

სამედიცინო დაზღვევის ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაცია - უცხოელი მუშები ისრაელში

სადაზღვევო წინადადების შესაბამისად, თან ერთვის ამ დოკუმენტს, და წარმოადგენს ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციის განუყოფელ ნაწილს



ვის:

სადაზღვევო კომპანიას “ჰარელ ლტდ”, უცხოელი მუშების \ ტურისტების დაზღვევის დეპარტამენტი

აბა ჰილელ 3, ს/ყ 1951, რამატ- განი 5211802, ფაქსი: 03-7348083, ელ. ფოსტა: fax7930@harel- ins.co.il

A სადაზღვევო კანდიდატის პირადი მონაცემები					
უცხოური პასპორტის ნომერი	გვარი	სახელი	დაბადების თარიღი 	სქესი <input type="checkbox"/> კ <input type="checkbox"/> ქ	
ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციის კითხვებზე პასუხის გაცემისას ვთხოვთ შესაბამისი პასუხის გვერდით დაუსვით ნიშანი «✓». თუ დასმულ კითხვებზე ერთი ან მეტი პასუხი დადებითია, თან უნდა ერთვოდეს დაკავშირებული პრობლემის შესახებ განახლებული ცნობა მკურნალი ექიმისაგან, ანალიზების შედეგები, და მკურნალობის დახასიათება..					
ნაწილი ა) : საერთო შეკითხვები				დაიხ	არა
1.	<input type="checkbox"/> თუ იყენებთ ან იყენებდით ოდესმე ნარკოტიკებს ? <input type="checkbox"/> თუ სვამთ ან სვამდით რეგულარულად ალკოჰოლურ სასმელებს (დღეში ორ ჭიქაზე მეტი)?				
2.	ბოლო 5 წლის მანძილზე ხომ არ ჰქონიათ მიმართვა და/ან ეხლა ხომ არ იმყოფებით შემდეგი საექიმო და/ან დიაგნოსტიკის შემოწმების პროცესებში. რომლებიც ჯერ არ დამთავრებულა. და რომელთა მიმართებაში თქვენ ჯერ არ მიგიღიათ საბოლოო დიაგნოზი: კატეტერიზაცია, ექოკარდიოგრაფია, CT, MRT , ულტრაბგერითი გამოკვლევა(ორსულობის შემოწმებები არ ითვლება) ბიოფსია, ფარული სისხლი, კოლონოსკოპია, გასტროსკოპია? (დადებით შემთხვევაში წარმოადგინეთ მოწმობა მკურნალი ექიმისაგან სადაც იქნება აღწერილი მიზეზი ამ შემოწმების გატარებისა, შემოწმების შედეგები და საბოლოო დიაგნოზი).				
3.	გაიარეთ, ან ურჩევიათ თუ არა, თქვენთვის ქირურგიული ოპერაცია ბოლო 5 წლის განმავლობაში? გთხოვთ დააზუსტოთ.				
4.	იყავით თუ არა ჰოსპიტალიზებული საავადმყოფოში ბოლო 5 წლის განმავლობაში? გთხოვთ დააზუსტოთ ჰოსპიტალიზაციის მიზეზი და მიღებული მკურნალობა.				
5.	დებულობდით, ან ურჩევიათ თუ არა, თქვენთვის მედიკამენტების რეგულარული მიღება ბოლო 10 წლის განმავლობაში? გთხოვთ დააზუსტოთ, რა დაავადებას მკურნალობდით, როგორი იყო მკურნალობა და რამდენი ხანი დებულობდით ამ მედიკამენტს?				
