

הצעה לביטוח רפואי + SAFE STAY
עובדים זרים בישראל

א.רוזן סוכנות לביטוח

משרד 03-6735915

בכפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח
הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
This form is intended for men and women alike. Please fill in this form fully and
accurately

מהדורת 01/2023

למשלוח הטפסים חזרה למשרדנו - במייל: info@rozen-ins.co.il או בפקס: 03-6729025

Name of agent	שם הסוכן	Agent no.	מספר הסוכן
אריק רוזן		63187	
Name of supervisor	שם המפקח	Proposal no.	מספר ההצעה

You must provide full and honest answers to every essential matter you are asked about' and not doing so may have an impact on the payment of insurance benefits. The policy documents will be sent to your mobile phone number available to the Harel Company. If you wish to receive these documents by e-mail, you should fill in your e-mail address with the personal details. Alternatively, if you want to receive these document by Israel Post, please note this here
(the documents will be sent according to the most recent details that appear in our files at the time of sending).

עליר להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח
מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא את פרטי
כתובת דוא"ל בפרטך האישיים לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן
(משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח)

A Insurance applicant personal details				פרטי המועמד לביטוח	
First name שם פרטי	Middle name שם אמצעי	Last name שם משפחה	Country of passport issuance	ארץ הנפקת דרכון	Passport No. מס' דרכון
Country of origin ארץ מוצא	Date of birth תאריך לידה	First date of insurance תאריך ראשון שבטח	Gender	מין ☐ Male זכר ☐ Female נקבה	
Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל	Insurance period requested תקופת הביטוח המבוקשת		עד תאריך		
	From To				
The work for which you came to Israel העיסוק למענו הגעת לישראל					
Zip code מיקוד	Town עיר	Apartment No. מס' דירה	House No. מס' בית	**Street כתובת: רחוב	
E-mail for personal notifications and mailings דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים		Cellphone No. מס' טלפון נייד	Telephone No. מס' טלפון		

*Note: The requested date does not bind the Company; the effective starting date of the insurance is as noted on the Insurance Details Page.
לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.
**I am aware and I agree that if I do not fill in an address, the address of the employer will serve the Company for sending notices and/or documents in any matter related to insurance. כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים

B The purpose for coming to Israel	העיסוק למענו הגעת לישראל
General / כללי ☐	Construction / בניין ☐
Agriculture / חקלאות ☐	Nursing care / סיעוד ☐

C Provider selection	בחירת ספק שירות
☐ Maccabi Health Services (the service is provided in the nursing and general divisions)	☐ מכבי שרותי בריאות (השירות יינתן בענף סיעוד/כללי)
☐ Clalit Health Services Clalit Health Services (the service is provided in the nursing, general, agricultural, and construction divisions)	☐ שירותי בריאות כללית (השירות יינתן בענף סיעוד/כללי/חקלאות/בניין)



D	פרטי ביטוח קודמים	האם הייתם מבוטאים בהרצל או בחברת ביטוח אחרת? ☐ לא ☐ כן אם כן, ציינו באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:
Details of previous insurance policies		Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? ☐ No ☐ Yes If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:
Insurance period	תקופת הביטוח	Company name שם החברה
From	עד תאריך	Policy No. מס' פוליסה
To	מתאריך	Membership No. מס' חבר

E	מידע למועמד לביטוח	בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח ניתן להאריך את תקופת הביטוח ברצף, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין התקופה שבין סיום תקופת הביטוח לבין הארכת הביטוח (תשלום בגין התקופה כאמור, יכול להתבצע ע"י המבוטא או המעסיק) וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום.
Information for the Insurance Candidate		1. According to the terms of the Policy, during 90 days following the end of the insurance period, the insurance period may be extended as a continuation, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and the extension of the insurance (payment for the said period may be made by the Insured or by the Employer), and as long as you continue to be employed as a foreign worker. After the passing of 90 days from the end of the insurance period, inclusion under a new policy will involve an underwriting process.
		2. Insofar as you are a person with disabilities, as defined in the Equal Rights for Persons with Disabilities Law, 5748 - 1998, that is, "a person with a physical, mental or intellectual, including cognitive impairment, whether permanent or temporary, which significantly limits his functioning in one or more of the central spheres of life," please notify us of this through your insurance agent, whose details appear at the beginning of this proposal.

