

e-mail: mail@ayalon-ins.co.il

www.ayalon-ins.co.il

10957 ת.ד. 52008, רמת-גן, 12 סילבר רח' אבא הלל סילבר

03-7569581 פקס. 03-7569683 טל. תחום בריאות: טל.



כוחני' 1/2

Nr. Poliță

DECLARAȚIE DE SĂNĂTATE PENTRU POLIȚA "CARE 4U"

Date ale asiguratului

Nr. pașaport

Nume familie

Nume mic

Data nașterii

Sex

F / M

Intrebări generale	N	D
1. Sunteți în prezent bolnav sau ați suferit de vreo boală în ultimii cinci ani, sau știți de o problemă de sănătate sau nevoie de operație? Detalii ce boală și când.		
2. Sunteți acum sau ați fost în trecut sub tratament medicamentos? Specificați ce medicamente.		
3. Ați fost vreodată internat într-un spital sau institut? Specificați când și motivul internării și tratamentul primit.		
4. Consumați băuturi alcoolice?		
5. Fumați? / menționați numărul de țigări pe zi. Beți vreun tip de alcool? Specificați ce beți și în ce cantitate. Vă drogati sau v-ați drogat vreodată?		
6. În ultimii cinci ani v-ați făcut analizele și/sau verificări medicale de vreun fel? Detaliați motivul, data și orice rezultat anormal.		
7. Ați avut un accident sau operație? Dați amănunte privind momentul și natura operației sau accidentului.		
8. V-ați oprit din muncă pentru mai mult de 3 zile în ultimii doi ani?		
9. Vi s-a dat vreun grad de invaliditate?		
10. Sunteți ajutat de vreun dispozitiv medical?		

	N	D
Sunteți sau ați suferit de boli sau de vreo problemă sau a suferit vreo rudă a dv. de gradul I de aceste boli?		
1. Boli ale sistemului nervos și creierului: paralizie, scleroză multiplă, leșin, artrită, gută, crize de epilepsie, boala Alzheimer, Parkinson, dereglări motorii? Dați amănunte.		
2. Boli ale sistemului respirator, astm, tuberculoză, pneumonie cronică? Dați amănunte.		
3. Boli cardio-vasculare de orice tip, hipertensiune arterială? Dați amănunte.		
4. Boli ale aparatului digestiv, boli ale ficatului, icter? Dați amănunte.		
5. Boli ale rinichiului și ale sistemului urinar? Dați amănunte.		
6. Boli ale încheieturilor, oaselor, fracturi, dureri de spate și de ceafă? Dați amănunte.		
7. Boli de metabolism, și ale sistemului imunitar, diabet, ale glandei tiroide, nivel ridicat al grăsimilor în sânge, boli de sânge și coagulare, osteoporoză, icter, anemie? Dați amănunte.		
8. Cancer (malign), boală degenerativă cronică? Dați amănunte.		
9. Boli de piele și sexuale: sifilis, Sida, o rană care nu se vindecă.		
10. Boli de ochi, boli ale urechii inclusiv disfuncții ale auzului, boli de gât? Dați amănunte.		
11. Numai pentru femei a. Sunteți însărcinată? b. Boli ale femeilor: dereglări menstruale, boli de sân inclusiv umflături, ale uterului, ale ovarelor, consultație pentru căutarea unei excrescențe canceroase, mamografie? Dați amănunte. c. Numărul de copii (inclusiv din alte căsătorii) d. Număr de sarcini. Vă rugăm menționați dacă au fost probleme în perioada sarcinii. e. Când ați fost ultima dată la consult ginecologic?		

Detalii ale răspunsurilor pozitive la întrebările privind sănătatea:

Prin prezenta declar că toate datele furnizate în declarația de sănătate sunt corecte și complete. Dacă oricare din informațiile date de mine nu este corectă sau completă, Ayalon va fi scutit de datorie potrivit Legii Contractelor de Asigurare.

