

**ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ, ПРИЛАГАЕМАЯ К ПОЛИСЕ  
В РАМКАХ ПРОГРАММЫ "CARE4U" / МЕДИКАЛЬ ИНШУРЕНС**

**ФИО претендента на страховой полис**

Фамилия	Имя	Номер паспорта	Пол	Дата рождения	Рос	Вес
			М/Ж			

**Просим Вас проставить X в соответствующей графе.**

**В тех случаях, где Вы помечаете ответ "да", пожалуйста, предоставьте подробную информацию в соответствующих строках ниже..**

		Д	Н			Д	Н
	<b>Страдаете ли Вы или страдали в прошлом следующими заболеваниями, характерны ли для Вас какие-либо из следующих явлений?</b>				<b>Общие вопросы</b>		
1	Нервная система – головокружение, головные боли, потеря сознания, паралич, эпилепсия, провалы в памяти, потеря ощущений, дегенеративные заболевания, кровоизлияние в мозг, инсульт, потеря равновесия, болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, старческая немощь, деменция, рассеянный склероз, психическое расстройство.			1	Страдаете ли Вы каким-либо заболеванием в настоящий момент? Болели ли Вы чем-либо за последние пять лет? Известно ли Вам о каком-либо ухудшении Вашего состояния здоровья или о необходимости оперативного вмешательства? Если да, назовите заболевания и когда они начались.		
2	Дыхательные пути – астма, туберкулез, пневмония, бронхит, эмфизема, кровохарканье, рецидивирующие инфекции дыхательных путей или грудной клетки. Если да, уточните.			2	Принимаете ли Вы какие-либо лекарства в настоящий момент/принимали ли Вы какие-либо лекарства ранее? Если да, укажите их наименования.		
3	Сердечно-сосудистые заболевания, включая: нарушение сердечного ритма, нарушения функций сердечного клапана, сердечная недостаточность..			3	Были ли Вы когда-либо госпитализированы? Если да, назовите когда это произошло, причину госпитализации и лечение, предоставленное Вам.		
4	Высокое артериальное давление: включая боли в ногах во время ходьбы, варикозное расширение вен, нарушения кровообращения, артериальный стеноз. Если да, уточните.			4	Употребляете ли Вы алкогольные напитки? Если да, укажите их название и как часто это происходит.		
5	Пищеварительная система – кишечные расстройства (язва желудка или двенадцатиперстной кишки), изжога, инфекционные заболевания кишечника, кровотечение из органов пищеварительного тракта, геморрой, нарушение функций заднепроходного канала, нарушение функций печени или заболевания печени, желтуха, камни в желчном пузыре, нарушение функций поджелудочной железы. Если да, уточните.			5	Курите ли Вы? Если да, укажите количество сигарет в день. Принимаете ли Вы/принимали ли Вы ранее наркотики?		
6	Грыжа, включая в паху, диафрагме, брюшной стенке, пупочную грыжу, послеоперационный шрам, бедренную грыжу, <u>варикозное расширение вен семенного канатика</u> . Если да, уточните.			6	Проходили ли Вы каких-либо лабораторные обследования, например, анализ крови, мочи и/или какие-либо обследования как ЭКГ, рентген (грудной клетки, пищеварительного аппарата, почек, костей, позвоночника и т. п.), сканогамма, компьютерная томография (КТ/"СТ"), магнитно-резонансная томография (МРТ/"MRI"). Если да, укажите причину, дату и результаты обследования.		
7	Инфекции почек и мочевыводящих путей, включая камни в почках, мочевыводящих путях, кровь/протеин/сахар в моче, киста почки, нарушение функций предстательной железы. Если да, уточните.			7	Попали ли Вы в аварию? Перенесли ли Вы операцию? Если да, укажите, когда, где и разновидность операции или аварии.		
8	Заболевания костей и суставов, включая артрит, подагру, боли в спине/шее/позвоночнике, в плечах, в коленях, в голеностопных суставах, грыжа межпозвоночного диска, и другие заболевания суставов или костей. Если да, уточните.			8	Была ли у Вас когда-либо полная или частичная потеря трудоспособности? Если да, опишите подробнее.		
9	Нарушения обмена веществ и функций иммунной системы, включая диабет, нарушение функций гипофиза, щитовидной железы, надпочечной железы и других желез, гиперлипемии, заболевания крови или тромбоэмболическую болезнь, анемию. Если да, уточните.			9	Назначена ли Вам степень инвалидности? Если да, сколько процентов?		
10	Злокачественные заболевания (рак), включая злокачественные/ предраковые новообразования или предраковые заболевания. Болеете ли Вы СПИДом / являетесь бессимптомным носителем СПИДа? (Если да, кажите форму, дату и метод лечения).			10	Пользуетесь ли Вы какой-либо вспомогательной медицинской аппаратурой?		
11	Кожные и венерические заболевания: герпес, сифилис, новообразования на коже, бородавки, СПИД, нарушение функций репродуктивных органов. Если да, уточните.			11	Теряли ли Вы в весе в течение последних шести месяцев? Если да, уточните.		
12	Глазные заболевания, включая катаракту, косоглазие, слепоту, нарушение функций роговицы или сетки, нарушения зрения, астигматизм, глаукому. Носите ли Вы очки? Если да, уточните.			12	Страдаете ли Вы, либо страдали ранее, каким-либо инфекционным заболеванием?		
13	Заболевания горла, включая рецидивирующие инфекции в горле или в ушах, синусит, проблемы со слухом, синдром апноэ во время сна, храп. Если да, уточните.			13	Известно ли Вам о каком-либо нарушении здоровья, включая врожденный порок развития, не включённом в данную анкету? Если да, опишите подробно		
				14	Выявлено ли у Вас аутоиммунное заболевание (включая волчанку)? Если да, опишите подробно.		
				15	Страдаете ли Вы каким-либо хроническим заболеванием – в скрытой или активной форме? Если да, укажите.		
				16	Ожидаете ли Вы какого-либо медицинского лечения, включая хирургическую операцию и/или госпитализацию? Если да, опишите подробнее.		
				17	Являетесь ли Вы носителем АТ ВИЧ и/или вируса иммунодефицита или желтухи? Если да, опишите подробнее.		
				18	<b>Гинекологические заболевания (графа, предназначенная только для женщин):</b>		
				A	Беременны ли Вы (Если да, уточните и укажите количество зародышей).		
				B	Страдаете ли Вы, либо страдали ранее, гинекологическими заболеваниями, как, например: нерегулярная менструация, бесплодие, кровотечение, опухоль молочной железы, матки, яичников? Наблюдались ли у Вас патологические результаты гинекологических анализов или какие-либо другие проблемы? Если да, уточните.		
				C	Страдаете ли Вы каким-либо заболеванием молочной железы? Есть ли у вас опухоль молочной железы?		
				D	Сколько беременностей у Вас было?		
				E	Наблюдались ли у Вас какие-либо патологии прежних беременностей или настоящей беременности? Если да, уточните.		
				F	Были ли у Вас роды посредством кесарева сечения?		
				G	Сколько у Вас детей (включая предыдущие браки)?		
				H	Когда Вы в последний раз наблюдались у гинеколога?		

