

# Certificat médical pour Assurance-maladie - travailleurs étrangers en Israël certificat médical spécifique pour âges 18-40



Sujet à l'offre d'assurance-maladie ci-incluse, qui fait partie intégrale du certificat médical.

Att.

Harel Assurances Ltd. - filiale d'assurance des employés étrangers / touristes 3 rue Abba Hillel, BP. 1951, Ramat-Gan 5211802, fax: 03-7348083 Email: fax7930@harel-ins.co.il

A Informations personnelles du candidat à l'assurance				
No de passeport	nom de famille	prénom	date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<p>Veuillez répondre aux questions suivantes en cochant d'un (✓) la case correspondant à la réponse correcte. Si vous répondez "oui" à une des questions portant un astérisque (*), veuillez joindre un certificat mis à jour du médecin traitant en rapport au problème déclaré, les résultats des examens médicaux, la forme du traitement et l'état de santé actuel.</p> <p>Si une réponse positive est donnée à une des questions figurant dans le certificat médical, vous pouvez consentir aux conditions particulières d'acceptation à l'avance en signant ci-dessous. Dans le cas échéant, dans la mesure où les conditions particulières d'acceptation sont confirmées par la compagnie d'assurance, le contrat d'assurance vous sera émis. Vous pouvez alternativement ne pas consentir aux conditions particulières d'acceptation à l'avance. Dans ce cas, dans la mesure où il est nécessaire de stipuler des termes spéciaux à votre acceptation, il sera nécessaire d'obtenir votre consentement à ces termes, et un contrat d'assurance ne vous sera pas émis, vous ne serez donc pas couvert par l'assurance jusqu'à la réception de ce consentement.</p>				
Partie 1: Questions générales			Oui	Non
1.	<b>Un examen médical n'ayant pas encore été complété:</b> Durant les 5 dernières années, avez-vous été référé à l'examen médical suivant et/ou tests de diagnostic <b>qui ne sont pas encore complétés et pour lesquels il n'y a pas de diagnostic final:</b> cathétérisme, scans, échocardiographie, IRM, CT, ultrason (ne faisant pas partie de soins prénatals de routine), biopsie, sang occulte, colonoscopie ou gastroscopie?*			
2.	Durant les 5 dernières années, avez-vous subi une intervention chirurgicale ou vous a-t-on conseillé de vous faire opérer? <b>Prière de fournir des détails.</b>			
3.	Durant les 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé pour plus de 3 jours? Prière de spécifier la cause de l'hospitalisation et le traitement subi.			
Partie 2: Avez-vous été diagnostiqué d'une maladie, symptôme, et/ou trouble liés à un ou plus des problèmes mentionnés ci-dessous:				
1.	<input type="checkbox"/> Système nerveux* <input type="checkbox"/> Épilepsie* <input type="checkbox"/> Multiple sclérose* <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire ou autre maladie dégénérative*			En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié au problème du système nerveux déclaré dans cette question. Signature .....
2.	Yeux et vision: <input type="checkbox"/> Troubles de la vision (objectif au-dessus du numéro 7 uniquement) <input type="checkbox"/> Détachement de la rétine <input type="checkbox"/> Kératocône <input type="checkbox"/> Cécité			En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié au problème de yeux ou de vision déclaré dans cette question. Signature .....
3.	<b>Maladies du cœur:</b> <input type="checkbox"/> Arythmie <input type="checkbox"/> Malformations cardiaques <input type="checkbox"/> Arrêt cardiaque* <input type="checkbox"/> Cardiomyopathie* <b>Vasculaire:</b> <input type="checkbox"/> Mitral <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Aortique <input type="checkbox"/> Valve tricuspide			En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié au problème cardiaque déclaré dans cette question. Signature .....
4.	Diabète, ou une recommandation de prendre des médicaments pendant les 10 dernières années			En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié au diabète déclaré dans cette question. Signature .....
5.	<b>La glande thyroïde:</b> <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Tumeur bénigne à la glande <input type="checkbox"/> Tumeur maligne (cancéreuse) à la glande*			En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié à la glande thyroïde déclarée dans cette question. Signature .....
6.	<input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)*			En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié au problème pulmonaire déclaré dans cette question. Signature .....