F	הצהרת המועמד לביטוח	1. אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבוטא/החברה/הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. (א) אף שאני חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה.
Declaration of Insurance Candidate		(ב) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי.
		(ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בין לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו.
		2. מוטבים במקרה מות המבוטא חו"ח באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות. בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה.
		3. הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח. אם נדרשים להמשיך התהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור המועמד לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור המועמד לביטוח.
		4. (א) בהצטרפותך לפוליסה זו הנך מסמיך את סוכן הביטוח שלך בפוליסה להגיש ולקבל בשמך/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה.
		(ב) אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכנית הביטוח המבוקשת בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
		(ג) במידה ובוצע לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל בכל עת, בטלפון *הראל (2735).
		5. הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרות לקבל פרטים מלאים עליהן.
		6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת
כן	לא	(א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור המועמד לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור המועמד לביטוח.
		(ב) הרני להודיע כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS).
		אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזיבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777.
		מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il .
		7. ויתור על סודיות רפואית: אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי פוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת הביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליהם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
		תאריך..... שם המועמד לביטוח..... חתימה.....
		עד לחתימה (סוכן הביטוח):
		055027015 ת"ז..... אריק רוזן שם.....
		תאריך..... חתימה.....
		מס' רישיון.....

F Declaration of Insurance Candidate		הצהרת המועמד לביטוח	
1. I, the undersigned, hereby request of Harel Insurance Company Ltd. (herein: "the Insurer/Company/Harel") to insure me based on the said in this proposal. (a) Although it is not legally required that you provide some of the information requested in this document, the information is essential to adding you to the policies and handling matters related to them. The information will be collected, maintained and processed by the Company and other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) and third parties that operate for them and/or on their behalf will use them for the purpose of handling the policy and for other legitimate purposes, including actuary calculations. Additional details can be found in the privacy policy on the Company website. (b) I hereby declare that all the answers are correct and complete and have been provided of my own free will. (c) The answers specified in the Health Declaration and any other information provided to the Company, as well as the customary terms of the Company regarding this matter shall serve as fundamental terms of the insurance contract between you and the Company and shall constitute an integral part thereof. 2. Beneficiaries in case of death You may appoint beneficiaries, using the form "Application for update / Change of beneficiaries in case of death". In the absence of beneficiary appointment, the amounts will be paid to the legal heirs under the law, according to inheritance or probate order. 3. Procedure of Joining: The company is permitted to decide whether to accept or deny the proposal. For your information, the insurance contract will become effective only after the Company issues written confirmation of acceptance of the candidate for insurance. If further processing requires the clarification of terms, underwriting and acceptance for insurance, the policy shall not be issued for the insurance candidate and shall not become effective until completion of the procedures for the insurance candidate. 4. (a) I authorize my insurance agent for the policy, whose details appear at the beginning of this proposal, to submit to Harel and to receive from Harel in my name and for me all notices and/or documents related to the process of underwriting and the process of joining this policy. (b) I agree that the insurance policy of the insurance plans requested in this proposal be delivered to me by means of the agent whose details appear at the beginning of this proposal. (c) If you wish to receive the policy and/or the information in the framework of the underwriting procedure and the procedure of joining this policy directly, as well, you may contact Harel at any time, by phoning Harel (*2735). 5. I hereby confirm that I received essential information regarding the insurance, which included, at the very least, a description of the main elements of the coverage, the insurance premium, the insurance period, the main insurance amounts and the main limitations of liability, and regarding my possibility of obtaining full details about them.			
6. Agreement to Use of Information and Receipt of Advertising Material		no	yes
(a) Do you agree, beyond the requirements of the law or agreement, that the information included in this document, as well as additional information about you that is or will be possessed by other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) will be used by the Harel Group and/or anyone on their behalf, including for any matter related to the other products and services of the companies in the Harel Group (in the field of insurance, long-term savings and finances) and in their marketing, including allowing the said companies to inform you of products and services, and also for the purpose of handling other policies and/or insurance products, long-term savings and financing that you hold, processing and storing the information, and also for additional uses associated with the above-said uses and required in order to complete them, and for other related legitimate purposes, including by means of transferring the information to third parties acting on behalf of and in the name of the Harel Group. (b) We hereby inform you that there is a possibility that you will receive from the Company or from other companies in the Harel Group to which your details are provided (insofar as you consented to providing them with your details), marketing offers and advertising materials about products and services of the company and/or the companies in the Harel Group, as relevant, by means of fax, email, an automatic dialing system or short message service (SMS) texts. If you do not agree to receive marketing offers and advertising material as said, you may inform us of your refusal or change a previous choice at any time using the "Refusal of Advertising and Marketing Offers Form" which is available on the Company website at www.harel.co.il/pirsum or by contacting us in writing at the address: Harel Building, Health Division, Personal Overseas and Foreign Resident Health Division, 3 Aba Hillel, POB 1951, Ramat Gan 5211802, or by calling: 03-7547777. Additional information about the privacy policy of the institutional bodies of the Harel Group is found on the Group website at www.harel-group.co.il			
7. Waiver of medical confidentiality: I, the undersigned, hereby give permission to the HMO (kupat holim) and/or its medical institutions and/or the IDF and also to all the other physicians and psychiatrists, medical institutions and other hospitals, the National Security Council (Malal) and/or the Ministry of Defense and/or any other insurance company and/or any other institution and party, insofar as necessary in order to examine the rights and obligations according to the policy and/or for the purpose of the procedure of examining my acceptance for the insurance requested, to provide Harel with all the information and details held by the company, without exception, in the form requested by the Requester, regarding my health condition/s, any disease that I have suffered from in the past and/or that I suffer now and/or that I will suffer in the future, and I relieve you of the duty to maintain medical confidentiality and waive confidentiality in favor of the "Requester." This waiver is binding of my estate and legal representatives and anyone who comes in my place. This waiver shall also apply to my minor children.			
Date		Name of insurance Candidate	
Witness to the signature (the insurance agent):		Signature 	
Date	Name	I.D. 055027015	
License no.	Signature 	Stamp	