Пожалуйста, опишите подробно ответы на все вопросы, где вы поставили вариант "Да":

Настоящим заявляю, что вся информация, предоставленная мной в данной декларации о состоянии здоровья, является достоверной и полной. Если станет известно, что информация, переданная мной, недостоверная или не полная, компания Аялон будет освобождена от ответственности в соответствии с положениями Закона о договорах страхования.

#### Отказ от права на сохранение врачебной тайны

Я, нижеподписавшийся, настоящим даю свое согласие фонду здравоохранения и/или его медицинским учреждениям и/или отделам, а также всем врачам, медицинским учреждениям и другим больницам и/или любым другим страховым компаниям и/или любому учреждению, и/или любой другой стороне, передать Страховой компании Аялон Лтд (далее: "Заявитель") любую информацию без исключения в необходимом порядке в отношении моего состояния здоровья и/или любого заболевания, которым я переболел/а в прошлом или от которого страдаю в настоящее время, и/или могу заболеть в будущем и настоящим освобождаю их от необходимости сохранения врачебной тайны и отказываюсь от таковой обязанности перед лицом Заявителя. Настоящий отказ от права на сохранение тайны налагает обязательства на меня, на моих юридических представителей и на любую сторону, которая может заменить их.

#### Декларация Претендента на страховой полис

1. Настоящим заявляю, выражаю свое согласие и принимаю на себя обязательство в следующем: (1) все предоставленные мной ответы точны, полны и были переданы добровольно. (2) Ответы, указанные в настоящей декларации, и любая другая информация, переданная страховщику, совместно с регулярными условиями страховщика в этом отношении составляют основополагающее условие договора о страховании между мной и страховщиком и являются неотъемлемой частью договора о страховании. (3) Страховщик вправе решить, принять ли данную заявку или отклонить её и не обязан обосновывать свое решение. Мне известно, что договор о страховании входит в силу только после того, как страховщик выдаст письменное подтверждение страхового полиса и после полной выплаты первой премии.
2. Мне известно, что в соответствии с данным полисом, страховщик освобождается от предоставления любых услуг, связанных с каким-либо увечьем, врожденным пороком, любыми медицинскими показаниями и/или медицинскими явлениями и/или заболеваниями, в связи с которыми мне предоставляется или не предоставляется лечение, и/или их последствиями, прямыми или косвенными, происходящими из-за состояния моего здоровья до подписания страхового полиса и/или из-за которых состояние моего здоровья ухудшается в настоящий момент, в соответствии с положениями Указа об иностранных рабочих, имеющими отношение к покрытию в рамках программы страхования Care4U.

#### СОГЛАСИЕ НА ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ДОСТУПА

Я согласен/согласна приобрести страховое обеспечение:

- с дополнительной премией по состоянию здоровья, при условии что она не превышает 75%.
- с условием, что страховщик не обязан покрывать какую-либо существующую инвалидность/ ограничения состояния здоровья претендента на страховой полис, а также любые последствия и осложнения таковых.

#### ДЕКЛАРАЦИЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА

Насколько мне известно, информация в моей декларации достоверна и мне не известно ни о каких увечьях, врожденных пороках, наследственных заболеваниях и/или ни о каких медицинских показаниях и/или заболеваниях, в связи с которыми мне предоставляется или не предоставляется лечение, и/или их последствиями, прямыми или косвенными, происходящими из-за состояния моего здоровья до подписания страхового полиса и/или из-за которых состояние моего здоровья ухудшается в настоящий момент, и/или любой другой информации, вследствие которой страховщик может отказаться от предоставления покрытия в рамках данного полиса застрахованному лицу, если эта информация будет донесена до сведения страховщика.

**Настоящая декларация подписана застрахованным лицом после того, как её содержание было полностью разъяснена ему/ей на доступном ему/ей языке.**

Подпись работодателя/держателя полиса	Имя работодателя/ держателя полиса	Дата подписи	Подпись работодателя/ держателя полиса
Подпись застрахованного лица	Имя заявителя на страховой полис	Дата подписи	Подпись заявителя на страховой полис