

Cerere de asigurare și declarație de sănătate

77619	אריק רוזן	פרטי הסוכן
מספר סוכן	שם סוכן	

➤ **Detalii privind titularul poliței**

Nume complet	Nr. ID	Adresă
--------------	--------	--------

➤ **Detalii privind asiguratul**

				☐ M ☐ F
Prenume	Nume	Număr pașaport	Data nașterii	Sex
Naționalitate	Data de început a asigurării	Ultima zi a asigurării	Ocupația în țară	Data primei sosiri în Israel
Ați părăsit țara pentru peste 90 de zile consecutive?		☐ Da ☐ Nu	De ce?	
Ați mai încheiat asigurări în trecut?		☐ Da ☐ Nu	Da / La ce companie?	Când a expirat asigurarea?

➤ **Întrebare**

1	Vă considerați o persoană sănătoasă și ați fost în totalitate apt de muncă în ultimele 12 luni?	☐ Da	☐ Nu
2	Ați fost vreodată internat într-un spital sau ospiciu? (în care, când, motivul, tratamente) Ați fost supus unei operații chirurgicale?	☐ Da	☐ Nu
3	Ați fost examinat de un medic în ultimii doi ani? (specificați motivul, rezultatele și tratamentele). La ora actuală, trebuie să consultați un medic? Important! Dați amănunte, chiar dacă, din punctul dvs. de vedere sunt doar probleme minore!!	☐ Da	☐ Nu
4	Sunteți sub supraveghere medicală? Luați medicamente în mod regulat?	☐ Da	☐ Nu
5	Vi s-a recomandat o intervenție chirurgicală? Aveți nevoie de o intervenție chirurgicală?	☐ Da	☐ Nu
6	Ați fost rănit vreodată? Aveți vreo invaliditate/ handicap? Dacă Da - care este gradul de invaliditate și cauzele acesteia?	☐ Da	☐ Nu
7	Ați cerut/primiți plăți de compensare pentru invaliditatea dvs., cum ar fi ajutoare sau despăgubiri pentru incapacitatea de muncă?	☐ Da	☐ Nu
8	Ați fost supus unor teste medicale inclusiv: E.K.G., radiografii (ale toracelui, tractului digestiv, oaselor etc.), investigații imagistice, ecografii, angioplastii, tomografie computerizată - CT, analize de sânge sau globule, teste de urină, teste de cercetare a hemoragiilor oculare? (specificați motivul, durata și rezultatele anormale), precizați data, precum și numele și adresa medicului.	☐ Da	☐ Nu
9	Fumați? Dacă Da - câte țigări pe zi?	☐ Da	☐ Nu
10	Sunteți dependent de narcotice sau ați fost în trecut? Dacă Da - dați amănunte. Sunteți dependent de băuturi alcoolice sau ați fost în trecut? Dacă Da - ____ pe săptămână?	☐ Da	☐ Nu
11	Suferiți sau ați suferit de:	☐ Da	☐ Nu
a	Un defect congenital? O boală, invaliditate ereditar? Afecțiuni ale sistemului nervos, inclusiv dureri de cap, amețeli?	☐ Da	☐ Nu
b	Boli ale tractului respirator inclusiv tuse continuă, inflamații recurente, astm,	☐ Da	☐ Nu
c	Boli de inimă, afecțiuni ale vaselor de sânge și boli de sânge, inclusiv: tensiune crescută, afecțiuni ale circulației, dureri toracice.	☐ Da	☐ Nu
d	Afecțiuni ale tractului digestiv, ale vezicii biliare, boli de ficat, de pancreas, inclusiv: dureri abdominale, tulburări digestive.	☐ Da	☐ Nu
e	Boli de rinichi sau ale căilor urinare, afecțiuni ale prostatei. Afecțiuni dermatologice și boli cu transmitere sexuală.	☐ Da	☐ Nu
f	Boli metabolice, afecțiuni ale ganglionilor, inclusiv: ganglioni măriți, nivel crescut al grăsimilor din sânge, febră reumatică (gută), boli febrile cronice, boli de sânge și de coagulare, anemie, alergii, afecțiuni ale glandei tiroide.	☐ Da	☐ Nu

g	Boli ale articulațiilor și oaselor, sistemului osos și muscular, inclusiv: dureri de spate și de ceafă. Inflamări sau edeme în orice loc.	☐ Da	☐ Nu
h	Boli grave, inclusiv: cancer (malign), diabet, boli mintale, atac de cord, afecțiuni ale rinichilor, ficatului, deficiențe imunitare, boli de coagulare, alte boli grave	☐ Da	☐ Nu
i	Afecțiuni oculare, tulburări de vedere. Afecțiuni oto-rino-laringologice, afecțiuni ale sinusurilor, probleme de auz.	☐ Da	☐ Nu
j	Dureri cronice în diverse locuri, care nu au fost menționate până acum.	☐ Da	☐ Nu
k	Hernie abdominală.	☐ Da	☐ Nu
12	Afecțiuni ginecologice sau: Tulburări ale ciclului, sângerări, afecțiuni ale uterului, ovarelor, sânilor, noduli la sâni, teste pentru depistarea cancerului, precum: mamografii, testul Babeș – Papanicolau (col uterin). Ați născut prin cezariană? Sunteți însărcinată?	☐ Da	☐ Nu
13	Înălțime _____ și greutate ____ Ați suferit modificări de greutate mai mari de 12 kg în ultimele 5 luni?	☐ Da	☐ Nu

➤ Dacă un răspuns este Da, vă rugăm dați explicații în engleză

	Explicație la întrebarea Nr.	Explicație la întrebarea Nr.
1. Numele bolii sau descrierea	1.	1.
2. Teste și tratamente la care făcute datorită bolii.	2.	2.
3. Dacă luați medicamente, specificați tip și cantitate.	3.	3.
4. Ați fost internat în spital? Pentru cât timp? În Israel sau unde?	4.	4.
5. Data la care a început boala.	5.	5.
6. V-ați refăcut?	6.	6.

*** Dacă nu aveți spațiu suficient, vă rugăm notați explicațiile pe spatele paginii și semnați la finalul părții adăugate (în ebraică sau în engleză).

➤ Renunțare la confidențialitatea medicală

Subsemnatul, prin prezenta, autorizez fondul de sănătate și/sau instituțiile medicale ale acestuia, precum și alte instituții medicale sau spitale și/sau toate companiile de asigurări și/sau orice altă instituție și/sau orice altă parte să transmită către Phoenix Insurance Company Ltd., numite în cele ce urmează "Solicitant", fără nici o excepție și în forma cerută "Solicitant", toate detaliile referitoare la starea sănătății mele sau la bolile de care am suferit în trecut și/sau de care sufăr în prezent sau de care aș putea suferi în viitor și vă eliberez de obligația privind confidențialitatea medicală și renunț la această confidențialitate în favoarea "Solicitantului". Această declarație de renunțare mă obligă pe mine, moștenitorii și reprezentanții mei legali și pe oricine mă înlocuiește. Autorizez prin semnătura mea plăți suplimentare sau diferențe ca urmare a problemelor medicale, bolilor sau leziunilor prezente înainte de a încheia asigurarea de mai sus. Pe lângă aceasta, autorizez prin semnătura mea plăți suplimentare de până la 50% și/sau diferențe ca urmare a unei afecțiuni preexistente.

			
Data	Nume asigurat	Martor la semnătură	Semnătura