

DECLARAȚIE MEDICALĂ PENTRU POLIȚA CARE 4 U / ASIGURARE MEDICALĂ

Detaliile persoanei care solicită asigurarea

Nume	Prenume	Număr pașaport	Sex	Data nașterii	Înălțime	Greutate
			M / F			

Din motive de comoditate, următoarele întrebări sunt formulate utilizându-se genul masculin; cu toate acestea, sunt valabile în egală măsură și pentru femei. Marcați cu X căsuța corespunzătoare. Dacă răspundeți cu DA la oricare din întrebări, vă rugăm să furnizați mai multe detalii.

	Suferiți sau ați suferit de oricare din următoarele boli sau afecțiuni?	D	N		Întrebări generale	D	N
1	Sistemul nervos – amețeli, dureri de cap, episoade de leșin, paralizie, epilepsie, tulburări de memorie, pierderea cunoștinței, boli degenerative, hemoragii ale creierului, accident cerebrovascular, pierderi de echilibru, boala Alzheimer, boala Parkinson, deficiențe mintale, demență, scleroză multiplă, boli mintale.				1 Sunteți bolnav în prezent, ați suferit de boli în ultimii cinci ani, aveți cunoștință de eventuale deteriorări ale stării dumneavoastră de sănătate sau aveți nevoie de intervenții chirurgicale? Dacă da, specificați bolile și momentul în care ați suferit de acestea.		
2	Tractul respirator – astm, tuberculoză, pneumonie, bronșită, emfizem, hemoptizii, infecții repetate ale tractului respirator sau ale pieptului? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.				2 Urmați acum sau ați urmat în trecut un tratament medicamentos? Dacă da, specificați medicamentele.		
3	Orice boală a inimii sau a vaselor sangvine, inclusiv: tulburări ale ritmului cardiac, tulburări ale valvelor inimii, boală cardiologică.				3 Ați fost vreodată spitalizat? Dacă da, specificați intervalul de spitalizare, motivul spitalizării și tratamentul administrat.		
4	Hipertensiune arterială: inclusiv dureri ale picioarelor în timpul mersului, varice, probleme de circulație sangvină, stenoză arterială. Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.				4 Consumați alcool? Dacă da, specificați băuturile consumate și frecvența cu care consumați alcool.		
5	Sistemul digestiv – boală digestivă (ulcer gastro-duodenal sau ulcer duodenal), piroză (arsuri la stomac), boli infecțioase ale intestinelor, hemoragii ale sistemului digestiv, hemoroizi, probleme anale, probleme sau boli hepatice, icter, calculi biliari, infecții pancreatice? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.				5 Fumați? Dacă da, specificați numărul de țigări fumate zilnic. Consumați sau ați consumat droguri?		
6	Hernie, inclusiv în zona inghinală, a diafragmei, a peretelui abdominal, hernie ombilicală, cicatrice chirurgicale, ruptură femurală, varicocel. Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.				6 Ați fost supus unor teste de laborator, cum ar fi analize de sânge, urină și/sau orice alte teste medicale, inclusiv ECG, radiografii (piept, sistem digestiv, rinichi, oase, coloană vertebrală etc.), scanări, tomografii computerizate (TC), imagistică prin rezonanță magnetică (RMN)? Dacă da, specificați motivul, data efectuării și rezultatele înregistrate.		
7	Infecții renale și ale tractului urinar, inclusiv pietre la rinichi sau la nivelul tractului urinar, sânge / proteine / zahăr în urină, chisturi renale, probleme ale prostatei. Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.				7 Ați suferit vreun accident sau ați fost supus unei intervenții chirurgicale? Dacă da, specificați momentul și tipul intervenției chirurgicale sau accidentului.		
