

Заявление о состоянии здоровья
для медицинского страхования –
иностранцы в Израиле



В соответствии с заявлением на оформление страхования, прикрепленным к данному документу, представляющим собой неотъемлемую часть Заявления о состоянии здоровья.

Данный бланк предназначается как для мужчин, так и для женщин.

Пожалуйста, убедитесь в том, что вы заполнили данный бланк аккуратно и полностью

Выпуск 06.2025

Адресат:
Страховая компания «Харель Лтд.» - Отдел страхования иностранных работников\ туристов
Ул. Абба Гилель 3, п\я, 1951, Рамат-Ган 5211802, факс: 03-7348083, эл. почта: fax7930@harel-ins.co.il (Бланк предназначается для кандидата)

Form with sections:
A. Данные кандидата на присоединение к страховке (Personal data table)
Раздел А: Общие вопросы (General questions)
Раздел Б: были ли у вас диагностированы какие-либо заболевания, синдромы, расстройства, относящиеся к одной или нескольким из проблем, указанных ниже (Medical history section)

StudioHarel 4.7/50.24 06/2025



А Данные кандидата на присоединение к страховке

Раздел Б: были ли у вас диагностированы какие-либо заболевания, синдромы, расстройства, относящиеся к одной или нескольким из проблем, указанных ниже:		Да	Нет
5.	Метаболические заболевания: <input type="checkbox"/> Щитовидная железа <input type="checkbox"/> Лимфатические узлы <input type="checkbox"/> Слюнные железы <input type="checkbox"/> Потовые железы <input type="checkbox"/> Гипофиз <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Гипертензия <input type="checkbox"/> Высокий уровень жиров/холестерина, Другие метаболические заболевания\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
6.	Респираторная система: <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Туберкулёз <input type="checkbox"/> ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) <input type="checkbox"/> Сенная лихорадка <input type="checkbox"/> Рецидивирующие респираторные инфекции и одышка <input type="checkbox"/> Коллапс легкого (пневмоторакс) <input type="checkbox"/> Муковисцидоз Другие заболевания респираторной системы\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните		
7.	Пищеварительная система: <input type="checkbox"/> Язва (двенадцатиперстной кишки\ желудка) <input type="checkbox"/> Изжога <input type="checkbox"/> Болезнь Крона <input type="checkbox"/> Колит <input type="checkbox"/> Рефлюкс <input type="checkbox"/> Геморрой <input type="checkbox"/> Трещина\ фистула <input type="checkbox"/> Кишечная непроходимость <input type="checkbox"/> Заболевания поджелудочной железы\ инфекции <input type="checkbox"/> Пищевод <input type="checkbox"/> Желчный пузырь <input type="checkbox"/> Камни в желчном пузыре Другие заболевания пищеварительной системы\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
8.	Печень: <input type="checkbox"/> Желтуха <input type="checkbox"/> Гепатит В, С, D <input type="checkbox"/> Жировая болезнь печени <input type="checkbox"/> Цирроз, другие заболевания пищеварительной системы\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
9.	Грыжа: Расположение грыжи: диафрагмальная\ пупочная\ в правой части паха\ в левой части паха Выполнилась ли вам операция по удалению грыжи? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да, когда (дата)? Была ли решена проблема? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да		
10.	Почки и мочевыводящие пути: <input type="checkbox"/> Рецидивирующие инфекции <input type="checkbox"/> Камни в почках и мочевые камни <input type="checkbox"/> Кисты в почках <input type="checkbox"/> Аномалии мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> Почечная недостаточность и другие заболевания мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
11.	Суставы и кости: <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Подагра <input type="checkbox"/> Спина / Позвоночник <input type="checkbox"/> Суставы <input type="checkbox"/> Колени Заболевания\ проблемы других суставов и костей <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
12.	Болезни кожи и венерические заболевания: <input type="checkbox"/> Кожные опухоли <input type="checkbox"/> Повреждения кожи <input type="checkbox"/> Псориаз <input type="checkbox"/> Венерические заболевания <input type="checkbox"/> Сифилис Другие кожные и венерические заболевания\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
13.	Злокачественные опухоли\ заболевания (рак).		
14.	Для женщин: <input type="checkbox"/> Грудь (включая увеличение груди) <input type="checkbox"/> Гинекологическая система, заболевания\ другие женские проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Если ответ «да», пожалуйста, уточните: <input type="checkbox"/> Вы беременны? <input type="checkbox"/> Выполнилось ли вам кесарево сечение? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, укажите, когда		
15.	Для мужчин: <input type="checkbox"/> Проблемы с простатой <input type="checkbox"/> Варикоцеле/ Гидроцеле Другие мужские заболевания\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
16.	Психические болезни: Психические заболевания, которые были диагностированы психологом, психиатром или семейным врачом.		
17.	Заболевания уха, горла и носа: <input type="checkbox"/> Синдром ночного апноэ <input type="checkbox"/> Полипы в носу <input type="checkbox"/> Синусит Другие заболевания уха, горла и носа\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		

