

DECLARACIÓN DE SALUD PARA LA PÓLIZA DEL SEGURO MÉDICO DE TRABAJADORES EXTRANJEROS

Detalles del solicitante del seguro							
Apellido	Nombre	Número pasaporte	de	Género	Fecha de nacimiento	Estatura	Peso
				M / F			

Por razones de conveniencia, las siguientes preguntas se formularon en masculino, pero aplican también en femenino. Marque con una X el cuadro que corresponda. Si su respuesta es SÍ a cualquier pregunta, proporcione más detalles.

Preguntas generales		SÍ	NO	¿Sufre o ha sufrido cualquiera de las siguientes enfermedades o padecimientos?:	SÍ	NO
1	¿Está actualmente enfermo o ha sufrido alguna enfermedad en los últimos cinco años, o es consciente de cualquier deterioro en su salud o de la necesidad de cirugía? De ser así, indique el estado de la enfermedad y cuándo.			1 Sistema nervioso – vértigo, dolores de cabeza, desmayos, parálisis, epilepsia, trastornos de la memoria, pérdida de sentido, enfermedades degenerativas, hemorragia cerebral, accidente cerebrovascular, pérdida de equilibrio, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, trastorno mental, demencia, esclerosis múltiple, enfermedades mentales.		
2	En la actualidad, ¿toma algún medicamento o lo ha hecho antes? De ser así, indique qué medicamento.			2 Tracto respiratorio – asma, tuberculosis, neumonía, bronquitis, enfisema, hemóptisis, infecciones recurrentes del tracto respiratorio o pecho. De ser así, proporcione detalles.		
3	¿Alguna vez ha sido hospitalizado? De ser así, indique cuándo, la razón y el tratamiento que recibió.			3 Cualquier enfermedad de vasos sanguíneos que incluyen trastornos del ritmo cardiaco, trastornos de las válvulas cardiacas, enfermedades cardiacas.		
4	¿Bebe alcohol? De ser así, indique qué bebidas y la frecuencia.			4 Presión arterial alta que incluye dolor de piernas al caminar, venas varicosas, problemas de circulación sanguínea, constricción en arterias. De ser así, proporcione detalles.		
5	¿Fuma? De ser así, indique el número de cigarrillos al día. ¿Consume o ha consumido drogas?			5 Sistema digestivo – enfermedad péptica (úlceras pépticas o úlceras duodenales), acidez, enfermedades intestinales, hemorragias en el sistema digestivo, hemorroides, problemas anales, o enfermedad hepática, ictericia, piedras en la vesícula, infecciones pancreáticas De ser así, proporcione detalles.		
6	¿Le han realizado pruebas de laboratorio como de sangre, orina y/o pruebas médicas que incluyen electrocardiogramas, rayos X (pecho, sistema digestivo, riñones, huesos, columna, etc.), escaneos, tomografía computarizada, IRM? De ser así, indique la razón, fecha y resultado.			6 Hernia que incluye en la ingle, diafragma, pared abdominal o hernia umbilical, cicatriz quirúrgica, ruptura femoral, varicocele. De ser así, proporcione detalles.		
7	¿Ha estado en un accidente o le han hecho una cirugía? De ser así, indique cuándo y el tipo de cirugía o accidente.			7 Infecciones renales y del tracto urinario que incluye piedras en el riñón, tracto urinario, sangre/proteínas/azúcar en la orina, quiste renal, problemas en la próstata. De ser así, proporcione detalles.		
8	¿Sufre o ha sufrido de incapacidad total o parcial para trabajar? De ser así, proporcione detalles.			8 Problemas de articulaciones y huesos incluso artritis, gota, dolores de espalda/cuello/columna, erupciones de articulaciones en disco/hombro/rodilla/tobillo/otro (disco desplazado), enfermedades óseas. De ser así, proporcione detalles.		