8	Probleme ale oaselor și articulațiilor, inclusiv artrită, gută, dureri de spate / gât / coloană, erupții la nivelul discurilor vertebrale / umerilor / genunchilor / gleznelor / altor articulații (hernie de disc), boli ale oaselor. Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.				8 Suferiți sau ați suferit de pierderea parțială sau totală a capacității de muncă? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.		
9	Probleme de metabolism și ale sistemului imunitar, inclusiv diabet, probleme ale glandei tiroide, ale glandei suprarenale, ale hipofizei sau ale altor glande, hiperlipidemie, boli de sânge sau de coagulare, anemie? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.				9 Suferiți de dizabilități? Dacă da, care este gradul acestora?		
10	Boli maligne (cancer), inclusiv tumori maligne sau pre-maligne, boli pre-maligne, SIDA/purtător SIDA? (Dacă da, specificați tipul, data și tratamentul aplicat).				10 Utilizați vreun tip de aparat medical auxiliar?		
11	Boli cu transmitere sexuală sau prin piele: Herpes, sifilis, excrescențe ale pielii, negi, SIDA, probleme ale organelor de reproducere. Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.				11 Ați pierdut din greutate în ultimele șase luni? Dacă da, specificați detalii.		
12	Boli de ochi, inclusiv cataractă, strabism, orbire, probleme ale corneei sau ale reticulului, tulburări de vedere, astigmatism, glaucom. Purtați ochelari? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.				12 Suferiți sau ați suferit de orice tip de boală infecțioasă?		
13	Infecții ale gâtului, inclusiv infecții repetate ale gâtului sau ale urechii, rinosinuzită, probleme de auz, apnee de somn, sforăit? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.				13 Aveți cunoștință de malformații de orice tip (inclusiv defecte din naștere), care nu sunt menționate în acest formular? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.		
					14 Ați fost diagnosticat cu boli autoimune (inclusiv lupus)? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.		
					15 Suferiți de vreo boală cronică – activă sau în stare de stagnare? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.		
					16 Sunteți în așteptarea primirii unor tratamente medicale, inclusiv intervenții chirurgicale sau spitalizări? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.		
					17 Sunteți purtător al anticorpului și/sau al virusului HIV sau aveți icter? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.		
					18 Boli ginecologice, valabil doar pentru femei:		
					A Sunteți însărcinată? (Dacă da, furnizați detalii și specificați numărul de feteți).		
					B Suferiți sau ați suferit de boli ginecologice, cum ar fi: menstruație neregulată, probleme de fertilitate, sângerare, noduli la sâni, uter, ovare, rezultate anormale ale testelor ginecologice (cum ar fi testul Papanicolau) sau alte probleme ginecologice? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.		
					C Aveți boli ale sânilor sau noduli la nivelul sânilor?		
					D Numărul de sarcini anterioare?		
					E Ați întâmpinat probleme la sarcina actuală sau la cele anterioare? Dacă da, vă rugăm să furnizați detalii.		
					F Ați fost supusă unei operații cezariene?		
					G Câți copii aveți (inclusiv din căsătorii anterioare)?		
					H Când ați fost examinată ultima dată de către un ginecolog?		