Пожалуйста, предоставьте подробную информацию:

Б Подробная информация, касающаяся предыдущих страховых полисов

Вы когда-нибудь были застрахованы в компании «Харель», либо в другой страховой компании? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да				
Если да, укажите компанию и номер полиса\ членский номер поставщика услуг здравоохранения:				
Страховой период Начиная с	До	Название компании	Номер полиса	Членский номер

В Агент, действующий по доверенности

Я разрешаю своему страховому агенту, действующему в отношении данного полиса, г-ну\ г-же _____ заниматься любыми вопросами, касающимися такового, включая, но не ограничиваясь процессом присоединения к данному полису, процедурами андеррайтинга, обновления или расширения такового на дополнительные периоды, подачи исков, внесения изменений и других действий, касающихся данного полиса и так далее, от моего имени и вместо меня. Это включает в себя передачу любой корреспонденции и/или документов, связанных с вышеупомянутыми вопросами, компании «Харель» и получения таковых от компании «Харель». Я предоставляю свое согласие на то, чтобы страховой агент действовал в качестве лица, которому я делегировал право действовать в отношении любых вопросов, касающихся данного полиса, а также разрешил передавать страховому агентству всю подробную информацию, передачи которой он потребует, в любых действиях, касающихся данного полиса, включая данные других полисов, которые существуют у меня в компании «Харель», и которые не обязательно являются такими полисами, в отношении которых страховой агент, которому я предоставляю данную доверенность в соответствии с этим соглашением, является агентом, занимающимся данными вопросами.		
Дата	Имя	Подпись застрахованного

К вашему сведению, копии корреспонденции и/или документов, касающихся данного иска, будут в любом случае отсылаться вашему страховому агенту, занимающемуся вопросами, связанными с данным полисом.

Г Заявление кандидата на присоединение к страховке

- Я, нижеподписавшийся, прошу страховую компанию «Харель Лтд.» (далее: «Страховщика\ Компанию\ «Харель») застраховать меня на основании сказанного в данном предложении.
 - Конфиденциальность:** страховая компания «Харель Лтд.» а также «Харель Пенсия вз-Гемель Лтд.» [«Харель»] собирают информацию в целях прикрепления к продуктам, предоставления услуг, эксплуатации и управления жизненным циклом продуктов; работы с исками, платежами и процессами; управления и улучшения бизнес-деятельности и услуг, предоставляемых компанией «Харель»; выполнения указаний закона; компания может подбирать и предлагать продукты и услуги на основании индивидуальных характеристик, а также в других законных целях. Обычно передача информации не является обязательной в соответствии с законом, но решение не передавать информацию приведет к тому, что мы не сможем изучить вашу просьбу и предоставить услуги. Данная информация будет передана страховому агенту (если он есть) для обработки просьб и всего, что связано с управлением и работой с продуктами и услугами, а также всего, что касается поставщиков и других третьих лиц, имеющих право на получение таковой в связи с данными целями. Дополнительный список находится в разделе «Политика конфиденциальности» на сайте компании «Харель»; он включает в себя и контактные данные лица, ответственного за защиту конфиденциальности в компании «Харель»; информацию о праве на изучение и исправление, а также об удалении из списка прямой почтовой рассылки – для изучения этих данных пройдите по ссылке: <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.
 - Я заявляю, что все ответы являются верными и полными, и что они были предоставлены мной добровольно.
 - Все ответы, приведенные в Заявлении о состоянии здоровья, и любая другая информация, предоставленная Компании, так же, как обычные условия Компании, касающиеся данного вопроса, будут представлять собой фундаментальные условия страхового контракта, заключенного между вами и Компанией, и будут являться неотъемлемой частью такового.
- Бенефициары в случае смерти**
Вы можете назначить бенефициаров, используя бланк «Приложение для уточнения\ Изменения бенефициаров в случае смерти». Если бенефициары не будут назначены, данные суммы будут выплачены законным наследникам в соответствии с законом, а также в соответствии с правилами наследования или с официально утвержденным завещанием.
- Процедура присоединения:** Компании разрешается решать, принять или отвергнуть данное предложение. Знайте, что страховой контракт вступит в силу только после того, как Компания выпустит письменное подтверждение присоединения данного кандидата к страховке. Если дальнейшая обработка потребует прояснения условий, андеррайтинга и присоединения к страховке, полис не будет выпущен для кандидата на присоединение к страховке, и не войдет в силу, пока не будет завершено проведение процедур для данного кандидата на присоединение.
- Я разрешаю своему страховому агенту, занимающемуся данным полисом, данные которого приведены в начале этого предложения, подавать в компанию «Харель» и получать от таковой от моего имени и вместо меня все уведомления и/или документы, касающиеся процесса андеррайтинга, а также процесса присоединения к данному полису.
 - Я согласен с тем, чтобы страховой полис, относящийся к страховым планам, запрошенным в данном предложении, был передан мне посредством агента, данные которого приведены в начале такового.
 - Если вы хотите получить данный полис и/или информацию в рамках процедуры андеррайтинга, а также процедуры присоединения к данному полису напрямую, вы можете связаться с компанией «Харель» в любое время, позвонив по тел. (*2735).
- Я подтверждаю, что получил необходимую информацию в отношении страхования, включающую в себя, как минимум, описание главных элементов покрытия, страховые премии, период страхования, основную страховую сумму и основные ограничения ответственности, а также данные, касающиеся наличия у меня возможности получения полной информации о таковых.

