неотъемлемую часть страхового договора.
- (3) Страхователь имеет право принять решение о принятии или отклонении предложения, без необходимости как-либо мотивировать свое решение. Я знаю, что страховой договор вступает в силу только после того, как Страхователь выдаст письменное подтверждение моей пригодности для страхования и после того, как первый страховой взнос будет полностью оплачен.

2. Мне известно, что:

В соответствии с полисом, страховая компания освобождается от предоставления услуг в отношении дефекта, врожденного заболевания, включая состояние здоровья и/или медицинское явление и/или медицинское заболевание, как лечимое, так и нет, или в отношении их результатов, как прямых, так и косвенных, или ухудшения состояния в связи с моим состоянием здоровья, которое было до даты начала страховки, все в соответствии с вышеуказанным в Положении об Иностранцах Рабочих.

3. Настоящим декларирую, что ни одна страховая компания не отклонила мое предложение по медицинскому страхованию.

ДЕКЛАРАЦИЯ ВЛАДЕЛЬЦА ПОЛИСА

Насколько мне известно, декларация застрахованного верна, и мне неизвестны какие-либо дефекты и врожденные заболевания, включая генетические заболевания и/или состояние здоровья и/или медицинский феномен и/или болезнь, как лечимую, так и нет, и/или их результаты, как прямые, так и косвенные, или ухудшения состояния в связи с состоянием здоровья, которое было до даты начала страховки, и/или другую информацию, доведение коей до сведения Страхователя привела бы к тому, что Страхователь не включил бы застрахованного в данный полис и не застраховал бы его.

Данная декларация была подписана застрахованным после того, как ему было объяснено ее содержание на том языке, который он понимает.

Подпись работодателя: _____

Имя работодателя: _____ Подпись и печать работодателя: _____ Дата подписания: _____

Подпись застрахованного: _____

Имя застрахованного: _____ Подпись и печать работодателя: _____ Дата подписания: _____