

ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Претендент на страховку должен подробно ответить на все вопросы Декларации о состоянии здоровья и отметить ответ “да” или “нет” в тексте анкеты. В случае положительного ответа (“да”) номер соответствующего вопроса должен быть указан в клеточке для положительного ответа, и данные о болезни и ее нынешней стадии должны быть приведены подробно.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

		Нет	Да
1.	Были ли вы когда-либо госпитализированы в больнице или клинике? (Какого типа, когда, причина). Приложите историю болезни и последнюю информацию.		
2.	Переносили ли вы когда-либо операцию или была ли она вам рекомендована? (Ответьте подробно).		
3.	Были ли у вас травмы? Есть ли у вас какие-либо ограничения трудоспособности? (Ответьте подробно).		
4.	Сдавали ли вы обычные анализы, такие как кровь, моча, ЭКГ? Были ли результаты в норме? (Ответьте подробно).		
5.	Проводили ли вам диагностические обследования, например, рентгеновские (грудной клетки, кишечника, почек, костей и т.д.), сканирование, категеризацию, компьютерную томографию (СТ), исследование радиоизотопами (MRI), УЗИ? (Укажите причину, дату и результаты).		
6.	Страдаете ли вы в данный момент каким-либо заболеванием, известно ли вам о какой-либо проблеме с вашим здоровьем и получали ли вы в прошлом и/или получаете сейчас какое-либо лечение или лекарства? (Опишите подробно, включая дозировку и продолжительность лечения)		
7.	Только для женщин – страдаете ли вы или страдали ли в прошлом от какого-либо гинекологического заболевания, например, нерегулярного менструального цикла, бесплодия, кровотечений, уплотнений в груди, заболевания матки и яичников, отклонений в результатах гинекологических обследований (таких как мазок PAP) или других женских болезней? Если да, ответьте подробно: Беременны ли вы? _____ Количество плодов? _____ Были ли у вас осложнения во время предыдущей/их беременности/ей? Если да, опишите _____ Было ли у вас кесарево сечение? _____		
8.	Были ли вы или являетесь ли вы частично или полностью нетрудоспособным/ой? (Ответьте подробно)		

ВОПРОСЫ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ПЕРЕНЕСЛИ ЛИ ВЫ ИЛИ БОЛЕЕТЕ СЕЙЧАС)

		Нет	Да
9.	Сердечно-сосудистые заболевания - А. Болезнь сердца, боль в груди, одышка, сердцебиение, стенокардия, инфаркт миокарда, аритмии, пороки сердечных клапанов, врожденные пороки сердца, заболевания миокарда и перикарда. Б. Гипертония В. Сосуды – боли в ногах при ходьбе, тромбы, варикозное расширение вен, нарушения кровообращения, сужение артерий (артериостеноз).		
10.	Нервная система – головокружение, головные боли, потеря сознания, паралич, судороги (эпилепсия), ишемический приступ, расстройства памяти, потеря чувствительности, дегенеративные заболевания, инсульт, кровоизлияние в мозг, тремор (дрожание), нарушения равновесия, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, нервное истощение, старческое слабоумие.		
11.	Психические расстройства – психическое заболевание, депрессия, шизофрения, беспокойство, суицидальные попытки.		
12.	Респираторная система – астма, хронический бронхит, эмфизема, туберкулез, кровохарканье, частые респираторные инфекции.		
13.	Пищеварительная система и печень – язва (желудка или двенадцатиперстной кишки), изжога, хроническое воспаление кишечника, кишечное кровотечение, геморрой, проблемы с прямой кишкой, хроническое заболевание печени, желтуха, камни в желчном пузыре, панкреатит, гепатит (вирусный или другого типа)		
14.	Почки и мочевыделительная система – камни в почках, нефрит, пороки мочевых путей, кровь или белок в моче, кисты почек, почечная недостаточность, болезни предстательной железы		
15.	Эндокринные (метаболические) расстройства – сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, надпочечников, кисты почек, болезни гипофиза и других желез, высокое содержание жиров в крови (холестерин, триглицериды).		
16.	Кожные и венерические болезни – сифилис, герпес, опухоли кожи, родимые пятна, мозоли и/или бесплодие.		
17.	Злокачественные опухоли (рак) и СПИД – злокачественные и предзлокачественные опухоли или СПИД, включая статус носителя ВИЧ (укажите тип, дату и тип лечения)		
18.	Суставы и кости – артрит, подагра, боль в спине и шее, выпадение диска позвоночника, заболевания плеча, колена, костей.		
19.	Глаза – катаракта, глаукома, косоглазие, слепота, заболевания сетчатки, роговицы, нарушения зрения, число диоптрий _____.		
20.	Ухо, горло, нос – частые воспаления горла или уха, синусит, нарушения слуха, пароксизмальное ночное диспноэ.		
21.	Грыжа – брюшинная, паховая, в месте хирургического шва, пупочная, диафрагмальная.		
22.	Другие заболевания и/или болезни, кроме перечисленных выше.		