9	¿Sufre de incapacidad? De ser así ¿a qué tasa?			9	Problemas con el metabolismo y el sistema inmune incluso diabetes, problemas con la glándula tiroides, glándula suprarrenal, glándula pituitaria u otras glándulas, hiperlipemia, enfermedad en la sangre o coágulos, anemia. De ser así, proporcione detalles.		
10	¿Usa algún tipo de aparato médico auxiliar?			10	Enfermedad maligna (cáncer) incluso tumores malignos o precancerosos, o enfermedades precancerosas, sida/portador de sida. (De ser así, indique el tipo, la fecha y forma de tratamiento).		
11	¿Ha perdido peso en los últimos seis meses? De ser así, indique.			11	Enfermedades en la piel y de transmisión sexual: herpes, sífilis, crecimientos en la piel, verrugas, sida, problemas de los órganos reproductores. De ser así, proporcione detalles.		
12	¿Tiene o ha tenido algún tipo de enfermedad infecciosa?			12	Enfermedades oculares incluso cataratas, estrabismo, ceguera, problemas de córnea o retículo, molestias para ver, astigmatismo, glaucoma. ¿Usa anteojos? De ser así, proporcione detalles.		
13	¿Sabe de algún defecto de salud de cualquier tipo (incluso defecto de nacimiento) que no se mencione en este formato? De ser así, proporcione detalles.			13	Infecciones de garganta que incluyen infecciones recurrentes de garganta u oído, rinosinusitis, problemas auditivos, apnea del sueño, ronquido. De ser así, proporcione detalles.		
14	¿Lo han diagnosticado como paciente autoinmune (incluso lupus)? De ser así, proporcione detalles.			Proporcione detalles de cualquier pregunta en la que haya respondido "Sí": _____			
15	¿Sufre de alguna enfermedad crónica – activa o latente? De ser así, proporcione detalles.						
16	¿Está esperando recibir algún tratamiento médico que incluye cirugía u hospitalización? De ser así, proporcione detalles.			_____			
17	¿Es portador del anticuerpo y/o virus del VIH o tiene ictericia? De ser así, proporcione detalles.			_____			
18	Enfermedades ginecológicas, solo mujeres:			_____			
A	¿Está embarazada? (De ser así, indique los detalles y el número de fetos).			_____			
B	¿Tiene o ha sufrido de enfermedades ginecológicas como menstruación irregular, problemas de fertilidad, sangrado, nódulos en los senos, matriz u ovarios, resultados anormales en pruebas ginecológicas (como Papanicolaou) u otros problemas ginecológicos? De ser así, proporcione detalles.			_____			
C	¿Tiene alguna enfermedad o nódulos en los senos?			_____			
D	¿Número de embarazos anteriores?			_____			
E	¿Ha tenido problemas en embarazos pasados o el actual? De ser así, proporcione detalles.			_____			
F	¿Le han realizado una cesárea?			_____			
G	¿Cuántos hijos tiene (incluso de matrimonios anteriores)?			_____			
H	¿Cuándo fue la última vez que la revisó un ginecólogo?			_____			

Por medio de la presente declaro que toda la información que he proporcionado en la declaración de salud es precisa y completa. Si la información provista fuera imprecisa o incompleta, Ayalon estará exenta de responsabilidad de acuerdo a las disposiciones de la Ley de Contratos de Seguros.

EXENCIÓN DE CONFIDENCIALIDAD MÉDICA

Yo, el firmante, por medio de la presente doy mi consentimiento al fondo de salud y/o sus instituciones médicas y/o sucursales y a todos los médicos, instituciones médicas y otros hospitales y/o cualquier otra compañía de seguros y/o cualquier institución y/o cualquier otra parte para presentar a Ayalon Insurance Company Ltd. (en lo sucesivo "el solicitante") todos los detalles, sin excepción y de la forma solicitada, con respecto a mi condición de salud y/o cualquier enfermedad que haya sufrido en el pasado y/o que actualmente sufra y/o que pueda sufrir en el futuro y por medio de la presente los libero del deber de mantener la confidencialidad médica y exento al "solicitante" de este deber. Esta exención de confidencialidad me obliga, a mis representantes legales y a cualquier parte que pueda remplazarlos.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE PARA EL SEGURO

1. Por medio de la presente declaro, acuerdo y me comprometo a lo siguiente: (1) Todas las respuestas son precisas, completas y se han proporcionado a voluntad. (2) Las respuestas indicadas en la declaración de salud y cualquier otra información proporcionada al asegurador, junto con las condiciones regulares del asegurador con respecto a esto constituirán una condición fundamental al contrato de seguro entre el asegurador y será una parte integral del contrato de seguro. (3) El asegurador tiene la libertad de decidir si acepta o rechaza esta solicitud sin tener que justificar su decisión. Soy consciente de que el contrato de seguro tendrá efecto solo después de que el asegurador emita una confirmación por escrito de la aceptación del seguro y después de que se haya pagado por completo la primera prima.
2. Soy consciente de que de acuerdo con esta política el asegurador estará exento de proveer cualquier servicio junto con cualquier defecto, defecto de nacimiento incluyendo cualquier condición médica y/o fenómeno y/o enfermedad médica, ya sea tratada o no y/o sus consecuencias, ya sean directas o indirectas, que ocurran y/o se deterioren dada la condición de salud existente antes del inicio de este seguro, sujeto a las disposiciones de la Ordenanza de Trabajadores Extranjeros que se relaciona a la cobertura bajo la póliza de Care4U.

ACUERDO CON CONDICIONES ESPECIALES DE ACEPTACIÓN


Acuerdo comprar la cobertura del seguro:

- o Con una prima adicional debido a enfermedades médicas, con la condición de que no exceda el 75%.
- o Con una exclusión de que el asegurador no cubrirá ninguna incapacidad y/o problemas de salud existentes del solicitante del seguro, y sus consecuencias e implicaciones.

DECLARACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

A mi mejor saber y entender mi declaración es precisa y no soy consciente de algún defecto, defecto de nacimiento, enfermedades hereditarias y/o condiciones de salud y/o condiciones y/o enfermedades médicas, tratadas o no y/o sus resultados directos o indirectos que ocurran y/o se deterioren dada la condición de salud existente antes del inicio de este seguro y/o cualquier otra información que pudiera causar que el asegurador rechace proveer cobertura bajo esta póliza al asegurador si esta información se hubiera presentado al asegurador.

Esta declaración fue firmada por el asegurado después de que se le explicara su contenido en la lengua que entiende.

Firma del empleador/titular de la póliza	Nombre del empleador/ titular de la póliza	Fecha de la firma	Firma del empleador/titular de la póliza
			
Firma del asegurado	Nombre del solicitante del seguro	Fecha de la firma	Firma del solicitante del seguro
			