



Tel: 09-9518518 Fax: 09-9518519  
Email: info@mango.ms



Полис №

Страховой агент №

## ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ИНОСТРАНЦЕВ В ИЗРАИЛЕ

(на условиях приложенного Предложения о страховании здоровья, представляющего собой неотъемлемую часть данной Декларации о состоянии здоровья)

### Данные Кандидата на страхование

Паспорт №	Фамилия	Имя	Дата рождения	Пол М / Ж

Исключительно для удобства, все приведенные ниже вопросы сформулированы в мужском роде, но относятся также и к женщинам. Следует поставить знак X в соответствующем столбце. В случае ответа «да» на какойлибо вопрос просьба привести подробности в отведенном для этого месте.

Общие вопросы		Да	Нет
А	Болеете ли Вы или болели за последние 5 лет какимилибо болезнями? Укажите какими и когда		
Б	Принимаете ли Вы сейчас или принимали в прошлом какиелибо лекарства? Укажите какие		
В	Были ли Вы когданибудь госпитализированы в больнице или другом медучреждении? Укажите когда, причину госпитализации и полученное лечение		
Г	Употребляете ли Вы алкогольные напитки?		
Д	Употребляете ли Вы или употребляли ранее наркотики?		
Е	Проходили ли Вы какиелибо лабораторные обследования и/или медицинские осмотры за последние 5 лет? Укажите причину, сро ки и результаты (особенно отличающиеся от нормы результаты)		
Ж	Попадали ли Вы в ДТП или несчастный случай или были прооперированы? Укажите когда и основные черты происшествия или операции		
З	Имеются ли у Вас какиелибо хронические, активные и прочие заболевания? Укажите какие		
И	Был ли Вам поставлен диагноз какойлибо аутоиммунной болезни (в частности, волчанки)? Укажите какой		
К	Будете ли Вы в ближайшее время проходить какойлибо курс лечения, в том числе включающий операцию или госпитализацию? Укажите		
Л	Болеете ли Вы или болели раньше какимилибо инфекционными заболеваниями? Укажите какими		
М	Наблюдалась ли у Вас за последние полгода потеря веса на 6 и более кг? Укажите		
Н	Ощущаете ли Вы чувство слабости или хронической усталости? Укажите		
О	Известно ли Вам о какихлибо нарушениях в Вашем здоровье (включая врожденные дефекты), которые не указаны в этой декларации? Укажите		

Болеете ли Вы или болели раньше приведенными ниже заболеваниями или нарушениями:		Да	Нет
1.	Заболевания нервной системы и мозга, параличи, обмороки, эпилепсия, нарушения движения, психические нарушения? Укажите подробности		
2.	Заболевания дыхательных путей, астма, туберкулез, хроническое воспаление легких, кровохарканье, хроническое обструктивное заболевание легких, пневмоторакс? Укажите		
3.	Сердечнососудистые заболевания любого вида, гипертония? Укажите подробности		
4.	Заболевания органов пищеварения, заболевания печени, желчного пузыря, грыжа, геморрой? Укажите		
5.	Болезни почек, мочевых путей и диализ? Укажите		
6.	Заболевания костей и суставов, боли в спине и в шее? Укажите подробности		
7.	Заболевания обмена веществ, диабет, щитовидная железа, высокий уровень липидов в крови, болезни крови и свертываемости крови, анемия? Укажите подробности		
8.	Рак (злокачественное заболевание), хроническое дегенерирующее заболевание? Укажите детали		
9.	Кожновенерические заболевания: сифилис, СПИД, неза живающая ранка, все виды герпеса, все виды образований на коже? Укажите		
10.	Болезни глаз и органов слуха, включая нарушения слуха, болезни горла и носа, пластические операции? Укажите подробности		
11.	Являетесь ли Вы носителем антител и/или вируса ВИЧ или гепатита? Укажите		
12.	<b>Только для женщин:</b> А. Беременны ли Вы сейчас? Б. Гинекологические заболевания: нарушения месячных, кисты, кровотечение, болезни груди, включая уплотнения в груди, матка, яичники, проверки на выявление раковых опухолей маммография? Укажите		

В случае положительных ответов на приведенные вопросы, приведите подробности? \_\_\_\_\_

Я заявляю настоящим, что данные, сообщенные мною в Декларации о состоянии здоровья, являются правильными и полными. Если обнаружится, что сообщенные мною данные – неверны или неполны, компания «Харэль» будет освобождена от обязательств и ответственности по отношению ко мне в соответствии с Законом о договорах страхования.

