

Declaratie de sanatate necesara incheierii de asigurari medicale persoanelor straine in Israel.

In conformitate cu oferta politei de asigurare, anexata prezentei declaratii, si care reprezinta parte integrala din declaratia de sanatate.

05/2020 Edition

Formularul se adreseaza in egala masura femeilor si barbatilor.

Va rugam sa completati acest formular in mod corect si complet.

Catre

Societatea de asigurri Harel S.R.L. – Departamentul Asigurri pentru Muncitori Strini / Turiti

Str. Abba Hillel nr. 3, csua potal 1951, Ramat Gan 5211802, Fax: 7348083-03 email: fax7930@harel-ins.co.il

A Date personale despre persoana ce doreste sa incheie asigurarea

Nr. de pasaport	Nume de familie	Prenume	Data de nastere	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
În Declarația de Sănătate, răspundeți la întrebările de mai jos marcând prin "V" în căsuța răspunsului corect. Dacă răspundeți "Da" la vreuna din întrebări, atașați vă rugăm un certificat medical recent de la doctorul curant cu referire la problema de sanatate declarată, rezultatele analizelor, tipul tratamentului și situația curentă					
Partea I: Intrebari generale				Nu	Da
1.	Inaltimea in cm greutatea in kg				
2.	<input type="checkbox"/> Folosiți sau ați folosit vreodată narcotice? <input type="checkbox"/> Consumați / ați consumat în mod regulat băuturi alcoolice ? Detaliați in ceea ce priveste cantitatea,... pahare pe zi.				
3.	În ultimii 10 ani, ați fost trimis sa efectuați urmatoarele analize medicale (ce nu fac parte din setul de analize de rutina) pe care nu le-ati efectuat sau nu v-a fost pus încă un diagnostic final: boli cronice, cateterizare, catografiere osoasă, eco cardiografie, RMN, CT, ecografie (care nu face parte din testele de rutină pe parcursul sarcinii), biopsie, hemoragie oculă, colonoscopie, gastroscopie, boli autoimune inclusiv lupus (Dacă răspunsul este "Da", atașați vă rugăm un certificat medical recent de la doctorul curant cu referire la motivul efectuării analizelor, rezultatele analizelor și diagnosticul final).				
4.	În ultimii 10 ani, ati efectuat sau urmeaza sa efectuati o operatie chirurgicala/ implant ? Vă rugăm specificați				
5.	În ultimii 10 ani ați fost spitalizat? Vă rugăm precizați motivul spitalizării și tratamentul aplicat.				
6.	În ultimii 10 ani, ați luat sau vi s-a recomandat să luați medicamente în mod regulat? Vă rugăm precizați care este problema de sănătate pentru care sunteți/ați fost tratat, care este tratamentul administrat, de cât timp luați respectivele medicamente?				
7.	Ati fost diagnosticat ca suferind de alergie? Detaliați				
Partea II: Ati fost diagnosticat cu vreo boala, manifestare sau tulburare legate de unul sau unele dintre subiectele prevazute in continuare:				Nu	Da
1.	<input type="checkbox"/> Sistemul nervos <input type="checkbox"/> Accident vascular cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Scleroză multiplă <input type="checkbox"/> Atrofie musculară sau altă boală degenerativă <input type="checkbox"/> Ameteli ce se repeta <input type="checkbox"/> Dureri de cap <input type="checkbox"/> Tulburari de echilibru <input type="checkbox"/> Lesinuri <input type="checkbox"/> Sindromul Parkinson <input type="checkbox"/> Boala Alzheimer <input type="checkbox"/> Tremur <input type="checkbox"/> Retardare mintala <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Sindrom Down <input type="checkbox"/> Paralizie cerebrala spastica <input type="checkbox"/> Poliomiela <input type="checkbox"/> Boala Gaucher <input type="checkbox"/> Pierdere de senzatii <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Migrene <input type="checkbox"/> Ati apelat la doctor in probleme legate de tulburari de memorie (dementa) <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> posesor HIV <input type="checkbox"/> Lupus Dacă răspunsul este "Da" pentru măcar unul dintre subiectele de mai sus, trebuie să atașați o scrisoare recenta de la doctorul neurolog curant.				
2.	Ochi și vedere: <input type="checkbox"/> Cataracta <input type="checkbox"/> Probleme de retina si cornee <input type="checkbox"/> Glaucom <input type="checkbox"/> Infectia ochilor <input type="checkbox"/> Strabism <input type="checkbox"/> Orbire Alta boala/problema medicala a ochilor <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da detaliați:				
3.	Inima: <input type="checkbox"/> Tahicardie <input type="checkbox"/> Boala de inima <input type="checkbox"/> Insuficienta cardiaca <input type="checkbox"/> Atac de cord <input type="checkbox"/> Defect cardiac din nastere <input type="checkbox"/> Cateterizare <input type="checkbox"/> Boli ale valvelor cardiace Alta boala/problema medicala a inimii <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da detaliați:				
4.	Circulatia sangelui: <input type="checkbox"/> Varice (veneale picioarelor) <input type="checkbox"/> Stenoza carotidina (in aortele carotidiene) <input type="checkbox"/> Probleme de coagulare a sangelui <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Boli de sange <input type="checkbox"/> Tromboza Venoasa Profunda (tromboza) <input type="checkbox"/> Boala vasculara periferica (boala vaselor de sange capilare) Alta boala/problema medicala de circulatia sangelui <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da detaliați:				



