

Propuesta de seguro y declaración de estado de salud

77619 <small>מספר סוכן</small>	אריק רוזן <small>שם סוכן</small>	פרטי הסוכן
--	--	-----------------------

Datos del titular de la póliza		
<small>Nombre y apellido</small>	<small>Nº de identidad</small>	<small>Domicilio</small>

Datos de la persona asegurada				
<small>Nombre(s)</small>	<small>Apellido(s)</small>	<small>Número de pasaporte</small>	<small>Fecha de nacimiento</small>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <small>Sexo</small>
<small>Nacionalidad</small>	<small>Fecha inicial del seguro</small>	<small>Fecha final del seguro</small>	<small>Ocupación en el país</small>	<small>Fecha de la primera llegada a Israel</small>
¿Ha estado fuera del país por un período de más de 90 días consecutivos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <small>¿Por qué motivo?</small>				
¿Ha estado asegurado/a en el pasado? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <small>¿Con qué compañía?</small> <small>¿Cuándo finalizó el seguro?</small>				

Pregunta		
1	¿Se considera usted en buen estado de salud y en plena capacidad para el trabajo respecto de los últimos 12 meses?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
2	¿Ha tenido alguna vez que hospitalizarse o ha estado internado/a? ¿Ha sido sometido/a a operaciones?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
3	¿Ha sido examinado/a por un médico en los últimos 2 años? ¿Tiene que acudir ahora a los servicios de un médico?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
4	¿Está usted bajo supervisión médica? ¿Toma usted medicamentos regularmente?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
5	¿Le han recomendado someterse a una operación? ¿Necesita una operación?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
6	¿Ha sido alguna vez herido/a? ¿Tiene usted alguna discapacidad? Si la respuesta es Sí, ¿en qué porcentaje y por qué motivos?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
7	¿Ha presentado alguna vez una solicitud de indemnización por discapacidad o la está recibiendo ahora?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
8	¿Se ha sometido a exámenes médicos, entre ellos electrocardiograma (ECG), radiografías, pruebas imagográficas, tomografía computarizada, análisis de sangre y de orina y de sangre oculta en materia fecal?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
9	¿Fuma? Si la respuesta es Sí, ¿cuántos cigarrillos por día?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
10	¿Es usted adicto/a a los estupefacientes, o lo ha sido en el pasado? Si la respuesta es Sí, por favor detalle. ¿Es usted adicto/a a las bebidas alcohólicas, o lo ha sido en el pasado? Si la respuesta es Sí, ¿ ___ por semana?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
11	Antecedentes familiares (padres, hijos, hermanos, hermanas, tíos, tías): ¿Ha habido en la familia enfermedades cardíacas, diabetes, derrames cerebrales, afecciones renales, cáncer, y otras enfermedades graves?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
12	¿Sufre usted ahora o ha sufrido de las siguientes afecciones?:	
a	Defecto congénito. Enfermedad o discapacidad hereditaria. Afecciones del sistema nervioso o el cerebro, inclusive: cefaleas, mareos.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
b	Afecciones del sistema respiratorio inclusive: tos continua, inflamaciones recurrentes, asma.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
c	Enfermedades cardíacas, vasculares, hematológicas inclusive: hipertensión, trastornos circulatorios, dolores en el pecho (angina pectoris).	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
d	Enfermedades del aparato digestivo, hígado, vesícula, páncreas, inclusive: cólicos abdominales, trastornos digestivos.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
e	Enfermedades renales o de las vías urinarias, próstata, enfermedades de piel y venéreas, SIDA.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

f	Afecciones del metabolismo, de los ganglios, inclusive: ganglios abultados, altos niveles de lípidos en la sangre, fiebre reumática, gota, estados febriles crónicos, enfermedades de la sangre y coagulación, anemia, alergias, afecciones tiroideas.	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
g	Enfermedades de los huesos y las articulaciones, del esqueleto y los músculos, inclusive: dolores de espalda y cervicales.	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
h	Enfermedades graves, inclusive: cáncer (enfermedades malignas), diabetes, trastornos mentales, ataques cardíacos, afecciones renales, afecciones hepáticas, inmunodeficiencias, deficiencias en la coagulación, y otras enfermedades de gravedad.	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
i	Enfermedades del oído y la garganta, la nariz, senos nasales, deficiencias de audición, ojos.	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
j	Dolores crónicos en partes del cuerpo no mencionadas arriba.	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
k	Hernia inguinal.	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
13	Enfermedades ginecológicas, inclusive: trastornos del ciclo menstrual, hemorragias, enfermedades que afectan al útero, los ovarios o las glándulas mamarias, inclusive nudos, exámenes de diagnóstico del cáncer, tales como: mamograma, citología del cuello del útero (Papanicolau). ¿Ha dado a luz con intervención cesárea? ¿Está usted embarazada?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
14	Altura ____y peso____ Durante los últimos 5 meses, ¿se ha producido alguna variación de más de 12 kg en su peso?	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No

► **Por favor, indique cualquier otro trastorno o enfermedad que no se haya mencionado (en hebreo o en español)**

	Explicación de la pregunta N°	Explicación de la pregunta N°
1. Nombre o descripción de la enfermedad.	1.	1.
2. Exámenes y tratamientos a los que ha debido someterse en relación a esa enfermedad.	2.	2.
3. Si recibe medicación, indique el tipo y la cantidad del medicamento.	3.	3.
4. ¿Ha debido hospitalizarse, por cuánto tiempo? ¿En Israel o en el extranjero?	4.	4.
5. Fecha de inicio de la enfermedad.	5.	5.
6. ¿Se ha recuperado?	6.	6.

*** Si el espacio no es suficiente, tenga a bien utilizar el reverso de la página y firmar al fin del texto añadido (en hebreo o en español).

► **Renuncia a la confidencialidad de los datos médicos**

El/La que suscribe autoriza por la presente al fondo de servicio médico y/o a sus instituciones de servicios médicos, así como a cualesquiera otras instituciones y/u hospitales y/o compañías aseguradoras y/o cualesquiera instituciones así como a cualquier parte interesada a enviar a Phoenix Insurance Company Ltd., en adelante las "Solicitantes", sin excepción, y según sea solicitado por cualquiera de dichas "Solicitantes", todos los datos concernientes a mi estado de salud y/o a enfermedades que haya experimentado en el pasado y/o que me afectan en el presente, o que podrían afectarme en el futuro, exime a ustedes de la obligación de proteger la confidencialidad de la información médica y renuncia a tal confidencialidad respecto de las "Solicitantes". Esta declaración de renuncia obliga al/a la que suscribe, a sus herederos, a sus representantes legales y a cualquier persona que le representare.

La firma del/de la que suscribe autoriza añadir suplementos médicos o desviaciones como resultado de problemas de salud, o enfermedades o lesiones existentes antes del inicio del seguro arriba mencionado. Además, la firma del/de la que suscribe autoriza que se añada un suplemento médico de hasta el 50% y/o desviaciones médicas como resultado de una afección pre-existente.

			
Fecha	Nombre de la persona asegurada	Testigo de la firma	Firma