

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 Гильель 3, п\я, 1951, Рамат-Ган 5211802, факс: 03-7348083, эл. почта: fax7930@harel-ins.co.il (Бланк предназначен для кандидата)

A Данные кандидата на присоединение к страховке

№ паспорта	Фамилия	Имя	Дата рождения	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
------------	---------	-----	---------------	--

В заявлении о состоянии вашего здоровья вы должны ответить на следующие вопросы, поставив «галочку» в столбце с правильным ответом. Если ответ на какой-либо из вопросов является положительным, вы должны приложить действительную справку от лечащего врача в отношении данной проблемы, результаты проверок; указать метод лечения и ваше текущее состояние.

Раздел A: Общие вопросы

1. Рост в см Вес в кг.:	Да	Нет
2. <input type="checkbox"/> Принимаете ли вы или принимали ли вы наркотики? <input type="checkbox"/> Вы регулярно употребляете или употребляли алкоголь? Пожалуйста, укажите количество потребляемого алкоголя: стаканов в день.		
3. В течение последних 10-ти лет направляли ли вас на одну из следующих проверок (не в качестве части проведения рутинных проверок) и вам до сих пор не был поставлен окончательный диагноз, такую как хроническое заболевание, катетеризация, картирование кости, эхокардиография, МРТ, КТ, ультразвуковое исследование (не в качестве части рутинных проверок, выполняемых беременным), биопсия, скрытая кровь, колоноскопия или гастроскопия, автоиммунные заболевания, включая волчанку (если ответ – «да», пожалуйста, предоставьте справку от лечащего врача с указанием причины выполнения данной проверки, результаты проведенной проверки и окончательный диагноз).		
4. Направили ли вас сейчас или направляли в течение последних 10-ти лет на проведение операции или трансплантации: Пожалуйста, опишите детально:		
5. Были ли вы госпитализированы в течение последних 10-ти лет? Пожалуйста, опишите детально причину госпитализации и полученное вами лечение.		
6. В течение последних 10-ти лет принимали ли вы или было ли вам рекомендовано постоянно принимать лекарства? Пожалуйста, опишите детально проблему, которая требовала лечения\ требует лечения, а также в течение какого периода вы принимали данное лекарство?		
7. Были ли у вас диагностированы какие-либо аллергии? Пожалуйста, опишите детально: Пожалуйста, опишите детально:		

Раздел Б: были ли у вас диагностированы какие-либо заболевания, синдромы, расстройства, относящиеся к одной или нескольким из проблем, указанных ниже:

1. <input type="checkbox"/> Нервная система <input type="checkbox"/> Кровоизлияние в мозг (инфаркт) <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Рассеянный склероз <input type="checkbox"/> Мышечная дистрофия или другое атрофическое заболевание <input type="checkbox"/> Повторяющееся головокружение <input type="checkbox"/> Головные боли <input type="checkbox"/> Нарушения равновесия <input type="checkbox"/> Обмороки <input type="checkbox"/> Синдром Паркинсона <input type="checkbox"/> Болезнь Альцгеймера <input type="checkbox"/> Тремор <input type="checkbox"/> Умственная отсталость <input type="checkbox"/> Аутизм <input type="checkbox"/> Синдром Дауна <input type="checkbox"/> Церебральный паралич <input type="checkbox"/> Полиомиелит (детский паралич) <input type="checkbox"/> Болезнь Гоше <input type="checkbox"/> Потеря чувствительности (онемение) <input type="checkbox"/> Расстройства концентрации внимания <input type="checkbox"/> Мигрень Обращались ли вы к врачу с жалобами, касающимися ухудшения памяти (деменция) <input type="checkbox"/> СПИДа <input type="checkbox"/> Носительства ВИЧ <input type="checkbox"/> Волчанки?		
2. Глаза и зрение: <input type="checkbox"/> Катаракта <input type="checkbox"/> Проблемы, связанные с сетчаткой и роговицей <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Воспаления глаз <input type="checkbox"/> Косоглазие <input type="checkbox"/> Слепота Другие болезни глаз\ проблемы: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните		
3. Сердце: <input type="checkbox"/> Нарушения сердечного ритма <input type="checkbox"/> Болезни сердца <input type="checkbox"/> Сердечная недостаточность <input type="checkbox"/> Сердечный приступ <input type="checkbox"/> Врожденный порок сердца <input type="checkbox"/> Катетеризация <input type="checkbox"/> Болезни клапанов сердца, другие болезни, связанные с сердцем\ проблемы: <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните:		
4. Кровеносные сосуды: <input type="checkbox"/> Варикозные вены (на ногах) <input type="checkbox"/> Сонная артерия (шейная артерия) <input type="checkbox"/> Нарушения коагуляции <input type="checkbox"/> Заболевание крови ТГВ (тромбоз) <input type="checkbox"/> ЗПС (заболевания периферических сосудов), другие заболевания сосудов\ проблемы <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да. Если ответ «да», пожалуйста, уточните		



dt33539

A 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"/> Туберкулэс <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 Выполнялась 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"/> Выполнялось 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 полисовВы когда-нибудь были застрахованы в компании «Харель», либо в другой страховой компании? Нет 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, подачей 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 страховской 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 страховской 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 отсыльаться вашему страховому агенту, занимающемуся вопросами, связанными с данным полисом.

Заявление кандидата на присоединение к страховке

1. Я, нижеподписавшийся, прошу страховую компанию «Харель Лтд.» (далее: «Страховщик\ Компанию\ «Харель») застраховать меня на основании сказанного в данном предложении.

(а) **Конфиденциальность:** страховая компания «Харель Лтд.» а также «Харель Пенсия вэ-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>.

(б) Я заявляю, что все ответы являются верными и полными, и что они были предоставлены мной добровольно.

(в) Все ответы, приведенные в Заявлении о состоянии здоровья, и любая другая информация, предоставленная Компанией, 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.

2. 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.

3. Процедура присоединения: Компания разрешается решать, принять или отвергнуть данное предложение.

Знайте, что страховской 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.

4. (а) 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.

(б) Я согласен с тем, чтобы страховую полис, относящийся к страховым планам, запрошенным в данном предложении, был передан мне посредством агента, данные которого приведены в начале такового.

(в) 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).

5. 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

a. 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/QMUYBS>; 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 присыпать 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 Ашкот бэ-Битуха вэ-Ширугим Финансим Лтд.» и ее дочерние компании.

Внимание! Если вы не поставите значок «x» 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.

7. 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:

8. 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