

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD Tel : 1-700-700-254 Fax : 09-9518519

El aspirante al seguro debe responder a todas las preguntas y detalles de la Declaración de Estado de Salud, y marcar “sí” o “no” a todas las preguntas a lo largo del cuestionario. Si la respuesta es afirmativa (“sí”), el número de la pregunta deberá ser anotado en el espacio destinado a las respuestas referentes a los hallazgos positivos, los cuales deberán ser especificados, como también un informe de enfermedad y el estado de salud actual.

PREGUNTAS

		No	Sí
1.	Ha estado Ud. internado alguna vez en un hospital o instituto médico? (Qué clase de instituto, cuándo, por qué motivo). Favor de adjuntar informe de enfermedad e información actual.		
2.	Ha sido Ud. operado alguna vez, o aconsejado de ser operado? (Especificar).		
3.	Ha sido Ud. herido alguna vez? Tiene Ud. alguna incapacidad? (Especificar).		
4.	Se ha sometido Ud. a exámenes de rutina, tales como análisis de sangre, orina o ECG? Fueron los resultados normales? (Especificar).		
5.	Se ha sometido Ud. a exámenes de imagen, tales como radiografías varias (de tórax, intestinos, riñones, huesos, etc.), exámenes exploratorios, cateterismo, tomografía computada (TC), RM, US? (Favor de anotar el motivo, la fecha y los resultados).		
6.	Sufre Ud. actualmente de alguna enfermedad, y / o está Ud. consciente de tener algún trastorno de salud, y / o ha Ud. recibido y / o está Ud. recibiendo actualmente algún tratamiento o medicación? (Favor de especificar, incluyendo la dosis prescrita y la duración del tratamiento).		
7.	Para Mujeres, solamente - Sufre Ud. actualmente o ha Ud. sufrido en el pasado de alguna enfermedad propia de las mujeres, tal como irregularidad menstrual, problemas de fertilidad, hemorragias, masas mamarias, problemas uterinos u ováricos, hallazgos anormales en un examen ginecológico (Por ej. PAP) o algún otro trastorno ginecológico? Si ese es el caso, favor de especificar: Está Ud. embarazada? Cuántos fetos? _____ Ha tenido Ud. problemas en embarazos anteriores o en su último embarazo? Si ese es el caso, favor de especificar. _____ Ha dado Ud. a luz por Operación Cesárea? _____		
8.	Está o ha estado Ud. parcial o totalmente incapacitado e imposibilitado para desempeñar algún trabajo? (Especificar).		

PREGUNTAS SOBRE ENFERMEDADES (HA UD. SUFRIDO O SUFRE UD. ACTUALMENTE DE)

		No	Sí
9.	Cardiovascular (corazón y vasos sanguíneos) - A. Enfermedades cardíacas, dolores de pecho, sensación de ahogo, palpitaciones, angina pectoris, infarto de miocardio (ataque cardíaco), arritmias, trastornos de válvulas cardíacas, defectos cardíacos congénitos, enfermedades de miocardio o de pericardio. B. Hipertensión - C. Vasos sanguíneos - dolores de piernas al caminar, trombos sanguíneos, venas varicosas, problemas circulatorios, estenosis arterial (estrechamiento).		
10.	Sistema Nervioso - mareos, dolores de cabeza, pérdida del conocimiento, parálisis, convulsiones (epilepsia), ataques isquémicos transitorios (AIT), trastornos de memoria, pérdida de la sensación, enfermedades degenerativas, ataque cerebral, hemorragia cerebral (accidente cerebro - vascular – ACV), temblores, problemas de equilibrio, Mal de Alzheimer, Mal de Parkinson, agotamiento mental, demencia senil.		
11.	Trastornos Mentales - Enfermedades mentales, depresión, esquizofrenia, ansiedad, intentos de suicidio.		
12.	Vías Respiratorias - asma, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, hemoptisis, infecciones recurrentes de las vías respiratorias.		
13.	Tracto Digestivo e Hígado - úlcera (gástrica o duodenal), acidez, enfermedades inflamatorias crónicas del intestino, hemorragia intestinal, hemorroides, problemas anales, enfermedades crónicas del hígado, ictericia, cálculos biliares, pancreatitis, hepatitis (viral u otra)		
14.	Riñones y Vías Urinarias - cálculos renales, nefritis, defectos de las vías urinarias, sangre o proteína en orina, quistes renales, alteración funcional de los riñones, glándula prostática.		
15.	Problemas Endócrinos (metabólicos) - diabetes, problemas de la glándula tiroides, glándulas suprarrenales, quistes renales, glándulas pituitarias y otras glándulas, altos niveles lipídicos en sangre (colesterol, triglicéridos).		
16.	Piel y Tracto Genital - sífilis, herpes, tumores de piel, lunares, verrugas y / o infertilidad y / o problemas de fertilidad.		
17.	Enfermedades Malignas (cáncer) y SIDA - tumor (es) maligno (s) o premaligno (s), o SIDA, incluyendo estado de portador (Favor de especificar el tipo, la fecha y el tratamiento prescrito).		
18.	Huesos y Articulaciones - artritis, gota, dolores de espalda o cuello, ruptura de disco, enfermedades de hombro, rodilla, enfermedades óseas.		

