

DECLARATION DE SANTE EN VUE D'UNE ASSURANCE MEDICALE POUR UN TRAVAILLEUR ETRANGER / MEDICAL INSURANCE

Coordonnées du demandeur de l'assurance						
Nom	Prénom	No. de Passeport	Genre M / F	Date de naissance	Taille	Poids

Par souci de commodité les questions suivantes sont formulées au masculin mais s'appliquent au genre féminin également. Veuillez mettre un X dans la case qui convient. Si vous répondez OUI à une question, donnez des détails supplémentaires dans l'espace prévu à cet effet.

	Questions générales	OUI	NON
1	Etes-vous actuellement malade ou avez-vous souffert d'une maladie quelconque pendant les dernières cinq années, ou êtes-vous conscient d'une aggravation de votre santé ou de la nécessité d'une opération chirurgicale ? Dans ce cas, quelles sont ces maladies et quand sont-elles intervenues.		
2	Recevez-vous actuellement un traitement médicamenteux ou en avez-vous reçu dans le passé? Dans ce cas quels médicaments avez-vous reçus ?		
3	Avez-vous été hospitalisé dans un hôpital ou établissement? Si oui à quelles dates, quelle était la raison de l'hospitalisation et quel traitement avez-vous reçu?		
4	Buvez-vous de l'alcool? Si oui, quelles boissons et à quelle fréquence.		
5	Fumez-vous? Si oui, combien de cigarettes par jour? Utilisez-vous ou avez-vous utilisé des drogues?		
6	Avez-vous subi des analyses de laboratoire telles que des analyses de sang, urine et/ou des analyses médicales comme un ECG, des radios (de la poitrine, de l'appareil digestif, des reins, des os, de la colonne vertébrale, etc.), des scanners, une tomographie informatisée (CT), IRM. Si oui, veuillez en donner la raison, la date et les résultats.		
7	Avez-vous eu un accident ou subi une opération chirurgicale? Dites quand et quel était le type d'opération ou accident.		
8	Souffrez-vous d'une incapacité totale ou partielle au travail ? Si oui, veuillez préciser.		
9	Avez-vous obtenu des pourcentages d'invalidité?		
10	Utilisez-vous des appareils médicaux quels qu'ils soient?		
11	Avez-vous perdu du poids dans les derniers six mois ? Si oui, veuillez préciser.		
12	Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie infectieuse?		
13	Etes-vous conscient de tout autre problème de santé (y compris une malformation congénitale) qui n'aurait pas été mentionné sur ce formulaire? Si oui, veuillez préciser.		
14	Avez-vous été diagnostiqué d'une maladie auto-immune (y compris un lupus)? Si oui, veuillez préciser.		

		OUI	NON
15	Souffrez-vous d'une maladie chronique - active ou latente? Si oui, veuillez préciser.		
16	Êtes-vous en attente de recevoir un traitement médical, y compris une intervention chirurgicale ou une hospitalisation? Si oui, veuillez préciser.		
17	Êtes-vous un porteur de l'anticorps et / ou du virus VIH ou de l'hépatite? Si oui, veuillez préciser.		
18	Maladies gynécologiques, pour les femmes seulement:		
	A	Etes-vous enceinte? (Si oui, veuillez préciser et donner le nombre de fœtus)	
	B	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies gynécologiques telles que: menstruation irrégulière, problèmes de fertilité, saignements, grosseurs sur les seins, l'utérus, les ovaires, résultats anormaux de tests gynécologiques (comme le PAP) ou autres problèmes gynécologiques? Si oui, veuillez préciser.	
	C	Avez-vous une maladie des seins y compris des grosseurs aux seins?	
	D	Quel est le nombre de grossesses précédentes?	
	E	Avez-vous souffert de problèmes durant l'actuelle et les précédentes grossesses? Si oui, veuillez préciser.	
	F	Avez-vous subi une césarienne?	
	G	Combien d'enfants avez-vous (y compris de mariages antérieurs)?	
	H	Quand avez-vous été examinée pour la dernière fois par un gynécologue?	

