

א.א.ר.ו.ז.ן סוכנות לביטוח

להחזיר לפקס 03-6729025



שם הסוכן : אריק רוזן

מס' הסוכן : 73429

טל' : 03-6735915

## Healthy &amp; Sure

## Assurance médicale pour résidents étrangers en Israël

~~03-6735915~~

CANDIDAT A L'ASSURANCE			
Nom		Deuxième prénom	Prénom
Passeport n°		Date d'expiration du passeport	Date d'expiration du permis de travail
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Pays d'origine	Date d'entrée en Israël (première) (dernière)
Adresse de l'assuré en Israël :		Adresse du lieu de travail de l'assuré	
Numéro de téléphone du domicile		Numéro de téléphone du lieu de travail	Téléphone cellulaire
Assurances précédentes Avez-vous été assuré dans le passé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de la société d'assurance	Du au	Numéro de police
	Nom de la société d'assurance	Du au	Numéro de police

L'ASSURANCE PROPOSEE				
Plan	<input type="checkbox"/> Healthy & Sure Pour touristes en Israël	<input type="checkbox"/> Healthy & Sure Pour travailleurs étrangers conformément à l'arrêté sur les travailleurs étrangers		
Terme de l'assurance	Du :           Au :			
Annexes requises	<input checked="" type="checkbox"/> Décès ou incapacité due à un accident	<input type="checkbox"/> Transfert de corps	<input type="checkbox"/> Soins dentaires d'urgence	<input type="checkbox"/> _____

FRAIS D'ASSURANCE				
Nombre de jours d'assurance	Coût par jour - \$	Surcharge - \$	Remise - \$	Taux de change du shekel
Prime totale en \$		Prime totale en shekels		

TITULAIRE DE LA POLICE			
Nom de l'employeur	Adresse du domicile		Numéro de téléphone du domicile
Adresse du lieu de travail	Téléphone du travail	Téléphone mobile	Date de début d'emploi de l'assuré 

FORMULAIRE DE PROPOSITION Ce formulaire s'adresse aux hommes comme aux femmes

## Déclaration d'état de santé

Le candidat à l'assurance doit répondre à tous les détails de la déclaration de santé et indiquer la réponse par "oui" ou "non" dans le corps du questionnaire. Si la réponse est positive ("oui"), le numéro de la question doit être indiqué dans l'espace prévu pour les réponses de résultats positifs ; et ces résultats doivent être spécifiés ainsi qu'un rapport de maladie et l'état actuel.

### QUESTIONS GENERALES

		Non	Oui
1.	Avez-vous déjà été hospitalisé dans un hôpital ou une clinique ? (quelle catégorie, quand, motif). Joignez des rapports de maladie et les informations actuelles.		
2.	Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ou vous a-t-on conseillé de faire une opération ? (Veuillez détailler).		
3.	Avez-vous déjà été blessé ? Souffrez-vous d'un handicap quelconque ? (Veuillez détailler).		
4.	Avez-vous subi des examens de routine tels que de sang, d'urine ou électrocardiogramme ? Les examens étaient-ils normaux ? (Veuillez détailler).		
5.	Avez-vous subi des tests d'imagerie, tels que divers rayons X (poitrine, intestins, reins, os, etc.), test de mappage, cathétérisation, tomographie (CT), IRM, échographie ? (Indiquez le motif, la date et les résultats).		
6.	Souffrez-vous actuellement d'une affection ou d'une maladie, et avez-vous connaissance de troubles de santé, et avez-vous reçu ou recevez-vous un traitement ou des médicaments ? (Veuillez détailler, incluant les dosages et la durée du traitement).		
7.	Pour les femmes uniquement – Souffrez-vous ou avez-vous souffert de troubles féminins, tels que des irrégularités de menstruations, problèmes de fertilité, hémorragies, tumeurs du sein, problèmes utérins ou ovariens, résultats anormaux lors d'examens gynécologiques (tels que frottis vaginaux – test de Papanicolaou) ou d'autres troubles gynécologiques. Si oui, veuillez détailler :  Etes-vous enceinte ? Combien de fœtus ? Avez-vous eu des problèmes lors des grossesses précédentes ou de la grossesse actuelle ? Si oui, veuillez détailler : _____ Avez-vous accouché par césarienne ? _____		
8.	Avez-vous du ou êtes-vous partiellement ou intégralement dans l'incapacité de travailler ? (Veuillez détailler).		