G Details of policyholder / present employer		פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי	
Name of Employer / Policyholder שם	ID number מס' ת.ז.	Telephone No. מס' טלפון	
E-mail for receipt of notices, information and mailings דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	Address of Employer כתובת	Cellphone No. מס' טלפון נייד	

< <

Studio**Harel** 37397.27 01/2023

Studio**Harel** 37397.27 01/2023

Studio**Harel** 37397.27 01/2023

The Insurance Candidate signed this Proposal Form after its content had been explained to him in a language he understands.

 $\leq$ $\leq$

L	Payment by credit card - Collection dates according to the arrangement of the Insured/Payer with the credit card company		תשלום באמצעות כרטיס אשראי מועדי הגבייה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי		יב
	ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:				
No. of days מס' ימים		1-90	91-180	181-240	241-365
No. of payments מס' תשלומים		1	2	4	6
Insurance applicant personal details פרטי המועמד לביטוח					
Last name שם משפחה		First name שם פרטי		Passport No. מספר דרכון	
Provision of credit card holder פרטי המשלם					
ID number מס' ת.ז.		First name שם פרטי		Last name שם משפחה	
Exp. date בתוקף עד		Card No. מס' כרטיס			
Cellphone No. מס' טלפון נייד		Zip Code מיקוד	Town יישוב	St. and house No. רחוב ומספר	
Email דוא"ל					
לידיעתך, אמצעי התשלום ישמש לתשלום דמי הביטוח עבור כל המבוטחים בפוליסה/ות. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של פוליסת/ות הביטוח והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ככל שיבוצע החזר של דמי ביטוח, ההחזר יבוצע לאמצעי תשלום זה, אלא אם הוחלט על ידי החברה לבצע את ההחזר לאמצעי תשלום אחר. היה ופוליסת/ות הביטוח תחודש/נה, יחויב כרטיס האשראי בגין החיובים הנובעים מפוליסה/ות שתחודש/נה. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה. For your information, the means of payment will be used to pay the insurance fees for all those insured under the policy/ies. The amounts and dates of charges will be according to the Company's determination, according to the terms of payment of the insurance policy/ies and the changes made to them from time to time. The charge will be in New Israeli Shekels, according to the dollar exchange rate on The billing will be sent to the credit company. If a refund of insurance fees is made, the refund will be made to this means of payment, unless the Company decides to make the refund to another means of payment. If the policy/ies is/are renewed, the credit card will be charged according to the charges that arise from the renewed policy/ies. This permission will also hold for charging a card that bears a different number that is issued as a replacement for the card whose number is noted on this form.					
Signature of the credit card holder / חתימת בעל כרטיס האשראי					Date / תאריך



הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

שם המבוטח	מספר פוליסה
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

02/2021	3278.4	סטודיו הארץ
---------	--------	-------------

הוראת תשלום באמצעות שיקים (מצ"ב פירוט)					
תאריך פירעון	שם הבנק	מספר סניף	מספר השיק	מספר חשבון	סכום בש"ח
				סה"כ	

מספר הבנק..... שם הבנק..... מספר סניף..... מספר חשבון.....

