

Déclaration médicale pour Assurance maladie – Étrangers en Israël

Sujet à la proposition d'assurance maladie ci-incluse, faisant partie intégrale de la déclaration médicale.



Att.

Harel Assurances Ltd. – département d'assurance des employés étrangers/touristes

3, rue Abba Hillel, BP. 1951, 5211802 Ramat-Gan, fax : 03-7348083 Email : fax7930@harel-ins.co.il

A Informations personnelles du candidat à l'assurance

N° de passeport	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----------------	----------------	--------	-------------------	---

Veillez répondre aux questions suivantes en cochant d'un (v) la case correspondant à la réponse correcte. Si vous répondez « oui » à l'une des questions, veuillez joindre un certificat actualisé du médecin traitant relatif au problème déclaré, les résultats d'examens médicaux, le type de traitement et l'état de santé actuel.

Partie 1 : Questions générales		Oui	Non
1.	<input type="checkbox"/> Consommez-vous ou avez-vous consommé de la drogue ? <input type="checkbox"/> Buvez-vous, régulièrement, des boissons alcoolisées (plus de 2 verres par jour) ?		
2.	Avez-vous été envoyé au cours des 5 dernières années procéder à l'un des examens médicaux ou diagnostiques suivants, ou êtes-vous actuellement au milieu de l'une de ces procédures : cathétérisme, scintigraphie, échocardiographie, IRM, CT, échographie (ne s'inscrivant pas dans le cadre d'un suivi prénatal de routine), biopsie, sang occulte, coloscopie ou gastroscopie ? (En cas de réponse positive, vous êtes prié de joindre un certificat du médecin traitant relatif au motif de réalisation de l'examen, à ses résultats et au diagnostic final).		
3.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous subi une intervention chirurgicale ou vous a-t-on conseillé de vous faire opérer ? Veuillez détailler.		
4.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé ? Veuillez préciser la cause de l'hospitalisation et le traitement reçu.		
5.	Au cours des 10 dernières années, avez-vous pris ou vous a-t-on conseillé de prendre régulièrement des médicaments ? Veuillez préciser le problème pour lequel vous êtes traité(e), la nature du traitement et depuis combien de temps vous prenez ce médicament.		

Partie 2 : Vous a-t-on diagnostiqué une maladie, un symptôme ou un trouble lié à un ou plus des problèmes ci-après :		Oui	Non
1.	<input type="checkbox"/> Système nerveux <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Tremblement <input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique ou autre maladie dégénérative <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson Si vous avez coché une ou plusieurs cases, veuillez joindre une lettre actualisée du neurologue traitant.		
2.	Yeux et vision (Ne mentionner les lunettes que si le numéro de correction des verres est supérieur à 7)		
3.	<input type="checkbox"/> Cœur <input type="checkbox"/> Vaisseaux sanguins		
4.	<input type="checkbox"/> Glande thyroïde		
5.	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)		
6.	<input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Intestin <input type="checkbox"/> Œsophage <input type="checkbox"/> Vésicule biliaire <input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> Hémorroïdes – Avez-vous été opéré <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, à la date..... Le problème a-t-il été résolu <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
7.	Hernie : Localisation de la hernie : <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> Omphalique <input type="checkbox"/> Aine droite <input type="checkbox"/> Aine gauche Avez-vous été opéré pour traiter la hernie ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (date)..... Le problème a-t-il été résolu <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
8.	SIDA ou séropositivité		
9.	Lupus		
10.	<input type="checkbox"/> Reins <input type="checkbox"/> Appareil urinaire		
11.	<input type="checkbox"/> Dos et colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Fractures <input type="checkbox"/> Articulations		
12.	<input type="checkbox"/> Tumeurs de la peau		
13.	<input type="checkbox"/> Syphilis		
14.	<input type="checkbox"/> Tumeurs malignes/maladies malignes (cancer)		
15.	Pour les femmes : <input type="checkbox"/> Seins <input type="checkbox"/> Système gynécologique		

Détailler :

.....

.....



^dt33539

B Déclaration du candidat à l'assurance

1. Je déclare que toutes les réponses sont correctes, complètes et données de ma propre volonté.
2. Les réponses spécifiées dans la déclaration médicale, ainsi que toute autre information qui sera fournie à l'assureur, de même que les conditions communément acceptées de l'assureur à ce sujet serviront de conditions essentielles au contrat d'assurance entre vous et l'assureur et en constitueront une partie intégrale.
3. L'assureur est libre de décider d'accepter ou de rejeter l'application sans avoir à justifier sa décision. Pour information, le contrat d'assurance entre en vigueur seulement après que l'assureur émet une confirmation écrite de l'admission de l'assuré à l'assurance, et que les primes d'assurance initiales sont réglées dans leur intégralité. Cette condition préalable du règlement complet des primes d'assurance initiales ne s'appliquera pas si l'assureur reçoit un moyen de paiement permettant de recueillir la prime d'assurance.
4. L'information incluse dans le présent document est essentielle pour votre adhésion à l'assurance ainsi que pour toute autre intention et toutes fins relatives aux polices d'assurance et à leur traitement. La Compagnie et les autres compagnies du groupe Harel (Harel Assurances et Services financiers Ltd. et ses filiales) et/ou quiconque les représentant utiliseront ladite information, y compris son traitement, stockage et usage à toutes fins se rapportant aux polices d'assurance et autres fins légitimes, même en transmettant l'information à des tiers agissant au nom et pour le compte du groupe Harel.
5. Une compagnie d'assurance a-t-elle décliné ou annulé à un moment donné votre demande d'assurance maladie ? Non Oui, préciser.....
6. **Renonciation au secret médical** : Je, soussigné, autorise par la présente les cliniques du Fonds de santé (Kupat Holim) et/ou ses institutions médicales et/ou tous autres médecins et psychiatres, institutions médicales et hôpitaux, et/ou toute autre compagnie d'assurance et/ou toute institution et tout tiers, dans la mesure du nécessaire pour la vérification des droits et obligations d'après la police d'assurance et pour l'examen de mon admission à l'assurance demandée, de fournir à Harel toute information et tous détails en leur possession, sans exception et de la manière requise par le demandeur, concernant mon état de santé, y compris toute maladie dont j'ai souffert par le passé et/ou à présent et/ou à l'avenir. Je vous dispense de l'obligation de maintenir le secret médical, auquel je renonce en faveur du « demandeur ». Cette décharge de responsabilité lie mes héritiers et fondés de pouvoir et tout représentant autorisé.

Le candidat à l'assurance a signé ce formulaire de demande d'assurance maladie après avoir reçu une explication de son contenu dans un langage qu'il/elle maîtrise.

Date.....

Signature du candidat à l'assurance Signature du témoin 