### QUESTIONS SUR LES MALADIES (AVEZ-VOUS SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS)

		Non	Oui
9.	Maladie cardiovasculaire (cœur et vaisseaux sanguins) - A. Maladie cardiaque, douleur à la poitrine, difficultés respiratoires, palpitations, angine de poitrine, infarctus du myocarde (crise cardiaque), arythmie, valvulopathie, défaillance cardiaque congénitale, trouble du myocarde ou péricardique. B. Hypertension. C. Vaisseaux sanguins – douleur à la jambe en marchant, caillots sanguins, veines variqueuses, troubles de la circulation, sténose artérielle (rétrécissement).		
10.	Système nerveux – vertiges, maux de tête, perte de connaissance, paralysie, convulsions (épilepsie), AIT, troubles de la mémoire, perte de sensation, affection dégénérative, accident cérébral, hémorragie cérébrale (ACV), tremblement, troubles de l'équilibre, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, fatigue mentale, démence sénile.		
11.	Troubles mentaux – maladie mentale, dépression, schizophrénie, anxiété, tentative de suicide.		
12.	Voies respiratoires – asthme, bronchite chronique, emphysème, tuberculose, hémoptysie, infections de voies respiratoires récurrentes.		
13.	Voies digestives et foie – ulcère (gastrique ou duodéal), brûlures d'estomac, maladie d'inflammation intestinale chronique, hémorragie intestinale, hémorroïdes, problèmes de l'anus, maladie du foie chronique, jaunisse, calculs biliaires, pancréatite, hépatite (virale ou autre).		
14.	Reins et voies urinaires – calculs rénaux, néphrite, défaillances des voies urinaires, sang ou protéine dans l'urine, kystes rénaux, dysfonction des reins, glande de la prostate.		
15.	Troubles endocriniens (métaboliques) – diabète, troubles de la glande thyroïde, glandes surrénales, kystes rénaux, hypophyse et autres glandes, lipides à taux élevé dans le sang (cholestérol, triglycérides).		
16.	Derme et voie génitale – syphilis, herpès, tumeurs de la peau, moles, verrues et/ou stérilité et/ou problèmes de fertilité.		
17.	Affections malignes (cancer) et SIDA – tumeur/s maline/s ou prémaline/s, ou sida, incluant état du porteur (spécifiez le type, date et méthode de traitement).		
18.	Articulations et os – arthrite, goutte, douleur dorsale ou du cervicale, hernie discale, épaule, genou, maladies osseuses.		
19.	Yeux – cataracte, glaucome, strabisme, cécité, maladie de la rétine, maladie de la cornée, troubles de la vision, numéro de dioptrie. _____.		
20.	Oreille, nez, gorge – inflammations de la gorge ou des oreilles récurrentes, sinusite, troubles de l'audition, dyspnée nocturne paroxystique (DNP).		
21.	Hernie – de la paroi abdominale, de l'aîne, cicatrice chirurgicale, du nombril, diaphragme.		
22.	Autres affections de santé et/ou autres maladies non indiquées ci-dessus.		

## Détails de résultats positifs

Question n°	Détails des résultats

### Déclaration du candidat à l'assurance

Je, soussigné, candidat à l'assurance, demande par la présente à être assuré conformément à cette proposition (ci-après : "la proposition").

#### 1. Je sais que

- A. L'assureur ne sera pas responsable et ne paiera aucune plainte provenant directement ou indirectement d'un état de santé défaillant préexistant, d'un phénomène ou d'une maladie avant la date de début de l'assurance, ou la date de complétion de la proposition d'assurance, ou la date de signature de déclaration de santé, la plus récente d'entre elles.
- B. Par la présente, je déclare, accepte et m'engage comme suit :  
Toutes les réponses spécifiées dans la proposition et/ou la déclaration de santé sont correctes et complètes, et je n'ai rien dissimulé à l'assureur qui puisse affecter sa décision d'accepter la proposition d'assurance. En cas d'omission d'informations ou de réponse fautive, le contrat d'assurance sera annulé ab initio. Les réponses communiquées dans la proposition et toute autre information écrite données à l'assureur par moi et les termes acceptables employés par l'assureur dans la présente doivent servir comme conditions pour le contrat d'assurance entre moi et l'assureur et en constitueront une partie intégrante.
- C. Je confirme par la présente et accepte que l'acceptation ou le rejet de cette proposition soit soumis à l'entière discrétion de l'assureur (lequel est compétent pour décider d'accepter ou de rejeter la proposition sans fournir d'explication à sa décision).

#### 2. Déclaration de renonciation au secret médical

- A. Je, soussigné, dégage par la présente tout institut médical, laboratoire médical, et tout comité médical et leur personnel médical et autre du devoir de maintenir le secret médical et autre secret à l'égard de Clal Insurance Company Ltd. ou de Arieh Insurance Company Ltd (ci-après : "le demandeur").