אני הח"מ מאשר לגבות בהוראת הקבע שלי המצ"ב מחשבון בנק.....
 סניף עבור הפוליסות המפורטות לעיל.

☐ ויזה ☐ ישראלכרט ☐ דיינרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר					
תוקף		מספר כרטיס			
חודש 	שנה 				

תאריך: שם בעל החשבון: מספר זהות: חתימת בעל החשבון:

- אני מאשר בחתימתי את נכונות הרשום לעיל.
- אני מתחייב לשמור על הטופס הנ"ל לצרכי בקרה.

תאריך: _____ שם סוכן: _____ **אריק רוזן** מספר סוכן: _____ 63187 חתימת הסוכן: _____

Declaración de Salud para Seguro Médico – Extranjeros en Israel

Conforme a la Propuesta de Seguro Médico incluida, la cual constituye parte integral de la Declaración de Salud.

El formulario está destinado a ambos sexos.

Por favor, llene el formulario en forma precisa y completa.

05/2020 Edition

A la atención de:

Harel Compañía de Seguros Ltda. – Departamento de Seguros de Obreros Extranjeros/Turistas.

Calle Abba Hillel 3, Apartado Postal 1951, Ramat Gan 521180. Fax :03-7348083 , Email: fax7930@harel-ins.co.il

A Datos del candidato al Seguro

No. Pasaporte	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo ☐ M ☐ F	
En la Declaración de Salud, se debe responder a las siguientes preguntas con el signo V, en la columna de la respuesta adecuada. En todo caso que la respuesta sea Sí a alguna de las preguntas, se debe agregar un documento actualizado del médico de cabecera relacionado al problema declarado, resultados de exámenes, índole del tratamiento médico y datos sobre la situación actual.					
Parte A: Preguntas generales				No	Sí
1.	Altura (en centímetros) Peso (en kilogramos)				
2.	☐ ¿Consume o ha consumido drogas? ☐ ¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas en forma permanente? Detalle las cantidades consumidas: vasos por día.				
3.	¿Le ha sido prescrito alguno de los siguientes exámenes médicos en los últimos 10 años (no como parte de exámenes rutinarios) y aún no lo ha efectuado o aún no ha sido establecida una diagnosis final: enfermedades crónicas, cateterismo, mapeo, ecocardiografía, IRM, TC, ultrasonido (no como parte de seguimiento rutinario de embarazos), biopsia, sangre oculta, colonoscopia o gastroscopia, enfermedades autoinmunitarias incluyendo lupus (en estos casos, debe suministrarse un documento del médico de cabecera, con referencia a la causa del examen prescrito, resultados del examen y la diagnosis final).				
4.	¿Ha pasado en los últimos 10 años o debe pasar en el próximo futuro por alguna intervención quirúrgica o trasplante? Detalle, por favor				
5.	¿Ha estado internado en un hospital o en otro centro médico durante los últimos 10 años? Detalle, por favor, la causa de la hospitalización y el tratamiento médico recibido.				
6.	¿Ha recibido o le han recomendado recibir en forma permanente algún tipo de medicamento durante los últimos 10 años? Detalle, por favor, el problema por el cual ha sido o está siendo tratado, cual es el tipo de tratamiento y el período de tiempo durante el cual recibe los citados medicamentos.				
7.	¿Le han sido diagnosticadas alergias? Detalle, por favor				
Parte B: ¿Sufre o ha sufrido de alguna enfermedad, fenómeno o trastorno relacionado con alguno de los temas detallados a continuación?					
1.	☐ Sistema nervioso ☐ Evento cerebrovascular ☐ Epilepsia ☐ Esclerosis múltiple ☐ Distrofia muscular u otra enfermedad degenerativa ☐ Mareos recurrentes ☐ Dolores de cabeza ☐ Pérdida del equilibrio Desmayos ☐ Parkinson ☐ Alzheimer ☐ Temblores ☐ Retardo mental ☐ Autismo ☐ Síndrome de Down ☐ Parálisis cerebral ☐ Poliomielitis ☐ Enfermedad de Gaucher ☐ Insensibilidad ☐ TDAH Migrenas ☐ ¿Ha recurrido a un médico con respecto a quejas relacionadas con pérdida de la memoria (Demencia)? ☐ SIDA ☐ Portador VIH ☐ Lupus En todo caso que la respuesta a alguna de las preguntas haya sido positiva, se debe agregar una carta actualizada del médico neurólogo tratante.				
2.	Ojos y visión: ☐ Cataratas ☐ Problemas de retina y cornea ☐ Glaucoma ☐ Infecciones de los ojos ☐ Estrabismo ☐ Ceguera Otra enfermedad o deficiencia de la visión ☐ No ☐ Sí. En caso de respuesta positiva, detalle				
3.	Corazón: ☐ Arritmias cardíacas ☐ Enfermedades cardíacas ☐ Insuficiencia cardíaca ☐ Ataque cardíaco ☐ Defecto cardíaco congénito ☐ Cateterismo ☐ Enfermedades valvulares Otra enfermedad o deficiencia cardíaca ☐ No ☐ Sí. En caso de respuesta positiva, detalle				
4.	Vasos sanguíneos: ☐ Várices (en las piernas) ☐ Arterias carótidas (en el cuello) ☐ Trastornos de la coagulación ☐ Anemia ☐ Enfermedad sanguínea ☐ TVP (Trombosis Venosa Profunda) ☐ EVP (Enfermedad Vascular Periférica) Otra enfermedad o deficiencia de los vasos sanguíneos ☐ No ☐ Sí. En caso de respuesta positiva, detalle				
5.	Enfermedades metabólicas: ☐ Glándula tiroides ☐ Glándulas linfáticas ☐ Glándulas salivales ☐ Glándulas sudoríparas ☐ Glándula pituitaria ☐ Diabetes ☐ Hipertensión ☐ Niveles altos de grasas/colesterol en la sangre Otra enfermedad o deficiencia metabólica ☐ No ☐ Sí. En caso de respuesta positiva, detalle				
6.	Vías respiratorias: ☐ Asma ☐ Tuberculosis ☐ EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) ☐ Fiebre del Heno ☐ Infecciones recurrentes en las vías respiratorias y falta de aire ☐ Neumotórax ☐ Fibrosis quística Otra enfermedad o deficiencia de las vías respiratorias ☐ No ☐ Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle				



