



Nr. poliței

Nr. Agentului

## Declarație medicală pentru asigurare medicală - Cetățeni străini în Israel

Potrivit Ofertei de asigurare medicală anexată, care este parte integrantă a Declarației medicale

### Datele candidatului la asigurare:

Pașaport Nr	Numele de familie	Prenumele	Data nașterii	Sexul M / F

Pentru simplitate și ușurarea înțelegerii, întrebările au fost formulate la genul masculin, dar se referă la ambele sexe. Insemnați cu X răspunsul corect în coloana respectivă. În toate cazurile în care răspunsul este "DA", dați amănunte în locurile potrivite.

Intrebări cu caracter general	NU	DA
A. Sunteți bolnav în prezent sau ați suferit în ultimii 5 ani de vre-o problemă medicală de orice fel, sau ați avut nevoie de asistență medicală?		
B. Beneficiați în prezent sau ați beneficiat în trecut de tratament medicamentos ? Descrieți medicamentele		
C. Ați fost vreodată internat într-un spital sau altă instituție medicală? Relatați cu amănunte data și motivul spitalizării Dvs. și tratamentul primit.		
D. Consumați băuturi alcoolice?		
E. Folosiți în prezent sau ați folosit în trecut droguri ?		
F. Vi s-au făcut teste de laborator resp. examene medicale în ultimii cinci ani? Descrieți cauza, data și rezultatele (inclusiv rezultatele care deviază de la normal).		
G. Ați fost vreodată accidentat și operat? Indicați data și natura intervenției chirurgicale sau a accidentului.		
H. Suferiți de vre-o boală/boli cronice, activă sau dormantă? Dați amănunte.		
I. Vi s-a diagnosticat vre-o boală a sistemului autoimun(inclusiv lupus).? Dați amănunte.		
J. Urmează să aveți vre-un tratament medical oarecare, inclusiv intervenție chirurgicală sau internare? Dați amănunte		
K. Suferiți sau ați suferit de vre-o boală infecțioasă ? Dați amănunte		
L. Ați slăbit în ultimele 6 luni, 6 kg sau mai mult ? Dați amănunte.		
M. Suferiți de oboseală sau epuizare cronică? Dați amănunte.		
N. După câte vă este cunoscut, suferiți de tulburări medicale de orice fel (inclusiv defecțiuni congenitale) care nu sunt menționate în chestionarul de față? Dați amănunte.		

Dacă suferiți de bolile sau stările enumerate mai jos:	NU	DA
1. Boli ale sistemului nervos sau cerebral: paralizii, leșinuri, epilepsie, tulburări motorice, tulburări psihice? Dați amănunte.		
2. Boli ale aparatului respirator, astmă, tuberculoză, hemoftizie, pneumonie cronică, COPD, emfizem pulmonar ?		
3. Boli de inimă și de circulație, de orice fel, hipertensiune? Dați amănunte.		
4. Boli ale aparatului digestiv, boli de ficat, de bilă, hernie, hemoroizi ? Dați amănunte		
5. Boli de rinichi, ale aparatului urinar, dializă? Dați amănunte		
6. Boli ale articulațiilor și oaselor, dureri de ceafă și spate? Dați amănunte.		
7. Boli metabolice, diabet, afecțiuni ale glandei tiroide, nivel crescut al lipidelor în sânge, boli de sânge și de coagulare, anemie? Dați amănunte.		
8. Cancer (boli maligne), boli cronice degenerative ? Dați amănunte.		
9. Boli de piele și venerice, sifilis, SIDA, răni care nu se vindecă, herpes de toate tipurile, tumori de piele de toate tipurile? Dați amănunte.		
10. Boli de ochi, de urechi - inclusiv defecte de auz, boli ale gâtului și nasului, operații plastice. ? Dați amănunte.		
11. Dacă s-a constatat că sunteți purtător de bacterii resp. atins de virusul SIDA sau hetatită ? Dați amănunte.		
12. Numai pentru femei: a. Sunteți gravidă în prezent? b. Boli de femei : tulburări menstruale, chiste, hemoragii, boli ale sânelui inclusiv tumori mamare, uter, ovare, examinări pentru detectarea tumorilor maligne, mamografii? Dați amănunte.		