A Date personale despre persoana ce doreste sa incheie asigurarea

Partea II: Ati fost diagnosticat cu vreo boala, manifestare sau tulburare legate de unul sau unele dintre subiectele prevazute in continuare:		Nu	Da
5.	Boli metabolice: <input type="checkbox"/> Glanda tiroida <input type="checkbox"/> Glande limfatice <input type="checkbox"/> Glande salivare <input type="checkbox"/> Glande sudoripare <input type="checkbox"/> Glanda cerebrala <input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Hipertensiune <input type="checkbox"/> Colesterol ridicat Alta boala/problema medicala metabolica <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da detaliati:		
6.	Cai respiratorii: <input type="checkbox"/> Astm <input type="checkbox"/> Tuberculoza <input type="checkbox"/> Obstructie pulmonara cronica <input type="checkbox"/> Febra fanului <input type="checkbox"/> Infectii repetitive ale cailor respiratorii si deficiente de respiratie <input type="checkbox"/> Pneumotorax <input type="checkbox"/> Fibroza cistica Alta boala/problema medicala a cailor respiratorii: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da detaliati:		
7.	Sistemul digestiv: <input type="checkbox"/> Ulcer stomacal <input type="checkbox"/> Gastrita <input type="checkbox"/> Boala Crohn <input type="checkbox"/> Colita <input type="checkbox"/> Reflux gastroesofagian <input type="checkbox"/> Hemoroizi <input type="checkbox"/> Fisuri/fistule <input type="checkbox"/> Blocaj intestinal <input type="checkbox"/> Boli/infectii ale pancreasului <input type="checkbox"/> ale esofagului <input type="checkbox"/> ale fierii <input type="checkbox"/> pietre la fiere Alta boala/problema medicala a sistemului digestiv: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da detaliati:		
8.	Ficat: <input type="checkbox"/> Icter <input type="checkbox"/> Hepatita B, C, D <input type="checkbox"/> Ficat gras <input type="checkbox"/> Ciroza Alta boala/problema medicala a ficatului <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da detaliati:		
9.	Hernie: <input type="checkbox"/> Hernie: locația herniei - <input type="checkbox"/> In diafragmă <input type="checkbox"/> In ombilic <input type="checkbox"/> In zona inghinală dreaptă <input type="checkbox"/> In zona inghinală stângă Ați efectuat o operație pentru a trata hernia? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, când? (data) Problema a fost rezolvată? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da		
10.	Rinichi si tractul urinar: <input type="checkbox"/> Infectii care se repeta <input type="checkbox"/> Pietre la rinichi si la tractul urinar <input type="checkbox"/> Chisturi la rinichi o Deformari ale tractului urinar <input type="checkbox"/> Insuficienta renala Alta boala/problema medicala a rinichilor sau a tractului urinar: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da detaliati:		
11.	Incheieturi si sistemul osos: <input type="checkbox"/> Artrita <input type="checkbox"/> Guta o Spate/sira spinarii <input type="checkbox"/> Incheieturi <input type="checkbox"/> Genunchi Alta boala/problema medicala a incheieturilor sau a sistemului osos: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da, detaliati		
12.	Boli de piele si cu transmitere sexuala: <input type="checkbox"/> Tumori pe piele <input type="checkbox"/> Leziuni ale pielii <input type="checkbox"/> Psoriazis <input type="checkbox"/> Boli cu transmitere sexuala <input type="checkbox"/> Sifilis Alta boala/problema medicala a pielii sau cu transmitere sexuala: Alta boala/problema medicala a barbatilor <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da, detaliati		
13.	Tumori maligne/ boli maligne (cancer)		
14.	Pentru femei: <input type="checkbox"/> Sâni (inclusiv marirea pieptului) <input type="checkbox"/> Sistemul ginecologic, alta boala/problema de sanatate a femeilor <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da, detaliati: <input type="checkbox"/> Sunteti gravida? <input type="checkbox"/> Ati nascut prin operatie cezariana ? Daca da, cand:		
15.	Pentru barbati: <input type="checkbox"/> Probleme cu prostata ? <input type="checkbox"/> Varicocel/ Hidrocel Alta boala/problema medicala a barbatilor <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da, detaliati		
16.	Boli mintale: boli mintale ce au fost diagnosticate de catre psiholog, psihiatru sau doctor de familie.		
17.	Boli ORL: <input type="checkbox"/> Sindrom apnee <input type="checkbox"/> Polipi nazali <input type="checkbox"/> Sinuzita Alta boala/problema medicala ORL <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, daca da, detaliati		

