

Declarație cu privire la Starea de Sănătate pentru Asigurarea de Sănătate – Cetățeni străini în Israel



Sub rezerva ofertei de asigurare anexată prezentei, ce face parte integrală din Declarația cu privire la Starea de Sănătate.

Către
Societatea de asigurări Harel S.R.L. – Departamentul Asigurări pentru Angajați străini / Turisți
Str. Abba Hillel nr. 3, căsuța poștală 1951, Ramat Gan 5211802, Fax: 03-7348083 email: fax7930@harel-ins.co.il

A Date personale ale candidatului la asigurare

Pașaport nr.	Nume de familie	Prenume	Data nașterii	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
În Declarația cu privire la Starea de Sănătate, răspundeți la întrebările de mai jos marcând prin "✓" în căsuța răspunsului corect. Dacă răspundeți "Da" la vreuna din întrebări, atașați vă rugăm un certificat medical actualizat de la doctorul curant cu referire la problema declarată, rezultatele analizelor, tipul tratamentului și situația curentă.					
Secțiunea A: Întrebări generale				DA	Nu
1.	<input type="checkbox"/> Folosiți sau ați folosit vreodată narcotice? <input type="checkbox"/> Consumați / ați consumat în mod regulat băuturi alcoolice (mai mult de două pahare pe zi)?				
2.	În ultimii 5 ani, ați fost trimis să efectuați și/sau efectuați momentan analize medicale și/sau diagnostice care nu s-au încheiat și nu a fost pus încă un diagnostic final: cateterizare, catografiere osoasă, eco cardiografie, RMN, CT, ecografie (care nu face parte din testele de rutină pe parcursul sarcinii), biopsie, hemoragie oculară, colonoscopie, gastroscopie? (Dacă răspunsul este "Da", atașați vă rugăm un certificat medical actualizat de la doctorul curant cu referire la motivul efectuării analizelor, rezultatele analizelor și diagnosticul final).				
3.	În ultimii 5 ani, ați suferit vreo operație chirurgicală sau vi s-a recomandat să vă operați? Vă rugăm specificați.				
4.	În ultimii 5 ani ați fost spitalizat pe <input type="checkbox"/> perioadă mai lungă de 3 zile? Vă rugăm precizați motivul spitalizării și tratamentul aplicat.				
5.	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 tratat, care este tratamentul administrat, de cât timp luați respectivele medicamente?				
Secțiunea B: Ați fost diagnosticat cu vreo boală, simptom, tulburare în legătură cu subiectele de mai jos:					
1.	<input type="checkbox"/> Sistemul nervos <input type="checkbox"/> Accident vascular cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Scleroză multiplă <input type="checkbox"/> Paralizie <input type="checkbox"/> SI/biciune funcțională a membrilor <input type="checkbox"/> Tremurare <input type="checkbox"/> Atrofie musculară sau altă boală degenerativă <input type="checkbox"/> Sindromul Parkinson. Dacă răspunsul este "Da" pentru măcar unul dintre subiectele de mai sus, trebuie să atașați o scrisoare actualizată de la doctorul neurolog curant.				
2.	Ochi și vedere (precizați ochelari doar dacă numărul dioptriilor e mai mare de 7)				
3.	<input type="checkbox"/> Inima <input type="checkbox"/> Vasele de sânge				
4.	Glanda tiroidă				
5.	<input type="checkbox"/> Astm <input type="checkbox"/> Tuberculoză/ <input type="checkbox"/> BPOC (Obstrucție pulmonară cronică)				
6.	<input type="checkbox"/> Stomac <input type="checkbox"/> Intestine <input type="checkbox"/> Esofag <input type="checkbox"/> Fiere <input type="checkbox"/> Ficat <input type="checkbox"/> Hepatit/ <input type="checkbox"/> Hemoroizi – ați suferit operație: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, pe data de Problema a fost rezolvată? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
7.	<input type="checkbox"/> Hernie: locația herniei - <input type="checkbox"/> În diafragmă <input type="checkbox"/> În ombilic <input type="checkbox"/> În zona inghinală dreaptă <input type="checkbox"/> În zona inghinal/stâng/ <input type="checkbox"/> 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				
8.	SIDA and / or purtător HIV				
9.	Lupus				
10.	<input type="checkbox"/> Rinichi <input type="checkbox"/> Tractul urinar				
11.	<input type="checkbox"/> Spate i coloana vertebral/ <input type="checkbox"/> Genunchi <input type="checkbox"/> Fracturi <input type="checkbox"/> Încheieturi				
12.	<input type="checkbox"/> Tumori pe piele				
13.	<input type="checkbox"/> Sifilis				
14.	Tumori cancerigene/ cancer				
15.	Pentru femei: <input type="checkbox"/> Sâni <input type="checkbox"/> Sistemul ginecologic				

Detaliați:

.....

.....

B Declarația candidatului la asigurare

1. Declar prin prezenta că toate răspunsurile pe care le-am dat sunt corecte, complete și oferite de bună voie.
2. Răspunsurile date în Declarația cu privire la Starea de Sănătate și orice altă informație ce va fi oferită Companiei de Asigurări, precum și termenii general acceptați în acest sens ai Companiei de Asigurări vor servi drept termeni esențiali ai contractului de asigurare dintre d-voastră și Compania de Asigurări și va reprezenta 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 contribuția inițială a fost plătită în întregime. Această condiție a plății contribuției initiale nu se va aplica dacă Companiei de Asigurări i se va pune la dispoziție un mod de plată prin care contribuțiile de asigurări vor putea fi achitate.
4. Informația inclusă în acest document este esențială pentru aderarea d-voastră la polițele de asigurare și pentru orice alt scop sau interes legat de acestea sau de examinarea acestora. Compania de Asigurări sau alte companii aparținând Grupului Harel (Harel Asigurări Investitii și Servicii Financiare S.R.L. și filialele sale) și / sau oricine le reprezintă vor folosi această informație, inclusiv o vor procesa, stoca și o vor utiliza în orice scop legat de polițele de asigurare și alte scopuri legitime, și vor putea chiar transmite această informație unor terțe persoane ce acționează în numele și pentru Grupul Harel.
5. Vi s-a refuzat vreodată de către vreo companie de asigurari de sănătate cererea de încheiere a asigurării de sănătate sau vi s-a anulat vreodată poli,a de asigurări de sănătate? Nu Da, specificați
6. **Renunțarea la confidențialitatea medicale:** Subsemnatul/ții îmi dau/ne dăm prin prezenta acceptul ca policlinica ("Kupat Holim") și/sau instituțiile sale medicale și/sau FAI, precum și orice alți doctori și/sau psihiatri și/sau alte instituții medicale și alte spitale, Institutul National de Asigurări și/sau Ministerul Apărării și/sau orice altă companie de asigurări și/sau orice altă instituție sau autoritate, să transmită Societății Harel informația necesară 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 informația deținută de către Companie și orice alte informații detaliate, fără excepție, și în maniera în care vor fi cerute, în legătură cu starea mea/noastră de sănătate și/sau orice boală de care eu/noi am suferit în trecut și/sau de care sufăr/im în prezent și/sau de care voi/vom suferi în viitor și eu/noi vă eliberăm de obligația de a păstra confidențialitatea medicală și renunțăm la această confidențialitate în favoarea "Petentului". Această declarație de renunțare mă/ne obligă pe mine/noi precum și succesiunea mea/noastră și pe reprezentanții mei/nostri și pe oricine va veni în locul meu/nostru. Această declarație de renunțare la confidențialitate se referă și la copiii mei/nostri minori.

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