

Dichiarazione sullo stato di salute per assicurazione medica - Stranieri in Israele



È soggetta alla richiesta di assicurazione qui allegata, che costituisce parte integrale della dichiarazione sullo stato di salute

Edizione 05/2020

Questo modulo è indirizzato a uomini e donne.

Accertarsi di compilare questo modulo in modo accurato e completo.

All'attenzione di.

Harel Insurance Company Ltd. Foreign Employees / Tourist Insurance Branch

3 Abba Hillel Street, P.O. Box 1951, Ramat Gan 5211802, Fax: 7348083-03, email: fax7930@harel-ins.co.il

A Dati sulla persona che richiede l'assicurazione

| | | | | |
|------------------|---------|------|---------------|--|
| N. di passaporto | Cognome | Nome | Date of birth | Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
|------------------|---------|------|---------------|--|

In questa dichiarazione di salute deve rispondere alle seguenti domande contrassegnando "✓" nella colonna della risposta appropriata. Se la risposta a una delle domande è "Sì" è necessario allegare un certificato aggiornato del medico curante, che si riferisce al problema dichiarato, i risultati dell'esame, la modalità di trattamento e lo stato attuale.

Sezione A: Domande generiche

| | No | Sì |
|---|----|----|
| 1. Altezza in cm Peso in kg | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Usa, o ha usato narcotici in passato? <input type="checkbox"/> Beve, o ha bevuto in passato bevande alcoliche regolarmente? Specifichi la quantità che consuma / consumava: bicchieri al giorno. | | |
| 3. Durante gli ultimi 10 anni, Le sono stati prescritti alcuni dei seguenti esami (non nel contesto di controlli di routine), che non ha ancora fatto o per i quali non ha ancora avuto una diagnosi definitiva determinata per Lei, come: malattia cronica, cateterismo, mappatura ossea, ecocardiografia, risonanza magnetica, TAC, ecografia (per motivi diversi da una cura prenatale di routine), biopsia, sangue occulto, colonoscopia o gastroscopia, malattie autoimmuni compreso lupus (se "Sì", presentare un certificato del medico curante, indicante il motivo a causa del quale è stato eseguito l'esame, i risultati dell'esame e la diagnosi finale). | | |
| 4. Attualmente, o durante gli ultimi 10 anni, ha dovuto essere sottoposto a un'operazione chirurgica / un trapianto? Descriva nei dettagli: | | |
| 5. Durante gli ultimi 10 anni, è stato ricoverato? Descriva nei dettagli il motivo del ricovero e il trattamento che ha ricevuto. | | |
| 6. Durante gli ultimi 10 anni, ha preso o le è stato raccomandato di prendere farmaci regolarmente? Descriva nei dettagli il problema per il quale è in cura / è stato in cura, il trattamento, e per quanto tempo ha preso il farmaco suddetto? | | |
| 7. Le sono state diagnosticate allergie? Descriva nei dettagli: | | |

Sezione B: Le è stata diagnosticata una malattia, sindrome, disturbo collegato con uno o più dei problemi sotto specificati:

| | | |
|--|--|--|
| 1. Il sistema nervoso <input type="checkbox"/> Evento cerebrovascolare (ictus) <input type="checkbox"/> Epilessia <input type="checkbox"/> Sclerosi multipla <input type="checkbox"/> Distrofia muscolare o altra malattia atrofica <input type="checkbox"/> Capogiri ripetuti <input type="checkbox"/> Mal di testa <input type="checkbox"/> Disturbi dell'equilibrio <input type="checkbox"/> Svenimento <input type="checkbox"/> Morbo di Parkinson <input type="checkbox"/> Morbo di Alzheimer <input type="checkbox"/> Tremolio <input type="checkbox"/> Ritardo mentale <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Sindrome di Down <input type="checkbox"/> Paralisi cerebrale <input type="checkbox"/> Poliomielite (paralisi infantile) <input type="checkbox"/> Malattia di Gaucher <input type="checkbox"/> Perdita di sensazione (intorpidimento) <input type="checkbox"/> Disturbi da deficit di attenzione <input type="checkbox"/> Eemicrania <input type="checkbox"/> Si è rivolto a un medico a causa di un disturbo relativo a un calo di memoria (demenza) <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Portatore di HIV <input type="checkbox"/> Lupus Se la risposta a una o più delle domande sopra indicate è "Sì", alleghi una lettera aggiornata del neurologo curante. | | |
| 2. Occhi e vista: <input type="checkbox"/> Cataratta <input type="checkbox"/> Problemi della retina e della cornea <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Infiammazione degli occhi. <input type="checkbox"/> Strabismo <input type="checkbox"/> Cecità Altra malattia / problema degli occhi: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se "Sì" specifichi: | | |
| 3. Cuore: <input type="checkbox"/> Aritmie cardiache <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca <input type="checkbox"/> Attacco cardiaco <input type="checkbox"/> Difetto cardiaco congenito <input type="checkbox"/> Cateterismo <input type="checkbox"/> Patologie delle valvole cardiache, altra malattia / problema cardiaco: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se "Sì" specifichi: | | |
| 4. Vasi sanguigni: <input type="checkbox"/> Vene varicose (nelle vene delle gambe) <input type="checkbox"/> Arteria carotidea (nelle arterie del collo) <input type="checkbox"/> Disturbi della coagulazione <input type="checkbox"/> Malattia del sangue TVP (trombosi) <input type="checkbox"/> MVP (Malattia Vascolare Periferica), altra malattia / problema vascolare <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se "Sì" Specifichi: | | |



