

Declaración de Salud — SAFE STAY / SAFE STAY+

Datos del asegurado

Número de pasaporte

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Apellido

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nombre

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Fecha de Nacimiento | Sexo | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Debe responder "Si" o "No" a todas las preguntas siguientes. En todos los casos de respuesta afirmativa, debe suministrar los datos requeridos en el lugar destinado a respuestas afirmativas.

| Preguntas generales | Si | No |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| A. Está usted enfermo actualmente o ha estado enfermo en los últimos cinco años, o tiene conocimiento de sufrir o haber sufrido de algún disturbio médico? Describa las enfermedades y suministre sus fechas | | |
| B. Recibe usted en el presente o recibió en el pasado algún tipo de medicamento prescrito? Describa los medicamentos | | |
| C. Estuvo alguna vez internado en un hospital o en una clínica? Describa cuándo fue hospitalizado y por qué razón y qué tratamiento recibió | | |
| D. Consume usted bebidas alcohólicas? | | |
| E. Consume usted o ha consumido drogas ilegales? | | |
| F. Ha sido sometido a exámenes de laboratorio y/o exámenes médicos durante los últimos cinco años? Describa la razón, la fecha y los resultados fuera de la norma | | |
| G. Ha sufrido algún accidente o se ha sometido a alguna operación quirúrgica? Describa cuándo y los datos principales del accidente y/o de la cirugía | | |

| Sufre o ha sufrido de enfermedades o de trastornos de cualquier tipo: | | Si | No |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1. | Enfermedades del sistema nervioso y cerebrales, parálisis, desmayos, epilepsia, trastornos motrices? Describa en detalle | | |
| 2. | Enfermedades de las vías respiratorias, asma, tuberculosis, pulmonía crónica, hemoptisis? Describa en detalle | | |
| 3. | Enfermedades del corazón o de los vasos sanguíneos de cualquier tipo, hipertensión arterial? Describa en detalle | | |
| 4. | Enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del hígado, hepatitis? Describa en detalle | | |
| 5. | Enfermedades de los riñones y de las vías urinarias? Describa en detalle | | |
| 6. | Enfermedades de las articulaciones u óseas, dolores de espalda o de cuello? Describa en detalle | | |
| 7. | Enfermedades metabólicas, diabetes, de tiroides, alto nivel de grasas en la sangre, sanguíneas y de la coagulación, anemia? Describa en detalle | | |
| 8. | Cáncer (enfermedad maligna), tipos de atrofia crónica? Describa en detalle | | |
| 9. | Enfermedades de la piel y venéreas: sífilis, sida (aids), herida que no cicatriza. | | |
| 10. | Enfermedades oculares, de los oídos incluyendo trastornos del aparato auditivo, de la garganta? Describa en detalle | | |
| 11. Sólo mujeres: | a. Está usted embarazada en el presente? | | |
| | b. Enfermedades femeninas: disturbios en el periodo menstrual, enfermedades de los senos incluyendo bultos en los senos, del útero, de los ovarios, exámenes para la detección de tumores cancerosos, mamografía? Describa en detalle | | |

Datos requeridos sobre respuestas afirmativas a las preguntas de salud:

Declaro que toda la información que he suministrado en la Declaración de Salud es correcta y completa. Dado el caso de que la información que he suministrado no sea correcta o completa, "Shiloah" se verá libre de toda obligación o responsabilidad hacia mí.

Renuncia a la confidencialidad de los datos sanitarios: Yo el abajo firmante, autorizo a "Kupat-Holim" y/o a sus instituciones médicas, como también a todos otros médicos, instituciones médicas y hospitales, y/o a todas las compañías de seguros y/o a toda otra institución o ente a transmitir a la Compañía de Seguros "Shiloah", S.A., a continuación "la requeridora", toda información, sin exclusiones y en la forma en que sea pedida por la requeridora, sobre mi estado de salud y/o sobre cualquier enfermedad de la cual sufrí en el pasado y/o sufro en el presente y/o sufriré en el futuro, y los libero de toda obligación de guardar confidencialidad médica y renuncio a esa confidencialidad con respecto a la requeridora. Esta autorización y esta renuncia me obligan a mí, a mis sucesiones, a mis representantes legales y a cualquiera que me reemplace.

| | | | |
|--------------------------------|---------------------|---------------------|-------|
| Nombre del Asegurado | Número de Pasaporte | Firma del Asegurado | Fecha |
| Nombre del testigo de la firma | Número de Identidad | Firma del Testigo | Fecha |

Declaración del Asegurado:

1. Yo declaro, estoy de acuerdo y doy mi palabra que:
 - 1) Todas las respuestas son correctas y completas y fueron dadas en plena libertad.
 - 2) Las respuestas dadas en la declaración de salud y toda otra información que fuera dada al asegurador y también las condiciones establecidas por el asegurador en este caso, serán condición substancial en el contrato de seguro entre el asegurador y yo y formarán parte integral de éste.
 - 3) El asegurador tiene derecho de elección si aceptar o no esta aplicación sin tener obligación de declarar las razones que motivaron su decisión. Sé que el contrato de seguro entra en vigencia solamente después de que la Compañía me envíe un certificado por escrito declarando que la aplicación fue aceptada y después de que la primera prima de seguro sea pagada totalmente. Las respuestas y/o la información que fueran

dadas al asegurador serán guardadas en una base de datos de acuerdo a lo previsto en la Ley de Protección de Privacidad, 1981 y servirán pura y exclusivamente para necesidades del seguro.

2. Entiendo que: De acuerdo a las condiciones de este seguro no se brindarán servicios médicos en relación con anomalías, enfermedades de nacimiento incluidas enfermedades hereditarias y/o estado médico y/o condición médica y/o enfermedad, siendo ésta tratada o no, y/o sus consecuencias, directas o indirectas, que fueron causadas y/o empeoradas como consecuencia de un estado de salud, pre-existente a la fecha de comienzo del seguro, y todo de acuerdo a lo dictado en el Decreto de Empleados Extranjeros.
3. Declaro que ninguna Compañía de Seguros rechazó mi aplicación a un plan de seguro médico.

Declaración del dueño de la póliza: En el mejor de mi conocimiento, lo declarado por el asegurado es correcto, y él no sabe de ninguna anomalía, enfermedad de nacimiento incluidas enfermedades hereditarias y/o estado médico y/o condición médica y/o enfermedad, siendo ésta tratada o no, y/o sus consecuencias, directas o indirectas, que fueron causadas y/o empeoradas por un estado de salud, pre-existente a la fecha de comienzo del seguro y/o cualquier otra información, que si hubiera sido llevada al conocimiento del asegurador, éste no habría entrado en relación de contrato con el asegurado a travez de esta póliza y no lo habría asegurado.

• Esta aplicación fue firmada por el asegurado después de que le fué explicado su contenido en un idioma por él comprendido. In the event of a contradiction between the hebrew version and the translation, the Hebrew version will prevail.

| | | | |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------|
| Firma del Empleador: | Nombre del empleador | Firma y Sello del empleador | Fecha de la firma |
| Firma del asegurado: | Nombre del asegurado | Número de pasaporte | Fecha |
| | | Firma | |

SHILOAH

18-0315 12/2001