

Oferta Ubezpieczenia i Deklaracja Stanu Zdrowia

77619	אריק רוזן	פרטי הסוכן
מספר סוכן	שם סוכן	

Dane właściciela polisy

Imię i Nazwisko	Nr. Id	Adres
-----------------	--------	-------

➤ Dane ubezpieczonego

		_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	○ M ○ Ż
Imię	Nazwisko	Numer paszportu	Data urodzenia	Płeć
Obywatelstwo	Polisa ubezpieczeniowa od daty	Data zakończenia polisy	Zajęcie w Izraelu	Data pierwszego przybycia do Izraela

Czy byłeś(aś) nieobecny w kraju na okres przekraczający jednorazowo 90 dni?		☐ Tak ☐ Nie
Jeśli tak, podaj przyczynę	Czy byłeś(aś) w przeszłości ubezpieczony(a)?	☐ Tak ☐ Nie
Tak / Nie W jakiej firmie?	Kiedy polisa ubezpieczeniowa wygaśa?	

Pytanie

1	Czy czujesz się zupełnie zdrowy(a) i byłeś(aś) w pełni zdolny do pracy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy?	☐ Tak	☐ Nie
2	Czy kiedykolwiek byłeś(aś) leczony(a) w szpitalu lub w zakładzie?(jakim,kiedy,przyczyna,zabiegi). Czy przechodziłeś(aś) operacje?	☐ Tak	☐ Nie
3	Czy byłeś(aś) badany (a) w przeciągu ostatnich dwóch lat przez jakiegokolwiek lekarza?	☐ Tak	☐ Nie
4	Czy jesteś pod obserwacją lekarską. Czy regularnie zażywasz leki?	☐ Tak	☐ Nie
5	Czy radzono tobie przejść operację? Czy potrzebujesz operacji?	☐ Tak	☐ Nie
6	Czy byłeś(aś) ranny(a)? Czy jesteś w jakimkolwiek stopniu niepełnosprawny(a). Jeśli tak, to jaki jest twój procent niepełnosprawności i jaka jest jej przyczyna?	☐ Tak	☐ Nie
7	Czy składałeś(aś) podanie o odszkodowanie z powodu niepełnosprawności lub dostajesz rentę lub odszkodowanie z powodu utraty możliwości wykonywania pracy ?	☐ Tak	☐ Nie
8	Czy byłeś(aś) poddawany(a) badaniom lekarskim takim jak: EKG, rentgen, (klatki piersiowej, układu pokarmowego, kości itd), skanowanie, (ultra) sonografia, cewnikowanie, badanie CT, badania krwi, morfologia krwi, badanie moczu, badanie na krew utajoną.(Podaj powód, datę i wyniki badań które wypadły nieprawidłowo.) Podaj datę, oraz nazwisko i adres lekarza.	☐ Tak	☐ Nie
9	Czy palisz? Jeśli tak, ile papierosów dziennie?	☐ Tak	☐ Nie
10	Czy zażywasz/zażywałeś(aś) narkotyki?. Jeśli tak, podaj szczegóły. Czy pijasz/pijałeś(aś) napoje alkoholowe? Jeśli tak: _____ tygodniowo?	☐ Tak	☐ Nie
11	Czy cierpisz, ciepiełeś(aś) na:	☐ Tak	☐ Nie
a	Wadę wrodzoną? Chorobę dziedziczną lub inwalidztwo? Schorzenia systemu nerwowego i mózgu, włączając: bóle i zawroty głowy?	☐ Tak	☐ Nie
b	Schorzenia dróg oddechowych włączając: przewlekły kaszel, powracające zapalenia, astmę	☐ Tak	☐ Nie
c	Schorzenia serca, krwi i układu krwionośnego włączając: nadciśnienie, zaburzenia w układzie krążenia, bóle klatki piersiowej.	☐ Tak	☐ Nie
d	Schorzenia układu pokarmowego, wątroby, woreczka żółciowego, trzustki, włączając: bóle brzucha, zaburzenia trawienia.	☐ Tak	☐ Nie
e	Schorzenia nerek i układu moczowego, prostaty. Choroby skóry i weneryczne.	☐ Tak	☐ Nie
f	Schorzenia przemiany materii, schorzenia gruczołów, włączając: powiększenie gruczołów, nadmiar lipidów, podagra, przewlekłe stany gorączkowe, choroby krwi i krzepnięcia, anemię, alergię, schorzenia tarczycy.	☐ Tak	☐ Nie

