

Déclaration de santé pour l'assurance médicale - Étrangers en Israël

Conformément à la proposition d'assurance ci-jointe, faisant partie intégrante de la déclaration

05/2020 Edition

À l'attention de

Harel compagnie d'assurance sarl, département assurance travailleurs étrangers/touristes

3, Rehov Abba Hillel P.O.B 521180, 1951 Ramat Gan, fax: 7348083-03 Email: fax7930@harel-ins.co.il

A Renseignements concernant l'assuré

| | | | | |
|-----------------|----------------|--------|---------------|--------------------------------------------------------------|
| No de passeport | Nom de famille | Prénom | Date of birth | Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
|-----------------|----------------|--------|---------------|--------------------------------------------------------------|

Veillez répondre aux questions suivantes en cochant d'un "✓" la case correspondant à la réponse correcte. Si vous répondez "oui" à l'une des questions, veuillez joindre un certificat actualisé du médecin traitant relatif au problème déclaré, les résultats d'examens médicaux, le type de traitement et l'état de santé actuel.

Partie 1 : Questions générales

| | Oui | Non |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Taille en cm Poids en cm | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Consommez-vous ou avez-vous consommé de la drogue? <input type="checkbox"/> Buvez-vous ou buviez-vous, régulièrement, des boissons alcoolisées? Précisez votre consommation: verres par jour | | |
| 3. Avez-vous été envoyé au cours des 10 dernières années procéder à l'un des examens suivants (ne s'inscrivant pas dans le cadre d'examens de routine), et vous ne l'avez pas encore fait ou un diagnostic définitif n'a encore été prononcé: maladies chroniques, cathétérisme, scintigraphie, échocardiographie, IRM, CT (tomodensitométrie), échographie (ne s'inscrivant pas dans le cadre d'un suivi prénatal de routine), biopsie, sang occulte, coloscopie ou gastroscopie, maladies auto-immunes, y compris le lupus? (En cas de réponse positive, vous êtes prié de joindre un certificat du médecin traitant relatif au motif de réalisation de l'examen, à ses résultats et au diagnostic final). | | |
| 4. Au cours des 10 dernières années, avez-vous subi une intervention chirurgicale ou vous a-t-on conseillé de vous faire opérer? Veuillez détailler: | | |
| 5. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été hospitalisé? Veuillez préciser la cause de l'hospitalisation et le traitement reçu. | | |
| 6. Au cours des 10 dernières années, avez-vous pris ou vous a-t-on conseillé de prendre régulièrement des médicaments? Veuillez préciser le problème pour lequel vous êtes traité(e), la nature du traitement et depuis combien de temps vous prenez ce médicament. | | |
| 7. Avez-vous été diagnostiqué comme atteint d'allergies? Veuillez détailler: | | |

Partie 2: Vous a-t-on diagnostiqué une maladie, un symptôme ou un trouble lié à l'un ou plusieurs des problèmes ci-après:

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Système nerveux <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques <input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique ou autre maladie dégénérative <input type="checkbox"/> Vertiges récurrents <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Troubles de l'équilibre <input type="checkbox"/> Évanouissements <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer <input type="checkbox"/> Tremblement <input type="checkbox"/> Retard mental <input type="checkbox"/> Autisme <input type="checkbox"/> Syndrome de Down <input type="checkbox"/> Infirmité motrice d'origine cérébrale <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Maladie de Gaucher <input type="checkbox"/> Hypoesthésie Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Avez-vous consulté votre médecin en raison de problèmes de mémoire (démence) SIDA <input type="checkbox"/> Séropositivité <input type="checkbox"/> Lupus Si vous avez coché une ou plusieurs cases, veuillez joindre une lettre actualisée du neurologue traitant. | | |
| 2. Yeux et vision: <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Conjonctivite <input type="checkbox"/> Strabisme <input type="checkbox"/> Cécité Autre maladie/trouble oculaire <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 3. Cœur: <input type="checkbox"/> Arythmies <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque congénitale <input type="checkbox"/> Cathétérisme <input type="checkbox"/> Valvulopathie cardiaque, autre maladie/trouble cardiaque <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 4. Vaisseaux sanguins: <input type="checkbox"/> Varices (dans les veines des membres inférieurs) <input type="checkbox"/> Carotide (dans les artères du cou) <input type="checkbox"/> Troubles de la coagulation <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> TVP (phlébite/thrombose) <input type="checkbox"/> AOMI (artériopathie oblitérante des membres inférieurs), autre maladie/trouble des vaisseaux sanguins <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |



A Renseignements concernant l'assuré

| Partie 2: Vous a-t-on diagnostiqué une maladie, un symptôme ou un trouble lié à l'un ou plusieurs des problèmes ci-après: | | Yes | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 5. | Maladies métaboliques: <input type="checkbox"/> Glande thyroïde <input type="checkbox"/> Glande lymphatique <input type="checkbox"/> Glande sudoripare <input type="checkbox"/> Glande pituitaire (hypophyse) <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Hyperlipidémie/cholestérol, autre maladie/trouble métabolique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 6. | Voies respiratoires: <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) <input type="checkbox"/> Rhinite allergique <input type="checkbox"/> Infections respiratoires et dyspnée <input type="checkbox"/> Pneumothorax <input type="checkbox"/> Fibrose kystique <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble des voies respiratoires <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 7. | Système digestif: <input type="checkbox"/> ulcère gastro-duodénal (estomac/duodénum) <input type="checkbox"/> Pyrosis <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> Colite <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien <input type="checkbox"/> Hémorroïdes <input type="checkbox"/> Fissure/fistule <input type="checkbox"/> Occlusion intestinale <input type="checkbox"/> Maladies/inflammations du pancréas <input type="checkbox"/> de l'œsophage <input type="checkbox"/> de la vésicule biliaire <input type="checkbox"/> Lithiase biliaire <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble du système digestif <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 8. | Foie: <input type="checkbox"/> Ictère (jaunisse) <input type="checkbox"/> Hépatite B, C, D <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Cirrhose, autre maladie/trouble du foie <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 9. | Hernie: Localisation de la hernie: <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> Omphalique <input type="checkbox"/> Aine droite <input type="checkbox"/> Aine gauche Avez-vous été opéré pour traiter la hernie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, quand? (Date) Le problème a-t-il été résolu <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | | |
| 10. | Reins et appareil urinaire: <input type="checkbox"/> Inflammations récurrentes <input type="checkbox"/> Lithiase urinaire (calculs dans les reins ou voies urinaires) <input type="checkbox"/> Kystes rénaux <input type="checkbox"/> Malformations des voies urinaires <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale, autre maladie/trouble des reins et de l'appareil urinaire <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 11. | Articulations et os: <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Dos et colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Articulations <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble articulaire ou osseux <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 12. | Articulations et os: <input type="checkbox"/> Arthrite <input type="checkbox"/> Goutte <input type="checkbox"/> Dos et colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Articulations <input type="checkbox"/> Genoux <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble articulaire ou osseux <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 13. | Tumeurs malignes/maladies malignes (cancer) | | |
| 14. | Pour les femmes: <input type="checkbox"/> Seins (y compris l'augmentation mammaire) <input type="checkbox"/> Système gynécologique, autre maladie/trouble gynécologique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 15. | Pour les hommes: <input type="checkbox"/> Troubles de la prostate <input type="checkbox"/> Varicocèle/hydrocèle <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble andrologique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |
| 16. | Maladies mentales: Maladie mentale diagnostiquée par un psychologue, un psychiatre ou un médecin de famille. | | |
| 17. | Oto-rhino-laryngologie: <input type="checkbox"/> Syndrome d'apnées du sommeil <input type="checkbox"/> Polypose naso-sinusienne <input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> Autre maladie/trouble oto-rhino-laryngologique <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, si c'est le cas, préciser: | | |

Détailler:.....
.....
.....

B Déclaration du candidat à l'assurance

1. Je déclare que toutes les réponses sont correctes, complètes et données de ma propre volonté.
2. Les réponses spécifiées dans la déclaration médicale, ainsi que toute autre information qui sera fournie à l'assureur, de même que les conditions communément acceptées de l'assureur à ce sujet serviront de conditions fondamentales au contrat d'assurance entre vous et l'assureur et en feront une partie intégrante.
3. L'assureur est libre de décider d'accepter ou de rejeter l'application sans avoir à justifier sa décision. Pour information, le contrat d'assurance entre en vigueur seulement après que l'assureur émet une confirmation écrite de l'admission de l'assuré à l'assurance, et que les primes d'assurance initiales sont réglées dans leur intégralité. Cette condition préalable 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.
4. L'information incluse dans le présent document est essentielle pour votre adhésion à la police d'assurance ainsi que pour toute autre intention et toutes fins relatives aux polices d'assurance et à leur traitement. La Compagnie et les autres compagnies du groupe Harel (Harel Assurances et Services financiers sarl et ses filiales) et/ou quiconque les représentant utiliseront ladite information, y compris son traitement, stockage et usage à toutes fins se rapportant aux polices d'assurance et autres fins légitimes, même en transmettant l'information à des tiers agissant au nom et pour le compte du groupe Harel.
5. Une compagnie d'assurance a-t-elle décliné ou annulé à un moment donné votre demande d'assurance maladie?
 Non Oui, préciser:
6. **Renonciation au secret médical:** Je, soussigné, autorise par la présente la caisse de maladie (Kupat Holim) et/ou ses institutions médicales et/ou tous autres médecins et psychiatres, institutions médicales et hôpitaux, et/ou toute autre compagnie d'assurance et/ou toute institution et tout tiers, dans la mesure du nécessaire pour la vérification des droits et obligations d'après la police d'assurance et pour l'examen de mon admission à l'assurance demandée, de fournir à Harel toute information et tous détails en leur possession, sans exception et de la manière requise par le demandeur, concernant mon état de santé, y compris toute maladie dont j'ai souffert par le passé et/ou à 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 héritiers et fondés de pouvoir et tout représentant autorisé.

Le présent formulaire de déclaration médicale a été signé par le candidat à l'assurance après qu'il a reçu une explication de son contenu dans une langue qu'il comprend

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

C Approbation des conditions d'adhésion

J'approuve en amont que s'il s'avérait nécessaire, dans le cadre du processus de souscription pour moi aux fins de délivrance de la police d'assurance demandée, que les conditions de souscription ci-dessous s'imposent, ces dernières soient fixées dans le cadre de la police, qui me sera remise selon le cas :
Ne sera pas couvert tout risque lié à

.....
.....
.....
.....
Date Nom N o de passeport Signature