ნაწილი ბ) ხომ არ გამოვლინდა დაავადება, სიმპტომი, დარღვევა, დაკავშირებული ერთი ან რამდენიმე ქვემოთ ჩამოთვლილ თემებთან:				დაიხ	არა
1.	<input type="checkbox"/> ნერვული სისტემა <input type="checkbox"/> დამბლა (ინსულტი) <input type="checkbox"/> ეპილეფსია <input type="checkbox"/> გაფანტული სკლეროზი <input type="checkbox"/> ტრემორი <input type="checkbox"/> კუნთოვანი დისტროფია ან სხვა დეგენერატიული დაავადება <input type="checkbox"/> პარკინსონის დაავადება თუ დასმულ კითხვებზე ერთი ან მეტი პასუხი დადებითია, თან უნდა დაერთოს განახლებული ცნობა მკურნალე ნევროლოგი- ექიმისაგან				
2.	თვალეები და ხედვა (სათვალე მიუთითეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ლინზები 7 დიოპტრიზე მეტია)				
3.	<input type="checkbox"/> გული <input type="checkbox"/> სისხლძარღვები				
4.	ფარისებრი ჯირკვალი				
5.	<input type="checkbox"/> ასთმა <input type="checkbox"/> ტუბერკულოზი <input type="checkbox"/> ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება (COPD)				
6.	<input type="checkbox"/> კუჭი <input type="checkbox"/> ნაწლავი <input type="checkbox"/> საყლაპავი <input type="checkbox"/> ნაღვლის ბუშტი <input type="checkbox"/> ღვიძლი <input type="checkbox"/> ჰეპატიტი <input type="checkbox"/> ჰემოროი - გაიარეთ თუ არა ქირურგიული ოპერაცია : <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ , როდის? (თარიღი) _____ პრობლემა მოგვარდა თუ არა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ				
7.	თიაქარი: თიაქარის ადგილმდებარეობა <input type="checkbox"/> დიაფრაგმაში <input type="checkbox"/> ჭიპში <input type="checkbox"/> საზარდულის მარჯვენა ნაწილში <input type="checkbox"/> საზარდულის მარცხენა ნაწილში <input type="checkbox"/> გქონიათ თუ არა ჩატარებული თიაქარის ოპერაცია? <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ, როდის? (თარიღი) _____ პრობლემა მოგვარდა თუ არა <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/> დიახ				
8.	შიდსის მატარებელი				
9.	მჭამელა lupus				
10.	<input type="checkbox"/> თირკმელები <input type="checkbox"/> შარდგამომვანი არხები				
11.	<input type="checkbox"/> ზურგი და ხერხემალი <input type="checkbox"/> მუხლები <input type="checkbox"/> მოტეხილობები <input type="checkbox"/> სახსრები				
12.	<input type="checkbox"/> კანის სიმსივნეები				

