

Declaración de Estado 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 Estado de Salud Statement

A:

Compañía de Seguros Harel Ltda. – Departamento de Seguro de Extranjeros/Turistas.
3 Abba Hillel St., PO. Box 1951, Ramat Gan 5211802, Fax: 7348083-03 email: fax7930@harel-ins.co.il

A Información personal del candidato al Seguro

No. Pasaporte	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
En la Declaración de Estado de Salud, se debe marcar con X el cuadro adecuado. En todo caso que la respuesta sea Sí a cualquiera de las preguntas, por favor añadir un certificado actualizado del médico tratante, con detalles sobre el problema mencionado, resultados de exámenes, tratamiento recomendado y la situación actual.					
Preguntas generales				Sí	No
1.	¿Ha bajado de peso en los últimos seis meses por 6 kilos o más? Si la respuesta es "Sí", especifique la causa.				
2.	<input type="checkbox"/> ¿Consume o ha consumido narcóticos? o ¿Consume bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> ¿Ha Ud. bebido en forma regular bebidas alcohólicas (más de dos vasos por día)?				
3.	Exámenes aún no concluidos de síntomas o enfermedades: Durante los últimos 5 años, ¿se encuentra Ud. en el curso de alguno de los siguientes exámenes médicos y/o diagnósticos que aún no han sido concluidos y, por lo tanto, no existe todavía una diagnosis final: cateterismo cardíaco, mapeo óseo, ecocardiografía, IRM (Imagen por Resonancia Magnética), TAC (Tomografía Computarizada), ultrasonido (no como parte de un tratamiento prenatal regular), biopsia, sangre oculta, colonoscopia, gastroscopia? (Si la respuesta es "Sí", Ud. deberá sumitir un certificado del médico tratante, que contenga una descripción de la causa del examen, los resultados del examen y la diagnosis final).				
4.	¿Ha pasado por una intervención quirúrgica o le han aconsejado pasar por una intervención quirúrgica durante los últimos 5 años? Por favor, especifique.				
5.	¿Ha tenido algún tipo de accidente durante los últimos 5 años? Por favor, especifique la fecha del accidente y la naturaleza de la lesión sufrida.				
6.	¿Ha estado Ud. internado en un hospital por más de 3 días, durante los últimos 5 años? Por favor, especifique la razón de la hospitalización y el tratamiento recibido.				
7.	¿Ha Ud. recibido en forma regular o le han aconsejado recibir en forma regular medicamentos durante los últimos 10 años? Por favor, especifique el problema por el cual ha sido tratado, el tipo de tratamiento y el período de tiempo durante el cual ha recibido o recibe esos medicamentos.				
¿Ha sido Ud. diagnosticado con una enfermedad, síntoma o desorden, relativo a uno o más de los temas mencionados a continuación?					
8.	<input type="checkbox"/> Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Derrame cerebrovascular <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Debilidad en las extremidades <input type="checkbox"/> Temblor <input type="checkbox"/> Distrofia muscular u otra enfermedad degenerativa <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson. Si la respuesta es "Si" para uno o más de los puntos señalados, Ud. debe agregar una carta actualizada del neurólogo tratante.				
9.	Enfermedad mental que ha sido diagnosticada por un psicólogo, un psiquiatra, o un médico de cabecera.				
10.	Ojo y vista (especifique anteojos solamente para lentes por encima del número 7)				
11.	Sistema otorrinolaringológico: <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Garganta				
12.	<input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Vasos sanguíneos				
13.	<input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos <input type="checkbox"/> Trastornos de coagulación				
14.	¿Ha Ud. sufrido de alguna enfermedad crónica durante los últimos 10 años, con recomendaciones para tratamiento medicinal/dietético: <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Diabetes (incluyendo diabetes gestacional) <input type="checkbox"/> Alto nivel de grasas / colesterol <input type="checkbox"/> Otras enfermedades crónicas?				
15.	La glándula tiroides				
16.	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Neumonía crónica <input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva) <input type="checkbox"/> Neumotorax				
17.	<input type="checkbox"/> Estómago <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Esófago <input type="checkbox"/> Vesícula biliar <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hemorroides – ¿Ha pasado por una intervención quirúrgica: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, en (fecha) ¿El problema ha sido resuelto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
18.	Hernia: ubicación de la hernia - <input type="checkbox"/> En el diafragma <input type="checkbox"/> En el ombligo <input type="checkbox"/> En la ingle derecha <input type="checkbox"/> En la ingle izquierda <input type="checkbox"/> ¿Ha pasado por una intervención quirúrgica para tratar la hernia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, cuándo? (fecha) ¿El problema ha sido resuelto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
19.	<input type="checkbox"/> SIDA y / <input type="checkbox"/> VIH portador				
20.	Lupus				
21.	<input type="checkbox"/> Riñones <input type="checkbox"/> Vías urinarias				
22.	<input type="checkbox"/> Espalda y espina dorsal <input type="checkbox"/> Rodillas <input type="checkbox"/> Fracturas óseas <input type="checkbox"/> Articulaciones				
23.	<input type="checkbox"/> Tumores de la piel				
24.	<input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Herpes				
25.	<input type="checkbox"/> Tumores malignos/Enfermedades malignas (cáncer)				
26.	Para mujeres (por encima de los 14 años de edad solamente): <input type="checkbox"/> Senos e implante de mamas <input type="checkbox"/> Sistema ginecológico <input type="checkbox"/> ¿Está Ud. embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha dado a luz por intervención cesárea? Si la respuesta es positiva, cuándo?				

Especifique:

B Declaración del candidato al Seguro:

1. Yo declaro por el presente que todas las respuestas son veraces, completas y han sido suministradas de mi propia y libre voluntad.
2. Las respuestas incluídas en la Declaración de Estado 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 de 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 abono completo del primer pago del Seguro, no será necesaria si el Asegurador ha recibido un medio de pago por el cual pueda hacerse efectivo el premio del Seguro.
4. La información incluída 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, al Instituto de Seguro Nacional (NII) y/o al Ministerio de Defensa 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 – a continuación el "solicitante" – 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. Este formulario de renuncia será válido también con respecto a mi/nuestros hijos menores de edad.

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