## A Informations personnelles du candidat à l'assurance

Partie 2:		Oui	Non	
7.	<b>Système digestif:</b> <input type="checkbox"/> Maladie de Cohn* <input type="checkbox"/> Colite <input type="checkbox"/> Calculs biliaires <input type="checkbox"/> Maladie de foie* <input type="checkbox"/> Hépatite B* <input type="checkbox"/> Hépatite C* <input type="checkbox"/> Hémorroïdes <input type="checkbox"/> Fissure - avez-vous été opéré <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui À la dat ..... le problème a-t-il été résolu <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			<b>En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié au problème du système digestif déclaré dans cette question.</b> Signature .....
8.	<b>Hernie:</b> Localisation de la hernie: <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> Omphalique <input type="checkbox"/> Aine droite <input type="checkbox"/> Aine gauche			
9.	<b>SIDA et/ou porteur du VIH*</b>			
10.	<b>Lupus*</b>			
11.	<b>FMF*</b>			<b>En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié au FMF.</b> Signature .....
12.	<b>Maladies rénales:</b> <input type="checkbox"/> Calculs rénaux <input type="checkbox"/> Reins poly kystiques* <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale* <input type="checkbox"/> Kystes rénales* <input type="checkbox"/> Syndrome néphrotique* <input type="checkbox"/> Autre maladie rénale*			<b>En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié aux reins.</b> Signature .....
13.	<b>Problèmes orthopédiques:</b> <b>Protubérance ou hernie discale:</b> <input type="checkbox"/> Rachis cervical <input type="checkbox"/> Rachis thoracique <input type="checkbox"/> Rachis lombaire <b>Articulations:</b> <input type="checkbox"/> Genou droit <input type="checkbox"/> Genou gauche <input type="checkbox"/> Épaule droite <input type="checkbox"/> Épaule gauche			<b>En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié au problème orthopédique déclaré dans cette question.</b> Signature .....
14.	Syphilis*			<b>En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié à la Syphilis.</b> Signature .....
15.	Tumeurs malignes / maladies malignes (cancer)*			<b>En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié au cancer de type.</b> Signature .....
16.	<b>Pour femmes:</b> <input type="checkbox"/> Tumeurs bénignes du sein <input type="checkbox"/> Tumeurs bénignes de l'ovaire <input type="checkbox"/> Fibromes utérins <input type="checkbox"/> Maladie du col utérin* <input type="checkbox"/> Chirurgie d'augmentation mammaire			<b>En signant, je consens à l'avance à renoncer au couvert de tout événement d'assurance lié au problème déclaré dans cette question.</b> Signature .....

Spécifier: .....

.....

.....

## B Déclaration du candidat à l'assurance

- Je déclare que toutes les réponses sont correctes, complètes et données de ma propre volonté.
- Les réponses spécifiées dans le certificat médical ainsi que toute autre information à fournir à l'assureur, de même que les termes et conditions communément acceptés de l'assureur à ce sujet serviront de stipulations essentielles du contrat d'assurance entre vous et l'assureur et en constituent une partie intégrale.
- L'assureur est libre de décider d'accepter ou de rejeter l'application sans avoir à justifier son point de vue. Pour information, le contrat d'assurance entre en vigueur seulement lorsque l'assureur émet une confirmation écrite de l'admission de l'assuré pour une assurance, et que les primes d'assurance initiales sont réglées dans leur intégralité. Cette précondition du règlement complet des primes d'assurance initiales ne s'appliquera pas si l'assureur reçoit un moyen de paiement permettant de recueillir la prime d'assurance.
- L'information comprise dans ce document est essentielle pour votre adhésion à l'assurance ainsi que pour toute autre intention et fins relatives aux conditions d'assurance présentes. La Compagnie et les autres compagnies du groupe Harel (Harel Assurances et Services financiers Ltd. et ses filiales) et/ou quiconque les représentant utiliseront ladite information, y compris son traitement, stockage et usage pour toutes fins se rapportant aux polices d'assurances et autres fins légitimes, même en transmettant l'information à des tiers agissant pour le compte du groupe Harel.
- Une compagnie d'assurance a-t-elle décliné ou annulé à un moment donné votre demande d'assurance-maladie?  
 Non  Oui, préciser .....
- Renoncement au secret médical:** Je, le soussigné, autorise par la présente les cliniques du Fonds de santé (Kupat Holim) et/ou ses institutions médicales et/ou tous autres médecins et psychiatres, institutions médicales et hôpitaux, et/ou tout autre compagnie d'assurance et/ou toute institution et tiers, dans la mesure du nécessaire pour l'examen de mon acceptation à l'assurance requise, de fournir à Harel toute information et détails en leur possession, sans exception, sous la forme demandée, concernant mon état de santé, y compris toute maladie dont j'ai souffert dans le passé et/ou dans le présent et/ou à l'avenir. Je vous dispense de l'obligation de maintenir le secret médical, auquel je renonce en faveur du "demandeur". Cette décharge de responsabilité lie mes/nos héritiers, exécuteurs testamentaires, fondés de pouvoir et tout représentant autorisé.

Le candidat à l'assurance a signé ce formulaire de demande d'assurance- maladie après avoir reçu une explication de son contenu dans un langage qu'il/elle maîtrise.

Date ..... Signature du candidat à l'assurance ..... Signature du témoin .....