19.	Ojos - cataratas, glaucoma, estrabismo (bizquera), ceguera, enfermedades de retina, enfermedades de córnea, problemas de la vista, número de dioptrías		
20.	Garganta, Nariz y Oídos - inflamaciones recurrentes de garganta u oídos, sinusitis, trastornos auditivos, dispnea nocturna paroxística (DNP)		
21.	Hernia - de la pared abdominal, hernia inguinal, cicatrices quirúrgicas, hernia umbilical, hernia de diafragma.		
22.	Otros problemas de salud y / o otras enfermedades no especificadas en el formulario.		

El presente formulario está destinado a hombres y mujeres

FORMULARIO DE DECLARACIÓN - PARTE A

DETALLES DE HALLAZGOS POSITIVOS

Pregunta N°	Detalles de los Hallazgos

DECLARACIÓN DEL ASPIRANTE AL SEGURO

Yo, el abajo firmante, aspirante al seguro, solicito por la presente ser asegurado de acuerdo a la presente propuesta (caratulada: "la Propuesta").

1. Estoy plenamente consciente de que:

A. La compañía de seguros no se hará responsable ni pagará en razón de ninguna demanda que resulte directa o indirectamente de un estado de salud defectuoso, ni de ningún fenómeno o enfermedad previos a la fecha de comienzo de la validez del presente seguro, o de la fecha de finalización y entrega de la propuesta de seguro, o de la fecha de la firma de la declaración de estado de salud, cualquiera sea la última.

B. Por la presente declaro, acepto y me comprometo a lo siguiente:

Todas las respuestas especificadas en la Propuesta y / o en la declaración de estado de salud son correctas y completas, y yo no he ocultado a la compañía de seguros, ningún detalle que pudiese afectar su decisión de aprobar la Propuesta de seguro. En caso de omisión de cualquier tipo de información, o de haber dado alguna respuesta en falso, el acuerdo de seguro será anulado ab initio. Tanto las respuestas detalladas en la Propuesta y en toda otra información escrita que haya sido entregada por mi persona a la compañía de seguros, como también las condiciones convencionales empleadas por la compañía de seguros al respecto, servirán como condiciones para el acuerdo de seguro entre mi persona y la compañía de seguros, y constituirán parte integral del mismo.

C. Por la presente confirmo y acepto que tanto la aprobación como el rechazo de la presente Propuesta están sujetos sola y exclusivamente a la discreción de la compañía de seguros (la cual tiene pleno derecho de decidir si aceptar o rechazar la Propuesta, sin obligación de dar explicación alguna sobre su decisión).

2. Declaración de renuncia al derecho de confidencialidad médica

A. Yo, el abajo firmante, descargo por la presente a todo instituto médico, a todo laboratorio médico, y a toda comisión médica, incluyendo a todo su personal médico y a todo otro tipo de personal, de la obligación de mantener la confidencialidad médica o cualquier otra confidencialidad para con la Compañía de Seguros Clal S.A. o para con la Compañía de Seguros ArieH S.A. (caratuladas: "las Aplicantes").

B. Por la presente, autorizo a las partes anteriormente mencionadas - incluyendo a las comisiones del Instituto Nacional de Seguros, compañías de seguros, al Ministerio de Salud, a la Oficina Regional de Salud, a las autoridades del Ejército de Defensa de Israel, al Ministerio de Defensa y a toda otra entidad o institución que no haya sido nombrada en el presente documento - como también a todas las compañías de seguros por las cuales yo he sido anteriormente asegurado o estoy actualmente asegurado, a revelar a los Aplicantes o a toda persona designada por los mismos - en conjunto o individualmente - todos los detalles, sin excepción, referentes a mi estado de salud y a cualquier enfermedad que tenga actualmente o que haya tenido en el pasado, o que llegase a tener en el futuro, a mis hospitalizaciones o a cualquier constancia médica escrita, o a la lista de médicos visitados por mi persona, y / o a la fecha de mi afiliación a la organización de salud.

C. Por la presente, autorizo a todas las compañías de seguros y / o a toda otra institución a proveer a los Aplicantes cualquier tipo de información y / o documento y / o póliza de seguros que sea requerido por los mismos.

D. Por la presente declaro que no haré ningún reclamo ni afirmación de ningún tipo contra las partes anteriormente mencionadas en relación a la divulgación de la información anteriormente detallada a los Aplicantes o a cualquier persona que haya sido designada por los mismos - en conjunto o individualmente.

E. La presente solicitud es válida también en cuanto a la Ley de Protección de la Individualidad, del año 5741 - 1981, y asimismo se aplica a toda información médica y a todo otro tipo de información almacenada en los bancos de datos de las instituciones, incluyendo organizaciones de salud y / o a sus médicos y / o a su personal y / o a sus delegados y / o a los proveedores de los servicios anteriormente mencionados.

F. La presente renuncia me compromete a mí, a mis herederos y a mis representantes legales, como así a toda persona que actúe en mi lugar.

G. La presente renuncia se aplicará a mis hijos menores de edad cuyos nombres están detallados, en caso de haber sido detallados, en la Propuest.

FIRMA DEL ASPIRANTE AL SEGURO

Fecha _____ Nombre del Aspirante _____ Pasaporte N° _____ Firma _____