

ספרדית

Póliza No.

**DECLARACIÓN DE SALUD PARA LA PÓLIZA "MEDICAL INSURANCE "**

Datos del asegurado

Pasaporte No.

Apellido

Nombre

Sexo

F / M

Fecha de nacimiento

Preguntas generales		N	S			N	S
1	¿Está enfermo en este momento o padeció alguna enfermedad en los últimos 5 años, o está al tanto de algún problema de salud o de necesitar cirugía? Detalle qué enfermedad y cuando				¿Padece o padeció de enfermedades o episodios o alguno de sus familiares de primer grado padecen estas enfermedades?		
2	¿Se encuentra en la actualidad bajo algún tratamiento médico, o lo recibió en el pasado? Detalle qué medicamentos.			1	Enfermedades del sistema nervioso y cerebro: parálisis, esclerosis múltiple, pérdida de conocimiento, artritis, gota, episodios epilépticos, enfermedad de Alzheimer, de Parkinson, alteraciones motoras - detalle.		
3	¿Fue hospitalizado en un hospital o institución? Detalle cuando y el motivo de su hospitalización y el tratamiento recibido.			2	Enfermedades del aparato respiratorio, asma, tuberculosis, neumonía crónica. Detalle.		
4	¿Bebe bebidas alcohólicas?			3	Enfermedades cardíacas y sanguíneas de cualquier tipo, hipertensión. Detalle		
5	¿Fuma? Detalle el número de cigarrillos por día ¿Bebe alcohol? Qué bebe y cantidad ¿Ingiere o ingirió drogas?.			4	Enfermedades del aparato digestivo, hígado, ictericia. Detalle		
6	¿Le realizaron estudios de laboratorio y/o exámenes médicos por cualquier razón en los últimos 5 años? Detalle la razón, fecha y algún resultado anormal			5	Enfermedades de los riñones y sistema urinario. Detalle		
7	¿Sufrió un accidente o cirugía Detalle cuando y la naturaleza del accidente o cirugía.			6	Enfermedades de las articulaciones y huesos, fracturas, dolor de espalda y cuello. Detalle.		
8	En los últimos dos años, ¿estuvo sin trabajar por un período que exceda de tres años?			7	Enfermedades metabólicas y sistema inmune: diabetes, glándulas tiroideas, nivel alto de grasas en sangre, enfermedades de la sangre y coagulación, osteoporosis, ictericia, anemia. Detalle		
9	¿Recibió algún grado de discapacidad?			8	Cáncer (enfermedad maligna), enfermedad degenerativa crónica. Detalle		
10	¿Le asiste algún instrumento médico?			9	Enfermedades sexuales o de piel: sífilis, SIDA, una herida que no cicatriza.		
				10	Enfermedades oculares, de los oídos, incluyendo disfunción auditiva, enfermedades de la garganta. Detalle		
				11	Sólo para mujeres a. ¿Está embarazada? b. Enfermedades de la mujer: alteraciones de la menstruación, enfermedades de las mamas, incluyendo masas en la mama, útero, ovario, examen para descubrir un crecimiento canceroso, mamografía? Detalle. c. Número de hijos (incluyendo de matrimonios anteriores) d. Número de embarazos. Indique si hubo problemas durante los embarazos. e. ¿Cuándo le realizaron el último examen ginecológico?		

Detalles de hallazgos positivos en las preguntas sobre salud:

---



---

Declaro por la presente que todos los detalles que di en la declaración de salud son correctos y completos. Si alguno de los detalles que di no son correctos o completos, Ayalon quedará exento de sus obligaciones bajo la Ley de Contratos de seguros.

### RENUNCIA A LA CONFIDENCIALIDAD MÉDICA

Yo, el abajo firmante, autorizo a los Fondos de Enfermedad y/o sus instituciones médicas y/o todos los médicos, instituciones médicas y otros hospitales y/o todas las compañías de seguro y/o toda otra institución y/o factor a dar a la compañía de seguros, en adelante - "la solicitante" todos los datos, sin excepción, y en la forma en que sean requeridos por el solicitante del estado de mi salud y/o toda enfermedad que haya padecido en el pasado y/o esté padeciendo en el presente y padeceré en el futuro y por la presente les libero de su obligación de mantener confidencialidad médica y renuncio a esta confidencialidad a favor del solicitante. Esta carta de renuncia me obliga a mí, mis herederos y asesores legales y a cualquiera que me reemplace.

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Pasaporte No. \_\_\_\_\_

Firma del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo de la firma \_\_\_\_\_ Documento de identidad \_\_\_\_\_

Firma del testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

- Por la presente declaro, acuerdo y entiendo que:
  - Todas las respuestas son correctas, completas y dadas por mi propia voluntad.
  - Las respuestas detalladas en la declaración de salud y toda otra información dada al asegurador y todas las condiciones aceptables para el asegurador con este propósito serán una condición fundamental del contrato de seguro entre el asegurador y yo y constituirán parte integral del contrato de seguros.
  - El asegurador tiene la autoridad de decidir aceptar la propuesta o rechazarla sin requerirle la justificación de su decisión. Sé que el contrato de seguros sólo es válido después que el asegurador emite un certificado escrito aceptándome como asegurado y una vez que el primer cargo del seguro fue pagado en su totalidad.
- Estoy al tanto de que:

De acuerdo con esta póliza, la compañía de seguros estará exenta de dar servicio con respecto a una enfermedad, defecto de nacimiento, incluyendo mi condición de salud y/o episodio médico y/o enfermedad médica, ya sea que tratada y/o no, o sus resultados, ya sea causada directa o indirectamente y/o que se agrave debido a mi estado de salud que existió antes de la fecha de comienzo del seguro y todo esto sujeto a lo ante dicho en la Orden de Trabajadores Extranjeros.
- Declaro por la presente que ninguna compañía de seguros rechazó mi propuesta de seguro médico.

### DECLARACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

En la medida de mis conocimientos, la declaración del asegurado es correcta y no estoy al tanto de algún defecto, enfermedad congénita, incluyendo enfermedades genéticas y/o estado de salud y/o episodio médico y/o enfermedad, ya sea bajo tratamiento y/o no, y/o los resultados, ya sea directa o indirectamente, que fueron causados y/o se agravaron debido al estado de salud que existía con anterioridad a la fecha del seguro y/o toda otra información que, de haber sido puesta en conocimiento del asegurador, el asegurador no habría aceptado esta póliza ni al asegurado.

#### Consentimiento para condiciones de admisión extraordinarias

Yo convengo a que la emisión del seguro se haga:

- Con una suma suplementaria médica, bajo la condición de que no exceda de un 75%.
- Con una exclusión de las obligaciones de la Compañía, de acuerdo a la cual no será responsable de incapacidades existentes y/o de limitaciones médicas del solicitante del seguro, sus resultados y consecuencias.

Firma del asegurado \_\_\_\_\_

- Esta declaración fue firmada por el asegurado una vez que se le explicó su contenido en un idioma que entiende.

#### Firma del empleador

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Sello y firma del empleador \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

#### Firma del asegurado

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Firma del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_