g	Schorzenia stawów i kości, układu kostnego i mięśni, włączając: bóle pleców i szyi, obrzęki, opuchlizny.	☐ Tak	☐ Nie
h	Ciężkie choroby włączając: raka (choroba nowotworowa), cukrzycę, zaburzenia psychiczne, niewydolność serca, schorzenia wątroby, nerek, zaburzenia układu immunologicznego, zaburzenia krzepliwości krwi, inne ciężkie choroby.	☐ Tak	☐ Nie
i	Schorzenia oczu, wady wzroku. Choroby laryngologiczne, zapalenia zatok, zaburzenia słuchu.	☐ Tak	☐ Nie
j	Bóle chroniczne organów wyżej nie wymienionych.	☐ Tak	☐ Nie
k	Przepuklina pachwinowa, brzuszna.	☐ Tak	☐ Nie
12	Choroby ginekologiczne, włączając: zaburzenia miesiączkowania, krwawienia, schorzenia macicy, jajników, choroby piersi włączając guzy piersi badania na wykrycie raka: memografia, badanie cytologiczne (szyjki macicy) Czy przechodziłaś cesarskie cięcie? Czy jesteś w ciąży?	☐ Tak	☐ Nie
13	Wzrost _____ Waga _____ Czy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy zmieniła się Twoja waga o więcej niż 5 kg.?	☐ Tak	☐ Nie

➤ **Jeśli jedna z odpowiedzi jest pozytywna, proszę wyszczególnić po angielsku**

	Wyszczególnienie do pytania Nr.	Wyszczególnienie do pytania Nr.
1. Nazwa choroby lub jej opis	1.	1.
2. Badania i zabiegi które przeszedłeś(aś) w związku z chorobą	2.	2.
3. Jeśli zażywasz leki, podaj rodzaj i ilość	3.	3.
4. Czy byłeś(aś) poddany(a) leczeniu szpitalnemu? Jak długo? W Izraelu czy za granicą?	4.	4.
5. Data początku choroby	5.	5.
6. Czy wyzdrowiałeś(aś)?	6.	6.

*******Jeśli nie ma miejsca – wyszczególnij na drugiej stronie kartki i na końcu podpisz się (po angielsku lub polsku)**

➤ **Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej**

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę aby kasa chorych i/lub placówki medyczne kasy chorych jak i wszystkie inne placówki medyczne, spitale i/lub każda firma ubezpieczeniowa i/lub każdy urząd podały firmie ubezpieczeniowej Phoenix zwanych dalej "Pytający", wszystkie dane medyczne, bez żadnych wyjątków dotyczące stanu mojego zdrowia, chorób na które chorowałem(am) i/lub na które choruję i/lub na które będę chorował(a). Dane te mają być przekazane w takiej formie o którą zwróci się "pytający". Niniejszym zwalnim wszystkie czynniki do których "pytający" zwróci się, z obowiązku utrzymywania tajemnicy lekarskiej i zrzekam się jej na rzecz "pytającego". Niniejsze orzeczenie obowiązuje mnie, moich spadkobierców jak również pełnomocników.prawnych i każdego, który mnie zastąpi. Swoim podpisem wyrażam zgodę na dodatki lub odstępstwa medyczne powstałe na skutek problemów zdrowotnych które zaczęły się przed ubezpieczeniem mnie ninejszą polisą. Jak również wyrażam zgodę na dodatki lekarskie do 50% i/lub wyłączenia medyczne związane z obecnym stanem zdrowia.

Date	Nazwisko ubezpieczonego	Świadek podpisu	 Podpis
------	-------------------------	-----------------	--