

# Declaración de Salud para Seguro Médico – Extranjeros en Israel



Conforme a la Propuesta de Seguro Médico incluida, la cual constituye parte integral de la Declaración de Salud.

El formulario está destinado a ambos sexos.

Por favor, llene el formulario en forma precisa y completa.

05/2020 Edition

A la atención de:

Harel Compañía de Seguros Ltda. – Departamento de Seguros de Obreros Extranjeros/Turistas.

Calle Abba Hillel 3, Apartado Postal 1951, Ramat Gan 521180. Fax :03-7348083 , Email: fax7930@harel-ins.co.il

## A Datos del candidato al Seguro

No. Pasaporte	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
En la Declaración de Salud, se debe responder a las siguientes preguntas con el signo V, en la columna de la respuesta adecuada. En todo caso que la respuesta sea Sí a alguna de las preguntas, se debe agregar un documento actualizado del médico de cabecera relacionado al problema declarado, resultados de exámenes, índole del tratamiento médico y datos sobre la situación actual.					
<b>Parte A: Preguntas generales</b>				No	Sí
1.	Altura (en centímetros) ..... Peso (en kilogramos) .....				
2.	<input type="checkbox"/> ¿Consume o ha consumido drogas? <input type="checkbox"/> ¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas en forma permanente? Detalle las cantidades consumidas: ..... vasos por día.				
3.	¿ Le ha sido prescrito alguno de los siguientes exámenes médicos en los últimos 10 años (no como parte de exámenes rutinarios) y aún no lo ha efectuado o aún no ha sido establecida una diagnosis final: enfermedades crónicas, cateterismo, mapeo, ecocardiografía, IRM, TC, ultrasonido (no como parte de seguimiento rutinario de embarazos), biopsia, sangre oculta, colonoscopia o gastroscopia, enfermedades autoinmunitarias incluyendo lupus (en estos casos, debe suministrarse un documento del médico de cabecera, con referencia a la causa del examen prescrito, resultados del examen y la diagnosis final).				
4.	¿ Ha pasado en los últimos 10 años o debe pasar en el próximo futuro por alguna intervención quirúrgica o trasplante ? Detalle, por favor .....				
5.	¿ Ha estado internado en un hospital o en otro centro médico durante los últimos 10 años? Detalle, por favor, la causa de la hospitalización y el tratamiento médico recibido.				
6.	¿ Ha recibido o le han recomendado recibir en forma permanente algún tipo de medicamento durante los últimos 10 años ? Detalle, por favor, el problema por el cual ha sido o está siendo tratado, cual es el tipo de tratamiento y el período de tiempo durante el cual recibe los citados medicamentos.				
7.	¿ Le han sido diagnosticadas alergias ? Detalle, por favor .....				
<b>Parte B: ¿Sufre o ha sufrido de alguna enfermedad, fenómeno o trastorno relacionado con alguno de los temas detallados a continuación?</b>					
1.	<input type="checkbox"/> Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Evento cerebrovascular <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Distrofia muscular u otra enfermedad degenerativa <input type="checkbox"/> Mareos recurrentes <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio Desmayos <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Retardo mental <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Poliomieltitis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Gaucher <input type="checkbox"/> Insensibilidad <input type="checkbox"/> TDAH Migrenas <input type="checkbox"/> ¿ Ha recurrido a un médico con respecto a quejas relacionadas con pérdida de la memoria (Demencia) ? <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Portador VIH <input type="checkbox"/> Lupus En todo caso que la respuesta a alguna de las preguntas haya sido positiva, se debe agregar una carta actualizada del médico neurólogo tratante.				
2.	<b>Ojos y visión:</b> <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Problemas de retina y cornea <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Infecciones de los ojos <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Ceguera Otra enfermedad o deficiencia de la visión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso de respuesta positiva, detalle .....				
3.	<b>Corazón:</b> <input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito <input type="checkbox"/> Cateterismo <input type="checkbox"/> Enfermedades valvulares Otra enfermedad o deficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso de respuesta positiva, detalle .....				
4.	<b>Vasos sanguíneos:</b> <input type="checkbox"/> Várices (en las piernas) <input type="checkbox"/> Arterias carótidas (en el cuello) <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea <input type="checkbox"/> TVP (Trombosis Venosa Profunda) <input type="checkbox"/> EVP (Enfermedad Vascular Periférica) Otra enfermedad o deficiencia de los vasos sanguíneos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso de respuesta positiva, detalle .....				
5.	<b>Enfermedades metabólicas:</b> <input type="checkbox"/> Glándula tiroides <input type="checkbox"/> Glándulas linfáticas <input type="checkbox"/> Glándulas salivales <input type="checkbox"/> Glándulas sudoríparas <input type="checkbox"/> Glándula pituitaria <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Niveles altos de grasas/colesterol en la sangre Otra enfermedad o deficiencia metabólica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso de respuesta positiva, detalle .....				
6.	<b>Vías respiratorias:</b> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes en las vías respiratorias y falta de aire <input type="checkbox"/> Neumotórax <input type="checkbox"/> Fibrosis quística Otra enfermedad o deficiencia de las vías respiratorias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....				