13.	<input type="checkbox"/> სივილისი		
14.	<input type="checkbox"/> ავთვისებიანი სიმსივნეები <input type="checkbox"/> ონკოლოგიური დაავადებები (კიბო)		
15.	ქალბისათვის <input type="checkbox"/> მკერდი სარძევე ჯირკვლები <input type="checkbox"/> გინეკოლოგიური სისტემა		

გთხოვთ დააზუსტოთ:

.....

.....

.....

B სადაზღვევო კანდიდატის დეკლარაცია

- ვაცხადებ, რომ ყველა პასუხი სწორია, სრულია და წარმოვადგინე ნებაყოფლობით.
- პასუხები**, მითითებული მოცემული ჯანმრთელობის მდგომარეობის დეკლარაციაში და ნებისმიერი სხვა **ინფორმაცია**, წარმოდგენილი დამზღვევის განკარგულებაში, ისევე, როგორც **პირობები**, მიღებული ამ მხრივ დამზღვევთან, **გამოდენებული იქნებიან** როგორც სადაზღვევო კონტრაქტის აუცილებელი პირობა თქვენ და დამზღვევ შორის, და როგორც მისი განუყოფელი ნაწილი.
- დამზღვევი უფლებამოსილია გადაწყვიტოს - მიიღოს ან უარყოს ეს წინადადება, და ის არ იქნება ვალდებული განმარტოს თავისი გადაწყვეტილება. გთხოვთ გაითვალისწინოთ, რომ დაზღვევის ხელშეკრულება ძალაში შედის მხოლოდ მას შემდეგ, რაც დამზღვევი გასცემს წერილობით დადასტურებას, რომ დაზღვეული პირი მიღებულია დაზღვევაში და იმის შემდეგ პირველი სადაზღვევო წვლილი იქნება სრულად გადახდილი. პირველი სადაზღვევო წვლილის სრულად გადახდის პირობა არ გამოიყენება, თუ დამზღვევი მიიღებს გადახდის ისეთ საშუალებას, რომლის მეშვეობით შესაძლებელი იქნება ამოიღოს სადაზღვევო პრემიები.
- ინფორმაცია, რომელსაც შეიცავს ეს დოკუმენტი, საჭიროა პოლისებთან თვენი შეერთებისათვის, ასევე როგორც ყველა სხვა საკითხებისათვის, რომლებიც ეხება პოლისებს და მათთან მუშაობას. კომპანია, ისევე, როგორც სხვა "ჰარელ" ჯგუფის კომპანიები («ჰარელ ჰაშკაოტ ბებიტუახ ვე შირუტიმ ფინანსიმ ლტდ.» და მისი შვილობილი კომპანიები) და/ან რომელიმე მათგანი, რომელიც გამოიყენებს ამ ინფორმაციას, მათ შორის დამუშავება, შენახვა, და მისი გამოყენება ნებისმიერ საკითხში, რომელიც ეხება პოლისებს და სხვა კანონიერი მიზნებისთვის, და თვით ინფორმაციის კიდევ მესამე მხარეს გადაცემით იმ პირობით, რომ ის მოქმედებს "ჰარელ"ის სახელით.
- უარი თქვა, თუ არა, რაიმე სადაზღვევო კომპანიამ \ ან გააუქმა თქვენი შეთავაზება დაზღვევის შესახებ არა დიახ
დააზუსტეთ _____
- საექიმო საიდუმლოზე უარის თქმა** : მე, ქვემოთ ხელის მომწერი, **ვამლევ ნებართვას** ჯანმრთელობის დაზღვევის ფონდს, და/ან მის სამედიცინო დაწესებულებებს, ისევე როგორც ყველა ექიმებს და/ან ფსიქიატრებს, სხვა სამედიცინო დაწესებულებებს და საავადმყოფოებს, და/ან ნებისმიერ სადაზღვევო კომპანიებს, და/ან სხვა დაწესებულებებს, და/ან პირებს, თუ ეს აუცილებელია, უფლებებისა და ვალდებულებების განმარტებისათვის ამ პოლისთან შესაბამისად, და/ან სასურველი დაზღვევის მოპოვების შესაძლებლობის პროცესის შესასწავლად, **გადაეცეს** კომპანია "ჰარელ"ს ნებისმიერი **ინფორმაცია**, მათ შორის, ინფორმაცია, რომელიც კომპანიის განკარგულებაშია, ისევე, როგორც პირადი მონაცემები, გამონაკლისის გარეშე, და ისე, როგორც ეს საჭირო იქნება „განმცხადებლის“ მიმართ. **მე არ მოვიტხოვ** საექიმო საიდუმლოს დაცვას ჩემი ჯანმრთელობის შესახებ, და ყველა დაავადებების შესახებ, რომელიც მე განვიცადე წარსულში, და/ან ვარ ამ დროს დაავადებული, და/ან ვიქნები დაავადებული მომავალში, **თვენგან და „განმცხადებლისაგან“**. ეს უარის თქმა არის სავალდებულო ჩემთვის, ჩემი მემკვიდრისათვის, ჩემი კანონიერი წარმომადგენლებისათვის, და აგრეთვე ყველასთვის, ვინც ჩემ თავს შეცვლის.

ეს დეკლარაციის ფორმა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ იყო ხელმოწერილი სადაზღვევო კანდიდატის მიერ იმის შემდეგ, რაც მას განუმარტეს შინაარსი მისთვის გასაგებ ენაზე.

თარიღი _____ **სადაზღვევო კანდიდატის ხელმოწერა** _____ მოწმის ხელმოწერა _____