11/11/08


RENUNȚARE LA CONFIDENȚIALITATEA MEDICALĂ

Subsemnatul prin prezenta autorizez "Sick Funds" și/sau Instituțiile sale medicale și/sau toți doctorii, Instituțiile medicale și alte spitale, și/sau toate societățile de asigurări, și/sau orice instituție și/sau orice alt factor, să dea societății de asigurare numită "Solicitant" toate detaliile fără excepții și în forma cerută de Solicitant privind starea sănătății mele și/sau toate bolile de care am suferit în trecut și/sau sufer în prezent și voi suferi în viitor, și prin prezenta vă eliberez de obligația privind confidențialitatea medicală și renunț la această confidențialitate în favoarea solicitantului. Această scrisoare de renunțare mă obligă pe mine, bunurile mele și reprezentanții mei și pe oricine mă înlocuiește.

Numele asiguratului _____ Nr. pașaport _____

Semnătura asiguratului _____ Data: _____

Numele matorului semnării _____ Nr. Id. _____

Semnătura matorului _____ Data _____

DECLARAȚIA ASIGURATULUI

- Prin prezenta declar, sunt de acord și înțeleg că:
 - Toate răspunsurile sunt corecte, complete și date de bună voie.
 - Răspunsurile detaliate în declarația de sănătate și orice alte informații date asiguratorului și toate condițiile acceptabile pentru asigurator în acest scop, vor fi o condiție fundamentală a contractului de asigurare între mine și asigurator și vor face parte integrantă din contractul de asigurare.
 - Asiguratorul are autoritatea să decidă să accepte propunerea sau să o refuze fără să fie necesar să-și justifice decizia. Știu că contractul de asigurare intră în vigoare numai după ce asiguratorul emite un certificat scris care să mă accepte pentru asigurare și după ce primele taxe de asigurare au fost integral achitate.
- Știu că:

În conformitate cu această poliță societatea de asigurare va fi scutită de a presta servicii privind un defect, boală din naștere, inclusiv starea sănătății mele și/sau o problemă medicală și/sau o boală, indiferent dacă este tratată sau nu, sau rezultatele fie directe fie indirecte cauzate și/sau agravate din cauza stării sănătății mele precedente datei de început a asigurării și toate acestea în funcție de cele menționate în reglementările privind muncitorii străini.
- Prin prezenta declar că nici o societate de asigurări nu mi-a respins o propunere de asigurare de sănătate.

DECLARAȚIA TITULARULUI POLIȚEI

Din câte știu eu, declarația dată de asigurat este corectă și eu nu am cunoștință de nici un defect, boală din naștere inclusiv boală genetică și/sau stare a sănătății și/sau o problemă medicală și/sau o boală, indiferent dacă este tratată sau nu, și/sau rezultatele fie directe fie indirecte cauzate și/sau agravate din cauza stării sănătății mele precedente datei de început a asigurării și/sau toate celelalte informații care, dacă ar fi fost aduse la cunoștință asiguratorului atunci asiguratorul nu s-ar fi angajat cu această poliță și nu ar fi asigurat asiguratul.

Acord la condiții de acceptare cu excludere

Sunt de acord cu emiterea asigurării cerute:

cu plată suplimentară medicală, în condiție că nu va depăși 75%.

cu o excludere în obligația firmei, conform căreia nu va fi responsabilă pe invalidități existente și/sau limitări în sănătatea candidatului de asigurare, și pe rezultatele și implicațiile lor.

Semnătura persoanei asigurate _____

☐ Prezenta formular a fost semnat de asigurat după ce i s-a explicat conținutul într-o limbă pe care asiguratul o înțelege.

Semnătura patronului

Numele patronului _____ Ștampila și semnătura patronului _____ Data semnării _____

Semnătura asiguratului

Numele asiguratului _____ Semnătura Asiguratului _____ Data semnării _____