A **Dati sulla persona che richiede l'assicurazione**

| Sezione B: Le è stata diagnosticata una malattia, sindrome, disturbo collegato con uno o più dei problemi sotto specificati: | | No | Sì |
|--|--|----|----|
| 5. | Malattie metaboliche: <input type="checkbox"/> Ghiandola tiroide <input type="checkbox"/> Linfonodo <input type="checkbox"/> Ghiandola salivari <input type="checkbox"/> Ghiandola apocrina <input type="checkbox"/> Ghiandola pituitaria <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Ipertensione <input type="checkbox"/> Alti livelli di grassi / colesterolo, altra malattia / problema metabolica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici: | | |
| 6. | Apparato respiratorio: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva) <input type="checkbox"/> Febbre da fieno <input type="checkbox"/> Infezioni respiratorie ricorrenti e mancanza di respiro <input type="checkbox"/> Polmone collassato (Pneumotorace) <input type="checkbox"/> Fibrosi cistica Altra malattia / problema dell'apparato respiratorio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici: | | |
| 7. | Apparato digerente: <input type="checkbox"/> Ulcera (del duodeno / gastrica) <input type="checkbox"/> Bruciore di stomaco <input type="checkbox"/> Morbo di Crohn <input type="checkbox"/> Colite <input type="checkbox"/> Reflusso <input type="checkbox"/> Emorroidi <input type="checkbox"/> Rima/ Fistola <input type="checkbox"/> Ostruzione intestinale <input type="checkbox"/> Malattie / infezioni del pancreas <input type="checkbox"/> Esofago <input type="checkbox"/> Cistifellea <input type="checkbox"/> Calcoli alla cistifellea Altra malattia / problema dell'apparato digerente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici: | | |
| 8. | Fegato: <input type="checkbox"/> Itterizia <input type="checkbox"/> Epatite B, C, D <input type="checkbox"/> Fegato grasso <input type="checkbox"/> Cirrosi, altra malattia / problema dell'apparato digerente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici: | | |
| 9. | Ernia: Posizione dell'ernia: Nel diaframma / nell'ombelico / nell'inguine destro / nell'inguine sinistro È stato sottoposto a un'operazione chirurgica per curare l'ernia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, quando (data)? Il problema è stato risolto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì | | |
| 10. | Rene e tratto urinario: <input type="checkbox"/> Infezioni ricorrenti <input type="checkbox"/> Calcoli dei reni e urinari <input type="checkbox"/> Cisti renale <input type="checkbox"/> Anomalie del tratto urinario <input type="checkbox"/> Insufficienza renale, altra malattia / problema renale e del tratto urinario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici: | | |
| 11. | Articolazioni e ossa: <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Gotta <input type="checkbox"/> Schiena / Colonna vertebrale <input type="checkbox"/> Articolazioni <input type="checkbox"/> Ginocchia Altra malattia / problema delle articolazioni <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici: | | |
| 12. | Malattie della pelle e veneree: <input type="checkbox"/> Tumori della pelle <input type="checkbox"/> Lesioni cutanee <input type="checkbox"/> Psoriasi <input type="checkbox"/> Malattie sessualmente trasmissibili <input type="checkbox"/> Sifilide Altra malattia / problema della pelle e venerea <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici: | | |
| 13. | Tumori / malattie maligne (cancro). | | |
| 14. | Per le donne: <input type="checkbox"/> Seno (compresa mastoplastica additiva) <input type="checkbox"/> Apparato ginecologico, malattia / altro problema femminile <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici: | | |
| | <input type="checkbox"/> Sei incinta? <input type="checkbox"/> Sei stata sottoposta a parto cesareo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici quando (data): | | |
| 15. | Per gli uomini: <input type="checkbox"/> Problemi alla prostata <input type="checkbox"/> Varicocele / Idrocele Altra malattia / problema maschile <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici: | | |
| 16. | Malattia mentale: Malattia mentale che è stata diagnosticata da uno psicologo, psichiatra o dal medico di famiglia. | | |
| 17. | Malattie del naso, l'orecchio e la gola: <input type="checkbox"/> Sindrome da apnea nel sonno <input type="checkbox"/> Polipo nasale <input type="checkbox"/> Sinusite Altra malattia / problema del naso, l'orecchio e la gola <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, se " Sì" specifici: | | |