- B. Par la présente, j'autorise les parties susmentionnées – incluant les commissions de la sécurité sociale israélienne, les assureurs, le ministre de la Santé, le Bureau de la Santé régional, les autorités militaires, le ministre de la Défense et tout autre organisme ou institut dont le nom n'est pas mentionné dans la présente – et toutes les sociétés d'assurance auxquelles j'ai été assuré ou dans lesquelles je suis assuré actuellement, de divulguer au demandeur ou à ses représentants – ensemble et séparément – tous les détails, sans exception, sur mon état de santé et sur toute maladie que j'ai eue ou que j'ai actuellement, ou que j'aurai à l'avenir, mes hospitalisations ou des comptes rendus médicaux écrits ou la liste des médecins que j'ai consultés et/ou la date de mon affiliation à un organisme de soins de santé.
- C. J'autorise toute société d'assurance et/ou autre institut à communiquer au demandeur des informations et/ou des documents et/ou une police d'assurance par le dit demandeur.
- D. Je déclare par la présente que je n'aurai aucune plainte ou assertion d'aucune sorte à l'égard parties susmentionnées concernant la divulgation des détails susdits au demandeur ou l'un de ses représentants – ensemble et séparément.
- E. Cette proposition s'applique également à la loi israélienne sur la protection de la vie privée de 1981, et s'applique à toutes informations médicales ou autres enregistrées dans les bases de données des instituts, incluant les organismes de soins de santé et/ou leurs médecins et/ou leur personnel et/ou leurs représentants et/ou les fournisseurs de service susmentionnées.
- F. Cette renonciation engage ma personne, mes héritiers et mes représentants légaux ainsi que quiconque agira en mon nom et place.
- G. Cette renonciation s'appliquera à mes enfants mineurs dont les noms ont été stipulés, si tel est le cas dans la proposition.

### Signature du candidat à l'assurance

Date \_\_\_\_\_ Nom du candidat \_\_\_\_\_ Passeport n° \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### Déclaration du souscripteur (l'employeur)

A ma connaissance, la déclaration du candidat à l'assurance est correcte. Je ne connais aucune maladie ou affection congénitale ou héréditaire ou état de santé ou problème médical ou maladie existante chez le candidat à l'assurance, ni de maladies qui aient été traitées dans le passé ou leurs résultats. En outre, je ne connais aucune aggravation d'un état de santé défaillant ou toute autre information qui empêcherait l'assureur d'accepter l'assurance du candidat conformément à la présente police. Cette déclaration a été signée par le candidat à l'assurance après que son contenu et l'implication de sa signature lui ont été expliqués dans la langue qu'il comprend.

Nom \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Nomination de l'agent en tant que mandataire de l'assuré

Conformément à la loi sur les contrats d'assurance de 1981, l'agent est considéré comme le mandataire de l'assureur. Si vous êtes intéressé à nommer votre agent d'assurance comme votre mandataire, veuillez signer le libellé suivant : Libellé de nomination – Conformément à la loi sur les contrats d'assurance de l'an 1981, je nomme par la présente l'agent d'assurance dont le nom est indiqué ci-dessous pour être mon mandataire concernant les négociations pour exécuter le contrat d'assurance et aux fins d'exécution du contrat d'assurance avec votre société.

Date \_\_\_\_\_ Nom du candidat à l'assurance \_\_\_\_\_ Signature du souscripteur/employeur \_\_\_\_\_

### Déclaration de l'agent

Je confirme avoir posé au candidat à l'assurance toutes les questions apparaissant ci-dessus et que les réponses sont celles qui m'ont été communiquées personnellement par le candidat à l'assurance. Je déclare par la présente avoir informé le candidat à l'assurance des déclarations susmentionnées.

Date \_\_\_\_\_ Nom de l'agent \_\_\_\_\_ Numéro de l'agent \_\_\_\_\_ Signature de l'agent \_\_\_\_\_

**MODE DE PAIEMENT**

Comptant (ci-joint)  Autorisation de prélèvement de la banque – no. de mensualités \_\_\_  Chèques (joint)  Carte de crédit – no. de paiements \_\_\_

**DETAILS DE CARTE DE CREDIT**

Type de carte <input type="checkbox"/> Visa CAL <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/> Isracard <input type="checkbox"/> Diners Club <input type="checkbox"/> Leumi Card <input type="checkbox"/> _____		Valide jusqu'au	Numéro de carte de crédit		
Adresse Rue		Ville	Numéro	Code postal	Téléphone
Nom du titulaire de la carte			Numéro d'identité		
			Num. contrôle		

Cette fiche a été signée par moi-même sans spécifier le nombre et le montant des paiements, puisque j'ai donné une autorisation à Clal Insurance Company Ltd. de transmettre à l'émetteur de la carte les débits à des périodes régulières tel que vous en informerez l'émetteur.