StudioHarel 28718.12 05/2020



**A Datos del candidato al Seguro**

Parte B: ¿Sufre o ha sufrido de alguna enfermedad, fenómeno o trastorno relacionado con alguno de los temas detallados a continuación?		No	Sí
7.	<b>Sistema digestivo:</b> <input type="checkbox"/> Úlcera (estómago/duodeno) <input type="checkbox"/> Acidez estomacal <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Fisura/fístula <input type="checkbox"/> Obstrucción intestinal Enfermedades/infecciones pancreáticas <input type="checkbox"/> Esófago <input type="checkbox"/> Vesícula biliar <input type="checkbox"/> Cálculos biliares Otra enfermedad o deficiencia del sistema digestivo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
8.	<b>Hígado:</b> <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Hepatitis B, C, D <input type="checkbox"/> Hígado graso <input type="checkbox"/> Cirrosis Otra enfermedad o deficiencia del hígado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
9.	<b>Hernia:</b> Ubicación de la hernia: diafragma/ombigo/entrepierna derecha/ entrepierna izquierda ¿Ha pasado por una intervención quirúrgica para el tratamiento de una hernia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Cuándo? (Fecha) ..... ¿El problema ha sido solucionado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
10.	<b>Riñones y vías urinarias:</b> <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> Cálculos en los riñones o en las vías urinarias <input type="checkbox"/> Quistes en los riñones <input type="checkbox"/> Defectos en las vías urinarias <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal Otra enfermedad o deficiencia en las vías urinarias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
11.	<b>Huesos y articulaciones:</b> <input type="checkbox"/> Inflamación de las articulaciones (Artritis) <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Espalda/columna vertebral <input type="checkbox"/> Articulaciones <input type="checkbox"/> Rodillas Otra enfermedad o deficiencia en las articulaciones o huesos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
12.	<b>Enfermedades dermatológicas y de transmisión sexual:</b> <input type="checkbox"/> Tumores de la piel <input type="checkbox"/> Lesiones cutáneas Psoriasis <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Sífilis Otra enfermedad dermatológica o de transmisión sexual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
13.	<b>Tumores malignos/enfermedades malignas (cáncer)</b>		
14.	<b>Preguntas destinadas al sexo femenino:</b> <input type="checkbox"/> Senos (incluyendo implante mamario) <input type="checkbox"/> Otras enfermedades o deficiencias del sistema ginecológico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
15.	<b>Preguntas destinadas al sexo masculino:</b> <input type="checkbox"/> Trastornos de la próstata <input type="checkbox"/> Varicocele, Hidrocele Otras enfermedades o deficiencias del sexo masculino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
16.	<b>Enfermedades mentales:</b> <input type="checkbox"/> Enfermedad mental diagnosticada por un psicólogo, psiquiatra o médico de cabecera		
17.	<b>Enfermedades de oído, nariz y garganta:</b> <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño <input type="checkbox"/> Pólipos nasales <input type="checkbox"/> Sinusitis Otras enfermedades o deficiencias de oído, nariz y garganta <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		

Detalle .....