Dați amănunte în legătură cu rezultatele pozitive la întrebările privitoare la starea Dv. medicală : \_\_\_\_\_

Prin prezenta declar că toate datele conținute în declarația mea medicală sunt corecte și complete. Dacă se va constata că datele pe care le-am transmis sunt incorecte sau incomplete, Societatea de Asigurări HAREL va fi exonerată de răspunderea față de mine în temeiul Legii Contractelor de Asigurare.

**Renunțarea la obligația de păstrare a secretului medical:** Subsemnatul autorizez prin prezenta casa de asigurări medicale și/sau instituțiile ei medicale precum și pe toți medicii, instituțiile medicale și spitalele, și toate societățile de asigurare și/sau orice instituție și/sau organizație, să transmită Societății de Asigurare HAREL Ltd - în continuare " Solicitantul"- toate datele, fără nici o excepție, așa cum le va cere Solicitantul, în legătură cu situația mea medicală și/sau orice boală de care am suferit în trecut sau de care sufăr în prezent și/sau de care aș putea suferi în viitor, și prin prezenta vă exonerez de obligația păstrării secretului medical, și renunț la păstrarea secretului medical cu privire la Solicitant.

Această scrisoare de renunțare la obligația de păstrare a secretului medical mă obligă pe mine, bunurile mele, mandatarii mei legali și orice persoană care acționează în numele meu.

## Declarația asiguratului

- Subsemnatul, declarantul, declar pe propria mea răspundere următoarele:
  - Toate răspunsurile mele sunt conforme cu adevărul, complete și au fost date din propria mea voință, nesilit de nimeni.
  - Răspunsurile date în Declarația medicală și orice alte informații care urmează a fi date asiguratorului precum și condițiile acceptate de asigurator în acest scop, vor constitui condiția de bază pentru contractul de asigurare încheiat între mine și asigurator, și vor fi parte integrantă a contractului de asigurare.
  - Asiguratorul are dreptul să accepte sau să respingă oferta, fără a trebui să-și justifice decizia. Am luat la cunoștință că contractul de asigurare va intra în vigoare numai după ce asiguratorul confirmă în scris acceptul său, și după plata integrală a tuturor primelor de asigurare.
- Răspunsurile resp. informațiile care vor fi transmise asiguratorului vor fi păstrate în baza de date în conformitate cu Legea de protecție a datelor personale – 1981, și vor fi folosite numai pentru scopurile asigurării.
- Am luat la cunoștință că:  
Potrivit acestei polițe, societatea va fi exonerată de obligația de a acorda orice fel de servicii pentru malformații, boli congenitale, inclusiv bolile genetice resp. starea mea medicală resp. fenomene patologice resp. boli, fie tratate fie netratate, resp. urmările acestora, fie directe, fie indirecte, care au fost cauzate de o stare medicală existentă înainte de încheierea contractului de asigurare resp. s-a înrăutățit ca urmare a acesteia, iar toate acestea în temeiul condițiilor din programul de asigurare ales potrivit formularului Ofertei de Asigurare.
- Declar prin prezenta că nici o Societate de Asigurare nu a respins oferta mea de asigurare medicală.

### A SE COMPLETEA PENTRU POLIȚA DE ASIGURARE DE TIP SAFE STAY / SAFE STAY +

**Declarația deținătorului poliței:** După câte îmi este cunoscut, declarația candidatului la asigurare corespunde adevărului, și nu am cunoștință de nici un fel de malformații, boli congenitale, inclusiv boli genetice și/sau stare medicală și/sau fenomene patologice și/sau boli, fie tratate fie netratate, și/sau urmările acestora, fie directe, fie indirecte, care au fost cauzate de o stare medicală existentă înainte de încheierea contractului de asigurare, resp. s-au înrăutățit ca urmare a acesteia, , resp. orice altă informație care a fost adusă la cunoștința asiguratorului, care dacă ar fi fost în posesia acestor informații nu ar fi emis polița de asigurare și nu l-ar fi asigurat pe asigurat.

\_\_\_\_\_

Numele

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Semnătura și ștampila patronului

\* Acest formular de ofertă a fost semnat de candidatul la asigurare după ce conținutul i-a fost explicat într-o limbă pe care o înțelege.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Semnătura candidatului la asigurare

\_\_\_\_\_

Numele martorului la semnătură

\_\_\_\_\_

Semnătura martorului la semnătură