Vă rugăm să furnizați detalii pentru orice întrebări la care ați răspuns cu Da:

Prin prezenta, declar că toate informațiile pe care le-am furnizat în declarația medicală sunt corecte și complete. Dacă se află că informațiile pe care le-am furnizat sunt incorecte sau incomplete, Ayalon va fi scutită de răspundere, în conformitate cu prevederile legale privind contractele de asigurare.

DECLARAȚIE DE RENUNȚARE LA CONFIDENȚIALITATEA MEDICALĂ

Subsemnatul, prin prezenta, îmi exprim acordul ca fondul de sănătate și/sau instituțiile medicale și/sau sucursalele acestuia, precum și toți medicii, toate instituțiile medicale și alte spitale și/sau orice alte societăți de asigurare și/sau orice altă instituție și/sau orice altă parte să transmită companiei de asigurare Ayalon Insurance Company Ltd. (denumită în continuare „solicitantul”) toate detaliile, fără excepție și în modul solicitat, în ceea ce privește starea mea de sănătate și/sau în ceea ce privește orice boală de care am suferit în trecut și/sau de care sufăr în prezent și/sau de care aș putea suferi de în viitor și, de asemenea, absolv instituțiile/persoanele susmenționate de orice obligație de a menține secretul medical și scutesc „solicitantul” de la această obligație. Această declarație de renunțare la confidențialitate mă obligă personal din punct de vedere legal și îi obligă din punct de vedere legal pe reprezentanții mei legali și orice parte care ar putea să îi înlocuiască pe aceștia.

DECLARAȚIA PERSOANEI CARE SOLICITĂ ASIGURAREA

- Prin prezenta, declar și îmi asum răspunderea privind cele ce urmează: (1) Toate răspunsurile sunt corecte, complete și au fost furnizate de bunăvoie. (2) Răspunsurile specificate în declarația medicală și orice alte informații furnizate către asigurator, împreună cu condițiile obișnuite ale asiguratorului în acest sens, vor constitui o condiție fundamentală pentru contractul de asigurare încheiat între mine și asigurator și vor reprezenta o parte integrantă a contractului de asigurare. (3) Asiguratorul are libertatea de a decide dacă va respinge sau va accepta această solicitare, fără a fi nevoie să-și justifice decizia. Am luat la cunoștință faptul că acest contract de asigurare va intra în vigoare numai după ce asiguratorul emite o confirmare scrisă de acceptare a asigurării și după achitarea integrală a primei de asigurare inițiale.
- Am luat la cunoștință faptul că, în conformitate cu această poliță, asiguratorul va fi scutit de la furnizarea oricărui serviciu în legătură cu orice malformație, defect din naștere, inclusiv orice afecțiune medicală și/sau fenomen medical și/sau orice boală, tratată sau nu, și/sau consecințele acestora, directe sau indirecte, apărute și/sau agravate din cauza unei stări de sănătate care a existat înainte de începerea perioadei acoperite de asigurare, sub rezerva prevederilor din Ordonanța privind muncitorii străini aplicabile la acoperirea asigurată de polița Care4U.

ACORD ASUPRA CONDIȚIILOR SPECIALE DE ACCEPTARE

Sunt de acord să achiziționez asigurarea:

- Cu o primă suplimentară din cauza problemelor medicale, cu condiția ca aceasta să nu depășească 75%.
- Cu o excludere conform căreia asiguratorul nu va acoperi nicio dizabilitate existentă și/sau nicio problemă medicală existentă ale persoanei care solicită asigurarea, precum și niciuna din consecințele și implicațiile acestora.

DECLARAȚIA DEȚINĂTORULUI POLIȚEI

Conform cunoștințelor mele, declarația mea este corectă și nu am cunoștință de nicio malformație, defect din naștere, boală ereditară și/sau afecțiuni ale sănătății și/sau de nicio afecțiune medicală și/sau de nicio boală, tratată sau nu și/sau rezultatele acestora, directe sau indirecte, apărute și/sau agravate din cauza unei stări de sănătate care a existat înainte de începerea perioadei acoperite de asigurare. În plus, nu am cunoștință cu privire la niciun fel de alte informații care ar face ca asiguratorul să refuze asigurătorului acoperirea în conformitate cu această poliță în cazul în care aceste informații ar fi fost aduse la cunoștința asiguratorului.

Această declarație a fost semnată de asigurat după ce conținutul acesteia i-a fost explicat într-un limbaj pe care l-a putut înțelege.

Semnătura angajatorului / deținătorului poliței	Numele angajatorului / deținătorului poliței	Data semnăturii	Semnătura angajatorului / deținătorului poliței
Semnătura asiguratului	Numele persoanei care solicită asigurarea	Data semnăturii	Semnătura persoanei care solicită asigurarea