

(Póliza No.)

טל' 03-6735915

פקס 03-6729025

info@rozen-ins.co.il

(Logo)

HAREL

DECLARACIÓN DE ESTADO DESALUD PARA LA OBTENCIÓN DE SEGURO MÉDICO – EXTRANJEROS EN ISRAEL

Sujeto a la propuesta de seguro adjunta, la que constituyete parte inseparable de la Declaración de Estado de salud

Datos del aspirante al Seguro

Pasaporte No.	Apellido	Nombres	Fecha de Nacimiento	Sexo
				M / F

Marque X en la columna apropiada. En todos los casos en que la respuesta sea "Sí", especificar en lugar destinado a tal efecto.

	PREGUNTAS GENERALES	NO	SÍ
A	Está Ud. enfermo actualmente o padeció de alguna enfermedad en los últimos cinco años? Especifique qué enfermedades y cuándo.		
B	Está actualmente tomando alguna medicina o lo hizo en el pasado? Detalle el nombre de los fármacos.		
C	Estuvo internado alguna vez en algún hospital u otro instituto médico? Especificar qué nosocomio, motivo de la internación y tratamiento recibido.		
D	Ingiera Ud. bebidas alcohólicas?		
E	Utiliza o utilizó estupefacientes?		
F	Le han hecho análisis clínicos o controles médicos durante los últimos cinco años? Detallar las causas, fecha y resultados (incluyendo los resultados indicando anormalidades)		
G	Tuvo Ud. algún accidente o intervención quirúrgica? Detallar la fecha y los motivos de la intervención o las circunstancias del accidente.		
H	Padece de alguna dolencia crónica, activa o en remisión? Detallar		
I	Padece alguna enfermedad autoinmune (como ser lupus)? Detallar		
J	Está por recibir algún tratamiento médico, incluyendo tratamiento en internación o intervención quirúrgica? Detallar		
K	Padece o padeció en el pasado de alguna enfermedad infecciosa? Detallar		
L	Ha perdido peso (más de 6 Kg.) en los últimos seis meses? Detallar		
M	Sufre Ud. de fatiga o cansancio crónico? Detallar		
N	Tiene conocimiento de alguna dolencia en su estado general de salud (incluyendo enfermedades genéticas hereditarias) que no se haya mencionado en esta declaración? Detallar		

	PADECE UD. O PADECIÓ DE ALGUNA ENFERMEDAD O SÍNDROME:	NO	SÍ
1	Enfermedades del sistema nervioso y cerebrales, parálisis, lipotimias, epilepsia, disfunciones motoras, perturbaciones mentales? Detallar		
2	Enfermedades del tracto respiratorio, asma, tuberculosis, neumonía crónica, hemóptisis, COPD, neumotórax? Detallar		
3	Enfermedades cardíacas o cardiovasculares de todo tipo, hipertensión arterial? Detallar.		
4	Enfermedades del aparato digestivo, enfermedades hepáticas, de la vesícula, hernia, hemorroides? Detallar		
5	Enfermedades renales, de las vías urinarias y diálisis? Detallar		
6	Enfermedades óseas o de las articulaciones, dolores de cuello o de espalda? Detallar		
7	Enfermedades metabólicas, diabetes, de la glándula tiroides, exceso de lípidos en sangre, enfermedades de la sangre y coagulación, anemia? Detallar		
8	Cáncer (enfermedad letal), enfermedad degenerativa crónica? Detallar		
9	Enfermedades venéreas y de la piel: sífilis, SIDA, heridas sin cicatrizar, todo tipo de herpes, excrecencias dermaticas de todo tipo? Detallar		
10	Enfermedades oculares, enfermedades auditivas incluyendo hipoacusia, enfermedades de la garganta o de la nariz, intervenciones de cirugía plástica? Detallar		
11	Es portador sano o está enfermo del virus HIV o de hepatitis? Detallar		
12	SOLO PARA MUJERES: a) Está Ud. embarazada acutalmente?		
	b) Enfermedades femeninas: perturbaciones menstruales, quistes, pérdidas de sangre, enfermedades mamarias, uterinas, ováricas, análisis para constatar la presencia de tumores cancerígenos, mamografías? Detallar		

Detalle de las respuestas positivas en los cuestionarios precedentes:

Declaro por la presente que todos los datos que he proporcionado en esta Declaración de Estado de salud son verdaderos y completos. Si resultare que los datos mencionados son falsos o incompletos "HAREL" quedará eximida de toda responsabilidad y/o compromiso, de acuerdo con la Ley de Contratos de Seguro.