Detaliati:

.....

.....

B Declarația persoanei ce dorește să încheie asigurarea

1. Subsemnatul declar prin prezenta că toate răspunsurile pe care le-am dat sunt corecte, complete și oferite de bună voie.
2. Răspunsurile cuprinse în Declarația de Sănătate și orice alte date transmise Companiei de Asigurări, precum și condițiile obișnuite ale Companiei de Asigurări legate de acest subiect, vor constitui condiții esențiale ale contractului dintre mine și Compania de Asigurări și vor constitui parte integrală din acesta.
3. Compania de Asigurări poate hotărî să accepte sau să respingă cererea de asigurare fără a avea obligația de a-și justifica hotărârea. Spre informarea d-voastră, contractul de asigurare își începe perioada de valabilitate doar după ce Compania de Asigurări vă va trimite o confirmare scrisă a faptului că cererea a fost admisă și după ce premiul inițial a fost plătit în întregime. Această condiție a plății premiului inițial nu se va aplica dacă Companiei de Asigurări i se va pune la dispoziție un mod de plată prin care vor putea fi achitate premiile de asigurare.
4. Informațiile cuprinse în acest document sunt esențiale pentru încheierea contractului de asigurare, precum și pentru orice alte operațiuni legate de polița de asigurare sau de procesarea acesteia. Compania de Asigurări și alte societăți din grupul Harel (Harel Investiții în Asigurări și Servicii Financiare S.R.L. și filialele acesteia) și/sau reprezentanții acestora vor folosi aceste informații, și le vor putea procesa, stoca și folosi în legătură cu polița de asigurare și pentru alte scopuri legale, inclusiv prin transmiterea informațiilor unor terțe persoane ce operează în numele și pentru Grupul Harel.
5. Vi s-a refuzat vreodată de către vreo companie de asigurări de sănătate cererea de încheiere a asigurării de sănătate sau vi s-a anulat vreodată polița de asigurări de sănătate?
 Nu Da, dacă da, specificați
6. **Renunțarea la dreptul la confidențialitate medicală:** Subsemnatul îmi dau prin prezenta acceptul ca policlinica ("Kupat Holim") și/sau instituțiile sale medicale și/sau orice doctori și/sau psihiatri și/sau alte instituții medicale și alte spitale, și/sau orice altă companie de asigurări și/sau orice altă instituție, să transmită Societății Harel informațiile necesare pentru trecerea în revistă a drepturilor și obligațiilor potrivit poliței de asigurare și/sau pentru verificarea cererii mele de încheiere a asigurării de sănătate, inclusiv informațiile deținute de către Companie și orice alte informații detaliate, fără excepție, și în maniera în care vor fi cerute, în legătură cu starea mea de sănătate și/sau orice boală de care eu am suferit în trecut și/sau de care sufăr în prezent și/sau de care voi suferi în viitor și eu le eliberez de obligația de a păstra confidențialitatea medicală și renunț la acest drept de confidențialitate în favoarea "Solicitantului". Această declarație de renunțare mă obligă pe mine precum și succesiunea mea și pe reprezentanții mei legali și pe oricine va veni în locul meu.

Candidatul la asigurare a semnat această Declarație a Stării de Sănătate după ce a primit explicații în legătură cu conținutul său într-o limbă pe care o vorbește în mod fluent.

Date Semnătura Candidatului la Asigurare Semnătura martorului

C Acceptarea condițiilor de încheiere a poliței de asigurare

Imi dau acordul prealabil ca dacă va fi necesar în cursul procesului de subscriere ca, în scopul eliberării poliței solicitate, să fie aplicabile condițiile de subscriere prevăzute mai jos, acestea vor fi prevăzute în cadrul poliței ce imi va fie eliberată, după caz :

Polita de asigurare nu va acoperi următoarele cazuri legate de:

.....

Data

Numele

Nr. pasaport

Semnatura