**Отказ от обязанности хранить врачебную тайну:** Я, нижеподписавшийся, настоящим предоставляю право больничной кассе и/или ее учреждениям, а также всем врачам, медицинским учреждениям и другим больницам, и/или всем страховым компаниям, и/или любому другому учреждению или организации, передать страховой компании «Харэль» Лтд, далее в тексте «Проситель», таким образом, как потребует того Проситель, все без исключения сведения, относящиеся к моему состоянию здоровья и/или к любой болезни, которой я страдал в прошлом и/или которой страдаю в настоящем, и/или которой могу страдать в будущем, и я освобождаю их от обязанности хранить врачебную тайну и отказываюсь сам хранить эту тайну по отношению к Просителю. Настоящий отказ обязует меня, моих законных наследников и доверенных лиц и любое действующее вместо меня лицо.

### Декларация Кандидата на страхование

1. Я заявляю, даю согласие и обязуюсь настоящим, что:
  - (1). все ответы верны, полны и даны по моей доброй воле.
  - (2). все ответы, приведенные в данной Декларации о состоянии здоровья и вся прочая информация, сообщенная Страхователю, а также условия, принятые у Страхователя по этому вопросу, будут являться основополагающими условиями договора страхования между мной и Страхователем и будут являться его неотъемлемой частью.
  - (3). Страхователь имеет право решить, принять ему Предложение о страховании или отвергнуть его, не неся при этом обязанности объяснять свое решение. Мне известно, что договор страхования вступает в силу только после того, как Страхователь предоставит письменное подтверждение того, что он берется страховать застрахованного, и после того как первый страховой взнос будет выплачен полностью.
2. Ответы и/или информация, переданные мною Страхователю, будут храниться в информационной базе данных в соответствии с Законом об охране частной жизни от 1981 года и будут использоваться только для целей страхования.
3. Мне известно, что: Согласно этому полису компания освобождена от обязанности предоставлять услуги применительно к пороку, врожденному заболеванию, включая наследственные заболевания, и/или состоянию здоровья, и/или медицинским явлению и/или болезни, как с проведенным курсом лечения, так и без него, и/или их последствий, как прямых, так и косвенных, которые были вызваны и/или ухудшились вследствие такого состояния здоровья, который имел место до момента начала страхования, и при соблюдении условий страхования, указанных в программе, выбранной на бланке Предложения о страховании.
4. Я заявляю настоящим, что никакая страховая компания не отвергала мое Предложение о страховании здоровья.

### Заполняется только для страхового полиса типа Safe Stay \ Safe Stay +

**Декларация владельца страхового полиса:** Насколько мне известно, все, заявленное Кандидатом на страхование, соответствует истине, и ему неизвестен никакой порок, врожденное заболевание, включая наследственные заболевания, и/или состояние здоровья, и/или медицинское явление и/или болезнь, как с проведенным курсом лечения, так и без него, и/или их последствия, как прямые, так и косвенные, которые были вызваны и/или ухудшились вследствие такого состояния здоровья, которое имело место до момента начала страхования, и/или любая другая информация, которая могла бы быть доведена до сведения Страхователя, если бы Страхователь не был связан настоящим полисом и застраховал бы застрахованного.

\_\_\_\_\_

Фамилия

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

Подпись и печать работодателя

**\* Кандидат на страхование подписал настоящий бланк Предложения после того, как содержание бланка было разъяснено ему на понятном ему языке.**

\_\_\_\_\_

Дата

\_\_\_\_\_

Подпись Кандидата на страхование

\_\_\_\_\_

Фамилия свидетеля подписания

\_\_\_\_\_

Подпись свидетеля