

Предложение страхования и декларация о состоянии здоровья

77619	אריק רוזן	פרטי הסוכן
מספר סוכן	שם סוכן	

Информация о владельце полиса		
Полное имя	Уд. личности	Адрес

Информация о застрахованном				
Имя	Фамилия	Номер паспорта	Дата рождения	Пол ☐ м ☐ ж
Гражданство	Дата начала страхования	Дата окончания страхования	Занятие в Израиле	Дата первого прибытия в Израиль
Отсутствовали ли вы в Израиле в период продолжительностью более 90 дней подряд? ☐ Да ☐ Нет				
По какой причине?		Были ли застрахованы в прошлом? ☐ Да ☐ Нет		
В какой компании?		Когда закончилось страхование?		

Health Declaration		
1	Чувствовали ли вы себя здоровым и полностью трудоспособным в течение последних 12 месяцев?	☐ Да ☐ Нет
2	Подвергались ли вы госпитализации в больнице или ином медицинском учреждении? (В каком учреждении, когда, причина, виды лечения). Перенесли ли вы операцию?	☐ Да ☐ Нет
3	Проходили ли вы какие-либо медицинские проверки в течение последних двух лет? (Укажите причину, результаты и методы лечения). Должны ли вы обращаться к врачу в настоящее время? Важно! Укажите даже незначительные, с вашей точки зрения, проблемы!!	☐ Да ☐ Нет
4	Находитесь ли вы под медицинским наблюдением? Принимаете ли вы лекарства постоянно?	☐ Да ☐ Нет
5	Рекомендовали ли вам пройти операцию? Требуется ли вам операция?	☐ Да ☐ Нет
6	Были ли у вас травмы? Есть ли у вас инвалидность любого рода? Если есть, то какой процент и какова причина инвалидности?	☐ Да ☐ Нет
7	Подавали ли вы просьбу / получаете ли вы пособие по инвалидности или компенсацию в связи с утратой трудоспособности?	☐ Да ☐ Нет
8	Проходили ли вы медицинские проверки, включая ЭКГ, рентгеновские снимки (грудной клетки, пищеварительной системы, костей и т.д.), сканирование, эхография, шунтирование, компьютерная томография, анализы крови, подсчет форменных элементов крови, анализы мочи, анализы кала на скрытую кровь? (Укажите причину, время и результаты, выходящие за рамки нормы) Укажите дату, имя врача и адрес.	☐ Да ☐ Нет
9	Курите ли вы? Если да, то сколько сигарет в день?	☐ Да ☐ Нет
10	Употребляете/ употребляли ли вы в прошлом наркотики? Если да, то укажите подробно. Употребляете/ употребляли ли вы в прошлом алкогольные напитки? Если да, то _____ в неделю?	☐ Да ☐ Нет
11	Вы страдаете или страдали следующими заболеваниями?	☐ Да ☐ Нет
a	Врожденные дефекты? Наследственное заболевание или инвалидность? Нервная система и мозг, включая головные боли, головокружение.	☐ Да ☐ Нет
b	Болезни органов дыхания, включая продолжительный кашель, повторяющиеся воспаления, астма, хронические заболевания легких.	☐ Да ☐ Нет
c	Болезни сердца, сосудистой системы и крови, включая повышенное давление, нарушения системы кровообращения, боли в области грудной клетки.	☐ Да ☐ Нет
d	Болезни системы пищеварения, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, включая боли в животе, нарушения пищеварения.	☐ Да ☐ Нет

e	Болезни почек и мочеполовых путей, предстательной железы. Кожные и венерические заболевания.	☐ Да	☐ Нет
f	Болезни обмена веществ, заболевания эндокринной системы, включая увеличение желез, повышенное содержание жиров в крови, ревматические заболевания (подагра), болезни, связанные с продолжительной высокой температурой, заболевания крови и тромбоз, анемия, аллергия, болезни желез, обеспечивающих защиту организма.	☐ Да	☐ Нет
g	Заболевания костей и суставов, болезни опорно-двигательного аппарата, включая боли в спине и в области шеи. Отечность в любом месте.	☐ Да	☐ Нет
h	Тяжелые заболевания, включая рак (злокачественная опухоль), диабет, психические расстройства, сердечную недостаточность, болезни почек, печени, нарушения иммунной системы, нарушения свертываемости крови и другие тяжелые болезни.	☐ Да	☐ Нет
i	Заболевания глаз, нарушения зрения. Болезни ушей, горла, носа, синусит, нарушения слуха.	☐ Да	☐ Нет
j	Хронические боли, которые не были указаны выше.	☐ Да	☐ Нет
k	Грыжа	☐ Да	☐ Нет
12	Женские болезни: нарушения менструального цикла, кровотечения, заболевания матки, яичников, болезни молочных желез, включая новообразования, проверки на наличие онкологических заболеваний, например, маммография, обследование шейки матки, были ли у вас роды путем кесарева сечения? Беременны ли вы?	☐ Да	☐ Нет
13	Рост _____ и вес _____ Имели ли место изменения веса более чем на 5 кг в течение последних 12 месяцев?	☐ Да	☐ Нет

➤ Если ответ "да", опишите более подробно на английском языке

	Описание для вопроса	Описание для вопроса
a. Название или описание заболевания.	a.	a.
б. Обследование или лечение, которые вы прошли в связи с заболеванием	б.	б.
в. Принимали ли лекарства, указать вид и количество	в.	в.
г. Были ли госпитализированы и как долго? В Израиле или за рубежом?	г.	г.
д. Дата начала заболевания	д.	д.
е. Выздоровели ли вы?	е.	е.

**** Если недостаточно места, пишите на обратной стороне листа и в конце поставьте свою подпись (на иврите или английском языке)**

➤ Отказ от сохранения врачебной тайны

Я, нижеподписавшийся, настоящим предоставляю право больничной кассе и/или медицинским учреждениям и всем другим медицинским организациям и больницам, и/или всем страховым компаниям, и/или всем учреждениям, и/или любым другим органам передавать компании и страховой компании "Феникс", именуемым ниже как "Проситель", любую информацию, без исключений, в той форме, в какой запросит Проситель, о моем состоянии здоровья и/или перенесенных мной болезнях, и/или имеющихся у меня в настоящее время заболеваниях, и/или о моих будущих болезнях. Настоящим я освобождаю вас от обязанности сохранения врачебной тайны и отказываюсь от такой конфиденциальности в отношении Просителя. Настоящий отказ от конфиденциальности носит обязательный характер для меня, моего наследника и законного представителя и любого представляющего меня лица. Я подтверждаю своей подписью дополнительные медицинские мероприятия или нарушения состояния здоровья, которые предшествовали моему присоединению к указанному выше страхованию. Своей подписью подтверждаю также медицинские надбавки в размере до 50% и/или превышение медицинских рамок в связи с существующим положением.

			
Дата	Имя застрахованного	Свидетель подписи	Подпись