.....

.....

**B Declaración del candidato al Seguro:**

- 1. Yo declaro por la presente que todas las respuestas son veraces, completas y han sido suministradas de mi propia y libre voluntad.
- 2. Las respuestas incluidas en la Declaración de Salud y toda otra información que sea suministrada al Asegurador, así como las condiciones habituales aceptadas por el Asegurador con este fin, servirán como base esencial para el contrato del Seguro entre mi persona y el Asegurador y serán parte integral de ese contrato.
- 3. El Asegurador podrá aprobar o rechazar la Propuesta de Seguro Médico, sin que deba justificar su decisión. Es de mi conocimiento que el contrato del Seguro entrará en vigencia solo después que el Asegurador expida una autorización por escrito sobre la aprobación del Asegurado y después que el primer pago por el Seguro se haga efectivo en su totalidad.  
Esta condición de pago completo de la primera prima del Seguro no se aplicará si el Asegurador ha recibido una forma de pago de la cual se pueda cobrar la prima del Seguro.
- 4. La información incluida en este documento es indispensable para su registro en las pólizas, así como para toda otra condición relacionada con las pólizas y su manejo. La compañía y otras compañías del Grupo Harel (Harel Seguros Inversiones y Servicios Financieros Ltda. y sus subsidiarias) y/o toda persona o entidad actuando legalmente en su nombre podrán usar la citada información, incluyendo el procesamiento, almacenamiento y uso de la misma para cualquier propósito relacionado con las pólizas y otros legítimos propósitos, incluyendo la entrega de dicha información a terceras partes que operen en nombre del Grupo Harel.
- 5. ¿Alguna compañía de Seguros ha rechazado o cancelado en el pasado su solicitud de Seguro Médico?  
 No  Sí, especifique .....
- 6. Renuncia a confidencialidad médica:** Yo, el abajo firmante, autorizo por el presente a Kupath Holim y/o a sus instituciones médicas, así como a todos los médicos, otras instituciones médicas y hospitales y/o a toda compañía de seguros y/o a toda otra institución o entidad, siempre que sea necesario a fin de examinar los derechos y obligaciones bajo la póliza y/o a fin de examinar el proceso de mi admisión al Seguro solicitado, a entregar a la Compañía de Seguros Harel todos los datos, sin excepción y en la forma que lo exija el solicitante, sobre mi situación médica y/o sobre toda enfermedad que he padecido en el pasado y/o que padezca en el presente y/o que pueda padecer en el futuro. Así, también, eximo a Uds. de toda obligación relacionada con la preservación de la confidencialidad médica y renuncio a esta confidencialidad a favor del solicitante. Este formulario de renuncia será válido con respecto a mi persona, a mis herederos y apoderados legales y a toda persona o entidad que actúe legalmente en mi nombre.

El Asegurado ha firmado esta Declaración de Estado de Salud, después de habersele explicado su contenido en un idioma conocido por él .

 .....
 .....
 .....

Fecha Firma del candidato al Seguro Firma del testigo

**C Confirmación de condiciones de aceptación**

En caso que, durante el proceso de suscripción de mi Seguro, haya necesidad de agregar las condiciones especificadas a continuación, a fin de emitir la póliza solicitada, estas serán fijadas en la póliza que será emitida a mi nombre, de acuerdo a lo siguiente:

No se cubrirá ningún caso de seguro relacionado con .....

Fecha ..... Nombre ..... No. Pasaporte ..... Firma  .....