6. Рассылка рекламных материалов

а. Уведомление о получении рекламных материалов компании:

Переданные вами данные будут использованы в целях рассылки рекламных материалов компании посредством электронной почты, системы автоматического набора или текстовых сообщений. Вы можете отказаться в любое время, перейдя по ссылке: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB; unsubscribe1@harel-ins.co.il>, позвонив по номеру: *2735; или отсканировав QR-код:



б. Согласие на получение дополнительных рекламных материалов:

☐ В дополнение к рекламным материалам, которые компания вправе присылать мне в соответствии с предоставленным мне выше уведомлением, я хочу получать также рекламу услуг и продуктов от всех компаний, относящихся к группе «Харель», их деловых партнеров и третьих лиц посредством электронной почты, систем автоматического набора или текстовых сообщений.

*Группа «Харель» – компания «Харель Ашкаот бз-Битуах вз-Ширутум Финансиим Лтд.» и ее дочерние компании.

Внимание! Если вы не поставите значок «х» в этом квадратике, это не будет считаться отказом от получения рекламных материалов компании (как указано в пункте а. выше) и не отменяет предоставленного ранее согласия. Вы можете отозвать свое согласие в любое время.

- Отказывала ли вам когда-нибудь какая-либо страховая компания или отменяла ли она ваше заявление в отношении страхования здоровья?

☐ Нет ☐ Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:

- Отказ от врачебной тайны:** Я, нижеподписавшийся, предоставляю свое разрешение медицинской страховой компании и/или ее медицинским организациям, так же как и любым врачам и/или психиатрам, медицинским учреждениям и другим больницам, и/или моей страховой компании и/или любым другим организациям и учреждениям, в мере, в которой это является необходимым для разъяснения прав и обязательств в соответствии со страховым полисом и/или в целях процедуры рассмотрения вопроса моего присоединения к страховке, к которой я желаю присоединиться, передавать компании «Харель» данные, включая любую информацию, находящуюся в распоряжении компании, и подробности без исключений и в форме, в которой этого требует запрашивающая(ие) сторона(ы), касающуюся состояния моего здоровья, любых заболеваний, от которых я страдал в прошлом и/или страдаю в настоящее время и/или буду страдать в будущем, и я освобождаю вас от обязанности соблюдения врачебной тайны и отказываюсь от таковой в пользу «Запрашивающей стороны». Данный письменный отказ является обязывающим для моей законно-правовой земельной собственности и для моих законных представителей так же, как для любых иных лиц, которые заменят меня.

Данный кандидат на присоединение к страховке подписал это заявление о состоянии здоровья после того, как им было получено объяснение содержания такового, на языке, которым он свободно владеет.

Дата

Подпись кандидата на присоединение к страховке

Подпись свидетеля