

План за застраховка и декларация за здравословно състояние

77619	אריק רוזן	פרטי הסוכן
מספר סוכן	שם סוכן	

➤ Данни за притежателя на полицата

Пълно име	паспорт No.	адрес
-----------	-------------	-------

➤ Данни за застрахования

				М Ж
Лично име	фамилно име	Паспорт No	дата на раждане	пол
националност	Начална дата на застраховката	последен ден на застраховката	професия в държавата	Дата на първото пристигане в Израел

Били ли сте извън страната за повече от 90 последователни дни?		☐ Да ☐ Не	Защо?
Били ли сте застраховани преди?	☐ Да ☐ Не	В коя компания?	Кога изтече срока на тази застраховка?

Въпрос

1	Считате ли се за здрав и били ли сте напълно в състояние да работите през последните 12 месеца?	☐ Да	☐ Не
2	Някога лежали ли сте в болница? (коя болница, кога, причина, лечение) Били ли сте оперирани?	☐ Да	☐ Не
3	Преглеждани ли сте от лекар през последните две години? (посочете причината). Желаете ли да отидете на лекар сега? Важно! Дори и ако според вас здравословните ви проблеми да са незначителни, посочете ги!!!	☐ Да	☐ Не
4	Под медицински контрол ли сте? Вземате ли редовно лекарства?	☐ Да	☐ Не
5	Препоръчвана ли ви е операция? Нуждаете ли се от операция?	☐ Да	☐ Не
6	Били ли сте сериозно наранявани? Имате ли някакъв недъг/увреждане? Ако да, имате ли процент на инвалидност?	☐ Да	☐ Не
7	Подавали ли сте молба за или получавате ли компенсации за инвалидност поради невъзможност да работите?	☐ Да	☐ Не
8	Правили ли са ви някога медицински изследвания, включително ЕКГ, рентгенови снимки, ехографски изследвания, ангиопластика, компютърна томография, изследвания на кръвта, изследвания на урината, анонимно изследване на кръвта? (посочете причината, кога, имало ли е резултати извън нормата), посочете датата, името и адреса на лекаря.	☐ Да	☐ Не
9	Пушите ли? Ако да – по колко цигари на ден?	☐ Да	☐ Не
10	Пристрастени ли сте към наркотици или били ли сте пристрастени преди? Ако да – посочете точно. Пристрастени ли сте към алкохол или били ли сте пристрастени преди? Ако да – по колко на седмица _____?	☐ Да	☐ Не
11	Страдате ли или страдали ли сте от:	☐ Да	☐ Не
a	Вродени дефекти? Наследствена болест или недъг? Нервни или мозъчни проблеми, включително: главоболие?	☐ Да	☐ Не
b	Болести на дихателния тракт, включително: постоянна кашлица, чести простуди, асма.	☐ Да	☐ Не
c	Болести на сърцето, на вените и на кръвта, включително: високо кръвно налягане, болки в гърдите.	☐ Да	☐ Не
d	Болести на храносмилателния тракт, черния дроб, жлъчния мехур, панкреаса, включително: болки в корема.	☐ Да	☐ Не
e	Болести на бъбреците или пикочните пътища, простатата. Кожни или венерически болести.	☐ Да	☐ Не
f	Болести на обмяната, болести на лимфните възли, включително: увеличени лимфни възли, високи нива на холестерола, ревматична треска (подагра), хронични болести на черния дроб, болести на кръвта и проблеми със съсирването, анемия, алергии, болести на щитовидната жлеза.	☐ Да	☐ Не

g	Болести на ставите, скелетната система и мускулите, включително: болки във врата и гърба. Отоци или подувания.	☐ Да	☐ Не
h	Тежки болести, включително: рак (болести с летален изход), диабет, умствени разстройства, сърдечен удар, бъбреци, черен дроб, имунна недостатъчност, проблеми със съсирването и други тежки болести.	☐ Да	☐ Не
i	Очни болести, проблеми с виждането. Болести на ушите, носа и гърлото, синусите, проблеми с чуването.	☐ Да	☐ Не
j	Хронични болки на места, които не са споменати досега.	☐ Да	☐ Не
k	Херния – в коремните слабини.	☐ Да	☐ Не
12	Женски болести, включително: разстройства на менструалния цикъл, проблеми с матката, яйчниците, гърдите, включително бучки. Раждали ли сте с цезарово сечение? Бременна ли сте?	☐ Да	☐ Не
13	Височина _____ и тегло ____ Променили ли сте си теглото с повече от 12 кг за последните 5 месеца?	☐ Да	☐ Не

➤ Ако някой от отговорите е “да”, моля обяснете на английски

	Обяснение на въпрос No.	Обяснение на въпрос No.
а. Име на болестта и описание	а.	а.
б. Изследвания и лечение, на които сте били подложени.	б.	б.
в. Ако взимате лекарства, посочете дозата.	в.	в.
г. Лежали ли сте в болница? В Израел или в чужбина?	г.	г.
д. Начална дата на болестта.	д.	д.
е. Възстановили ли сте се?	е.	е.

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

➤ Съгласие за предаване на данни за здравословно състояние

Аз, подписаният/ата по-долу, разрешавам на здравния фонд и на медицинските институции, а също и на застрахователни компании и на всяка друга трета страна да предават на застрахователна компания Phoenix Insurance Company Ltd., тук наречена "Заявител", без никакво изключение всички данни, засягащи здравословното ми състояние и болести, от които съм страдал/а страдам или ще страдам в бъдеще, и ви освобождавам от задължението да пазите в тайна данните за здравословното ми състояние от "Заявителя". Тази декларация за моето съгласие се отнася до мен, до моите наследници и до всеки друг, който би могъл да ме представлява.

			
Дата	Име на застрахования	Свидетел на подписа	Подпис