^dt33539

A Datos del candidato al Seguro

Parte B: ¿Sufre o ha sufrido de alguna enfermedad, fenómeno o trastorno relacionado con alguno de los temas detallados a continuación?		No	Sí
7.	Sistema digestivo: ☐ Úlcera (estómago/duodeno) ☐ Acidez estomacal ☐ Enfermedad de Crohn ☐ Colitis ☐ Reflujo gastroesofágico ☐ Hemorroides ☐ Fisura/fístula ☐ Obstrucción intestinal Enfermedades/infecciones pancreáticas ☐ Esófago ☐ Vesícula biliar ☐ Cálculos biliares Otra enfermedad o deficiencia del sistema digestivo ☐ No ☐ Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle		
8.	Hígado: ☐ Ictericia ☐ Hepatitis B, C, D ☐ Hígado graso ☐ Cirrosis Otra enfermedad o deficiencia del hígado ☐ No ☐ Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle		
9.	Hernia: Ubicación de la hernia: diafragma/ombligo/entrepierna derecha/ entrepierna izquierda ¿Ha pasado por una intervención quirúrgica para el tratamiento de una hernia? ☐ No ☐ Sí, Cuándo? (Fecha) ¿El problema ha sido solucionado? ☐ No ☐ Sí		
10.	Riñones y vías urinarias: ☐ Infecciones recurrentes ☐ Cálculos en los riñones o en las vías urinarias ☐ Quistes en los riñones ☐ Defectos en las vías urinarias ☐ Insuficiencia renal Otra enfermedad o deficiencia en las vías urinarias ☐ No ☐ Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle		
11.	Huesos y articulaciones: ☐ Inflamación de las articulaciones (Artritis) ☐ Gota ☐ Espalda/columna vertebral ☐ Articulaciones ☐ Rodillas Otra enfermedad o deficiencia en las articulaciones o huesos ☐ No ☐ Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle		
12.	Enfermedades dermatológicas y de transmisión sexual: ☐ Tumores de la piel ☐ Lesiones cutáneas Psoriasis ☐ Enfermedades de transmisión sexual ☐ Sífilis Otra enfermedad dermatológica o de transmisión sexual ☐ No ☐ Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle		
13.	Tumores malignos/enfermedades malignas (cáncer)		
14.	Preguntas destinadas al sexo femenino: ☐ Senos (incluyendo implante mamario) ☐ Otras enfermedades o deficiencias del sistema ginecológico ☐ No ☐ Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle		
15.	Preguntas destinadas al sexo masculino: ☐ Trastornos de la próstata ☐ Varicocele, Hidrocele Otras enfermedades o deficiencias del sexo masculino ☐ No ☐ Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle		
16.	Enfermedades mentales: ☐ Enfermedad mental diagnosticada por un psicólogo, psiquiatra o médico de cabecera		
17.	Enfermedades de oído, nariz y garganta: ☐ Apnea obstructiva del sueño ☐ Pólipos nasales ☐ Sinusitis Otras enfermedades o deficiencias de oído, nariz y garganta ☐ No ☐ Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle		