RENUNCIA AL SECRETO MÉDICO: Yo, el abajo firmante, otorgo por la presente autorización a la Caja Médica y/o a sus Instituciones médicas y a todo su plantel de profesionales médicos, a otras instituciones médicas y Hospitales, y/o a todas las Compañías de Seguros y/o a toda otra Institución u Organismo de proporcionar a "HAREL" Compañía de Seguros Ltda. (en adelante "La Demandante"), todo dato sin excepción y en la forma en que la demandante lo solicite respecto del estado de salud y/o detalles de cualquier enfermedad que haya padecido en el pasado o que padezca actualmente y/o de la que pueda enfermar en el futuro, relevándolos por la presente de toda obligación respecto de mantener el secreto médico, renunciando al derecho a dicho secreto respecto de la demandante. Esta declaración de renuncia me compromete a mí, a mis herederos, a mis apoderados y todo aquél que me reemplace..

DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE AL SEGURO:

1) Declaro estar de acuerdo y me comprometo por la presente a que:

- (a) todas las respuestas son correctas, completas y las he dado por mi propia voluntad.
- (b) Las respuestas otorgadas en la Declaración de Estado de Salud y toda otra información que sea proporcionada al asegurador, así como también las condiciones usuales del asegurador respecto de este tema, se constituirán en condición esencial en el contrato de seguro que celebre con el asegurador y serán parte inseparable de dicho contrato.
- (c) El asegurador tendrá el derecho exclusivo de decidir respecto de prestar su acuerdo a esta propuesta o rechazarla sin ninguna obligación de su parte de justificar su decisión. Declaro estar en conocimiento que el contrato de seguro entrará en vigencia sólo después que el asegurador emita un certificado de recepción del asegurado y después de verificarse el primer pago de la prima en su totalidad.

2) Las respuestas y/o la información que se proporcionen al asegurador serán almacenadas en un centro de informaciones de acuerdo a lo expresado en la Ley de Defensa de la Privacidad, 5741-1981 y serán utilizadas únicamente a efectos del seguro.

3) Declaro saber que:

De acuerdo a esta póliza, la empresa aseguradora quedará dispensada de proporcionar tratamiento por defecto, enfermedad de nacimiento incluídas enfermedades hereditarias y/o estado de salud y/o cualquier fenómeno médico y/o enfermedad, tratada o no tratada, y sus consecuencias, directa o indirectamente, que se hayn producido y/o se hayan agravado a consecuencia de un estado de salud existente antes del momento del comienzo de la vigencia del seguro, y en un todo de acuerdo a las condiciones del seguro como se detalla en el plan elegido en el formulario de propuesta de seguro.

4) Declaro asimismo por la presente que ninguna otra Compañía de seguros recahó mi propuesta de seguro de salud.

LLENAR EN CASO DE PÓLIZAS DEL TIPO SAFE STAY/SAFE STAY+

DECLARACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: A mi leal saber y entender, lo declarado por el aspirante al seguro es correcto, y no sé de ningún defecto, enfermedad de nacimiento incluyendo enfermedades hereditarias y/o estado de salud y/o fenómeno médico y/o enfermedad, tratada o no, y/o sus consecuencias, directa o indirectamente que se hayn producido y/o se hayan agravado por estado de salud, que existía antes del momento de entrada en vigencia del seguro y/o toda otra información que si hubiese sido de conocimiento del asegurador, éste no hubiese asegurado por medio de esta póliza al aspirante.

Nombre

Fecha

Firma y Sello del Empleador

**ESTE FORMULARIO FUE FIRMADO POR EL ASPIRANTE AL SEGURO DESPUES DE
HABÉRSELE EXPLICADO SU CONTENIDO EN UN IDIOMA DE SU DOMINIO**

Fecha

Firma del aspirante al seguro

Firma del testigo