Cette autorisation sera également valide pour une carte émise avec un autre numéro en remplacement de la carte dont le numéro est spécifié sur la présente fiche. Date \_\_\_\_\_ Signature du titulaire de la carte de crédit \_\_\_\_\_

**CLAL INSURANCE COMPANY LTD.**

Autorisation de débit de compte

A banque \_\_\_\_\_ Agence \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de compte bancaire		Type de compte	Code comptoir de liquidation Agence Banque
Code institution 528	Référence/numéro d'identification du client auprès de la société		

1. Je soussigné \_\_\_\_\_  
Nom du/des détenteur(s) dans les livres de la banque N° d'identité/société privée.

Adresse : \_\_\_\_\_  
N° Rue Ville Code

Par la présente, donne/donnons une instruction de débiter mon compte susmentionné à votre agence, pour les montants et aux dates qui vous ont été fournis par le support magnétique ou les listes de Clal Insurance Company Ltd. tel que stipulé dans les "détails d'autorisation".

2. Je/nous sais/savons que :
- A. Cette instruction est révoquable par avis écrit de ma/notre part à la banque et à Clal Insurance Company Ltd., lequel prendra effet un jour ouvrable après avoir donné l'avis de la banque, et est révoquable conformément aux dispositions de la loi.
  - B. Je/nous serai/serons en droit d'annuler au préalable une dette donnée, à condition que l'avis à ce sujet soit émis par moi/nous à la banque, au moins un jour ouvrable avant la date de débit.
  - C. Je/nous serai/serons en droit d'annuler un débit pas plus de 90 jours à compter de la date de débit, si je/nous prouve/prouvons à la banque que le débit ne correspond pas aux dates ou montants déterminés dans l'avis d'autorisation, si déterminé.

- 3. Je/nous sais/savons que les détails stipulés dans l'avis d'autorisation et les détails à la présente sont des éléments que je/nous dois/devons arranger avec le bénéficiaire.
- 4. Je/nous sais/savons que les montants du débit par la présente apparaîtront dans les instructions du compte et que je/nous ne recevrai/recevrons pas d'avis spécial par la banque au titre de ces débits.
- 5. La banque agira conformément aux dispositions de la présente autorisation, tant que l'état du compte le permet, et tant qu'il n'y aura pas d'empêchement légal ou autre pour les exécuter.
- 6. La banque est en droit de me/nous exclure de cet arrangement spécifié dans la présente autorisation, si elle a pour cela un motif raisonnable, et m'en/nous en informera immédiatement après la prise de sa décision, en indiquant les motifs.
- 7. Veuillez confirmer la réception de mes/nos instructions pour Clal Insurance Company Ltd., par la fiche jointe à la présente.

Détails de l'autorisation  
Le montant et l'heure du débit seront déterminés à des périodes régulières par Clal Insurance Company Ltd. conformément aux termes et de l'annexe à la police.

Date \_\_\_\_\_ Signature des titulaires du compte \_\_\_\_\_

A l'attention de  
Clal Insurance Company Ltd.  
48, rue Menachem Begin, Tel Aviv

Confirmation de la banque

Numéro du compte bancaire		Type de compte	Code comptoir de compensation Agence Banque
Code institution 528	Référence/numéro d'identification du client auprès de la société		

Nous avons reçu une instruction de \_\_\_\_\_ pour honorer les débits sur les montants et aux dates apparaissant sur le support magnétique et les listes qui nous seront présentés à des périodes régulières et sur lesquels le numéro de/des compte(s) bancaire(s) sera spécifié, tel que stipulé dans l'avis d'autorisation. Nous avons pris note des instructions, et agirons conformément à ces dernières tant que l'état du compte nous le permettra ; tant qu'il n'y aura aucun empêchement légal ou autre de le faire ; tant que nous ne recevrons pas des instructions d'annulation par écrit de la part du/des titulaire(s) du compte, ou tant que le/les titulaire(s) du compte n'aura / n'auront pas été exclu(s) de l'arrangement. Cette confirmation ne portera pas préjudice à vos engagements à notre égard, conformément à l'avis d'indemnisation signé par vos soins.

Confirmation de la banque Signature et cachet

Date \_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_ Agence \_\_\_\_\_