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ПРОБЫ

Вопрос №	Подробные результаты

ДЕКЛАРАЦИЯ ПРЕТЕНДЕНТА НА СТРАХОВКУ

Я, нижеподписавшийся, претендент на страховку, прошу застраховать меня согласно данному предложению (далее – «Предложение»).

1. Мне известно, что:

- А. Страховая компания не будет нести ответственности и не оплатит какой бы то ни было иск, вытекающий прямо или косвенно из существующего заболевания, явления или болезни, имевших место до даты начала страхования или даты окончания предложения страховки, или даты подписания Декларации о состоянии здоровья, по наиболее поздней из них.
- Б. Я заявляю настоящим, что я принимаю и соглашаюсь со следующим:
Все ответы, данные мною в Предложении и/или Декларации о состоянии здоровья являются точными и полными, и я не скрыл от страховой компании никаких фактов, которые могли бы повлиять на ее решение о принятии Предложения о страховании. В случае предоставления неполной или неправильной информации страховое соглашение будет аннулировано как недействительное. Ответы, данные в Предложении, а также любая другая письменная информация, предоставленная мною страховой компании, равно как и условия, предложенные страховой компанией, служат основанием страхового соглашения между мною и страховой компанией и составляют его неотъемлемую часть.
- В. Я подтверждаю и выражаю настоящим свое согласие на то, что согласие или отказ принять данное Предложение производится на полное усмотрение страховой компании (которая имеет право принять решение о принятии или отклонении данного Предложения без предоставления каких-либо объяснений своего решения).
2. Разрешение на разглашение медицинской информации
- А. Я, нижеподписавшийся, разрешаю настоящим любому медицинскому учреждению, любой лаборатории, любой медицинской комиссии, а также любому из их сотрудников предоставлять медицинскую информацию страховой компании «Клаль» или «Арье» (далее: «Заявитель»).

- Б. Я даю настоящим свое разрешение следующим инстанциям – включая комиссию Института национального страхования, страховые компании, Министерство здравоохранения, региональный отдел здравоохранения, командование Армии Обороны Израиля, Министерство обороны, а также любое учреждение или организацию, не перечисленные выше – и все страховые компании, в которых я был застрахован ранее или в которых я застрахован в настоящее время, разглашать аппликанту или его доверенным лицам – вместе и индивидуально – любую информацию без исключения о состоянии моего здоровья и о любых заболеваниях, которыми я страдал в прошлом или страдаю в настоящее время, или буду страдать в будущем, данные о моем пребывании в госпитале или историю болезни в письменной форме, а также список врачей, к которым я обращался и/или дату моего вступления в организации по охране здоровья.
- В. Я поручаю и разрешаю всем страховым компаниям и/или другим организациям передать аппликанту любую информацию и/или документы и/или страховые полисы, требуемые в соответствии с вышеизложенным.
- Г. Я заявляю настоящим, что я не буду предьявлять никаких претензий или жалоб к вышеперечисленным организациям и компаниям в отношении разглашения вышеуказанной информации аппликанту или его доверенному лицу – вместе и индивидуально.
- Д. Настоящее заявление относится также к Закону о гарантии конфиденциальности 5741 – 1981, равно как и к любой медицинской и другой информации, хранящейся в базах данных учреждений, включая органы здравоохранения и/или врачей, работающих в них и/или их сотрудников и/или их доверенных лиц и/или вышеуказанных провайдеров медицинских услуг.
- Е. Настоящий отказ от конфиденциальности распространяется на меня, мое имущество и моих адвокатов, а также любое лицо и любого человека, действующего от моего имени.
- Ж. Настоящий отказ от конфиденциальности распространяется также на моих несовершеннолетних детей, чьи имена указаны, если они указаны в Предложении.

ПОДПИСЬ ПРЕТЕНДЕНТА НА СТРАХОВКУ

Дата _____ Имя претендента _____ Удличн.№ _____ Подпись _____