Detalle

.....

.....

B Declaración del candidato al Seguro:

1. Yo declaro por la presente que todas las respuestas son veraces, completas y han sido suministradas de mi propia y libre voluntad.
2. Las respuestas incluidas en la Declaración de Salud y toda otra información que sea suministrada al Asegurador, así como las condiciones habituales aceptadas por el Asegurador con este fin, servirán como base esencial para el contrato del Seguro entre mi persona y el Asegurador y serán parte integral de ese contrato.
3. El Asegurador podrá aprobar o rechazar la Propuesta de Seguro Médico, sin que deba justificar su decisión. Es de mi conocimiento que el contrato del Seguro entrará en vigencia solo después que el Asegurador expida una autorización por escrito sobre la aprobación del Asegurado y después que el primer pago por el Seguro se haga efectivo en su totalidad.

Esta condición de pago completo de la primera prima del Seguro no se aplicará si el Asegurador ha recibido una forma de pago de la cual se pueda cobrar la prima del Seguro.

4. La información incluida en este documento es indispensable para su registro en las pólizas, así como para toda otra condición relacionada con las pólizas y su manejo. La compañía y otras compañías del Grupo Harel (Harel Seguros Inversiones y Servicios Financieros Ltda. y sus subsidiarias) y/o toda persona o entidad actuando legalmente en su nombre podrán usar la citada información, incluyendo el procesamiento, almacenamiento y uso de la misma para cualquier propósito relacionado con las pólizas y otros legítimos propósitos, incluyendo la entrega de dicha información a terceras partes que operen en nombre del Grupo Harel.

5. ¿Alguna compañía de Seguros ha rechazado o cancelado en el pasado su solicitud de Seguro Médico?

☐ No ☐ Sí, especifique

6. **Renuncia a confidencialidad médica:** Yo, el abajo firmante, autorizo por el presente a Kupath Holim y/o a sus instituciones médicas, así como a todos los médicos, otras instituciones médicas y hospitales y/o a toda compañía de seguros y/o a toda otra institución o entidad, siempre que sea necesario a fin de examinar los derechos y obligaciones bajo la póliza y/o a fin de examinar el proceso de mi admisión al Seguro solicitado, a entregar a la Compañía de Seguros Harel todos los datos, sin excepción y en la forma que lo exija el solicitante, sobre mi situación médica y/o sobre toda enfermedad que he padecido en el pasado y/o que padezca en el presente y/o que pueda padecer en el futuro. Así, también, eximo a Uds. de toda obligación relacionada con la preservación de la confidencialidad médica y renuncio a esta confidencialidad a favor del solicitante. Este formulario de renuncia será válido con respecto a mi persona, a mis herederos y apoderados legales y a toda persona o entidad que actúe legalmente en mi nombre.

El Asegurado ha firmado esta Declaración de Estado de Salud, después de habersele explicado su contenido en un idioma conocido por él .



Fecha



Firma del candidato al Seguro



Firma del testigo

C Confirmación de condiciones de aceptación

En caso que, durante el proceso de suscripción de mi Seguro, haya necesidad de agregar las condiciones especificadas a continuación, a fin de emitir la póliza solicitada, estas serán fijadas en la póliza que será emitida a mi nombre, de acuerdo a lo siguiente:

No se cubrirá ningún caso de seguro relacionado con

Fecha Nombre No. Pasaporte Firma 