Si prega di fornire dettagli:

.....

.....

B Dichiarazione del richiedente l'assicurazione

1. Dichiaro con la presente che tutte le risposte sono corrette, complete e fornite volontariamente.
2. Le risposte fornite nella Dichiarazione sullo Stato di Salute e ogni altra informazione da fornire all'Assicuratore e inoltre i termini e le condizioni accettate dall'Assicuratore a questo proposito serviranno come condizione materiale del contratto di assicurazione fra di Lei e l'Assicuratore e ne formeranno parte integrale.
3. L'Assicuratore può decidere se accettare o respingere la domanda senza dover giustificare la sua decisione. Si prega di notare che il contratto di assicurazione entra in vigore solo dopo che l'Assicuratore emette una conferma scritta dell'ammissione dell'assicurato all'assicurazione e dopo che il Premio di Assicurazione iniziale è stato pienamente pagato. Questa condizione di pagamento completo del Premio di Assicurazione iniziale non sarà rilevante se l'Assicuratore ha ricevuto un mezzo di pagamento dal quale può essere riscosso il Premio di Assicurazione.
4. Le informazioni contenute in questo documento sono necessarie per la Sua ammissione alle Polizze e per ogni altra questione collegata con le polizze, e la loro gestione. La Società e altre società del gruppo Harel (Harel Investments in Insurance and Financial Services Ltd. e le sue società controllate) e / o chiunque agisca a loro nome le userà, compresa la loro elaborazione, memorizzazione e uso, per qualsiasi questione collegata con le Polizze e altri scopi legittimi, anche per mezzo di trasferimento delle informazioni a terzi che operano a nome e per conto del Gruppo Harel.
5. In passato una compagnia di assicurazione ha rifiutato o annullato la Sua richiesta di assicurazione sanitaria?
 No Sì, se " Sì" Specificichi:
6. **Rinuncia alla riservatezza medica:** Io sottoscritto concedo con la presente l'autorizzazione all'azienda sanitaria e/o le sue istituzioni mediche, e a tutti i medici e/o psichiatri, le istituzioni mediche e altri ospedali e/o ogni compagnia di assicurazione e/o altra istituzione e organismo, nella portata necessaria per chiarire i diritti e gli obblighi in conformità con la Polizza di Assicurazione, e/o ai fini del procedura di revisione della mia ammissione all'assicurazione richiesta, a inviare informazioni a Harel, comprese informazioni detenute dalla società e dettagli senza eccezione e nella forma richiesta dalla(e) Parte(i) Richiedente(i), relative alla mia condizione di salute, qualsiasi malattia di cui ho sofferto in passato e/o di cui soffro attualmente e/o di cui soffrirò in futuro, e vi libero dal dovere di conservare la riservatezza medica e rinuncio a questa riservatezza in favore della "Parte Richiedente". Questa deroga scritta impegna la mia eredità e i miei rappresentanti legali e chiunque agirà in mia vece.

Il candidato all'assicurazione ha firmato questo modulo di dichiarazione dello stato di salute, dopo avere ricevuto una spiegazione del suo contenuto in una lingua che capisce.

Data: Firma del candidato all'assicurazione:  Firma di un testimone: 

C Conferma dei termini e delle condizioni di ammissione

Do il mio consenso preventivo che nella misura in cui durante il processo di emissione della polizza relativa a me emerga che per emettere la Polizza di Assicurazione richiesta, i termini e le condizioni di emissione della polizza sotto indicati devono essere stabiliti nella Polizza di Assicurazione che sarà emessa per me come rilevante, allora:
 Non sarà fornita una copertura per un Evento Assicurativo relativo a:

.....

Data

Nome

N. di Passaporto

Firma