	Souffrez-vous ou avez-vous souffert de toute maladie ou condition :	OU	NO
1	Système nerveux - vertige, maux de tête, épisodes d'évanouissement, paralysie, épilepsie, troubles de la mémoire, perte des sens, maladies dégénératives, hémorragie cérébrale, AVC, perte d'équilibre, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, infirmité mentale, démence, sclérose en plaques, maladies mentales .		
2	Appareil respiratoire - asthme, tuberculose, pneumonie, bronchite, emphysème, hémoptysie, infections récurrentes dans les voies respiratoires ou la poitrine? Si oui, veuillez préciser.		
3	Toute maladie du cœur et des vaisseaux sanguins, y compris: troubles du rythme cardiaque, troubles valvulaires, maladie cardiaque.		
4	<u>Hypertension artérielle</u> : y compris les douleurs aux jambes lors de la marche, les varices, les problèmes de circulation sanguine, les rétrécissements des artères. Si oui, veuillez préciser.		
5	Système digestif - Maladie peptique (ulcères peptiques ou ulcères duodénaux), brûlures d'estomac, maladies infectieuses des intestins, hémorragies du système digestif, hémorroïdes, problèmes anaux, problèmes hépatiques ou maladies hépatiques, jaunisse, calculs biliaires, infections du pancréas? Si oui, veuillez préciser.		
6	La hernie y compris de l'aîne, du diaphragme, de la paroi abdominale ou la hernie ombilicale, la cicatrice chirurgicale, la rupture fémorale, varicocèle. Si oui, veuillez préciser.		
7	Infections du rein et des voies urinaires, y compris des calculs rénaux ou dans des voies urinaires, du sang / protéines / sucre dans les urines, des kystes de rein, des problèmes de prostate. Si oui, veuillez préciser.		

		OUI	NON
8	Jointes et problèmes osseux, y compris l'arthrite, la goutte, les douleurs du dos / du cou, de la colonne vertébrale, hernie discale / épaule / genou / cheville / autres articulations, maladies des os. Si oui, veuillez préciser.		
9	Les problèmes de métabolisme et du système immunitaire, y compris le diabète, les problèmes de la glande thyroïde, de la glande surrénale, de la glande pituitaire ou d'autres glandes, l'hyperlipémie, les maladies du sang ou la coagulation, l'anémie Si oui, veuillez préciser.		
10	Les maladies malignes (cancéreuses), y compris les tumeurs malignes ou pré malignes, ou les maladies pré-malignes, le SIDA / porteur du SIDA? (Si oui, indiquez le type, la date et le type de traitement).		
11	Maladies de la peau et maladies sexuellement transmissibles: herpes, syphilis, croissances cutanées, verrues, SIDA, problèmes des organes reproducteurs. Si oui, veuillez préciser.		
12	Maladies oculaires, y compris la cataracte, le strabisme, la cécité, les problèmes de cornée ou de réticulum, les troubles de la vue. Portez-vous des lunettes? l'astigmatisme, le glaucome. Si oui, veuillez préciser.		
13	Les infections de la gorge, y compris les infections récurrentes de la gorge ou de l'oreille, la rhino-sinuite, les problèmes auditifs, l'apnée du sommeil, le ronflement? Si oui, veuillez préciser.		

Veuillez fournir des détails sur toutes les questions auxquelles vous avez répondu "Oui":

Je déclare par la présente que toutes les informations que j'ai fournies dans la déclaration de santé sont exactes et complètes. S'il s'avère que les informations que j'ai fournies soient inexactes ou incomplètes, Ayalon sera exonéré de sa responsabilité conformément aux dispositions de la Loi sur les contrats d'assurance.

RENONCIATION A LA CONFIDENTIALITÉ MÉDICALE

Je soussigné, donne mon consentement à la caisse de maladie et / ou à ses institutions et / ou succursales médicales ainsi qu'à tous les médecins, établissements médicaux et autres hôpitaux et / ou à toute autre compagnie d'assurance et / ou à toute institution et / ou toute autre partie à soumettre à la compagnie d'assurance Ayalon Ltd. (ci-après "le demandeur") tous les détails, sans exception et de la manière demandée, concernant mon état de santé et / ou toute maladie dont j'ai souffert dans le passé et / ou dont je souffre actuellement et / ou dont je pourrais souffrir à l'avenir, et je les libère par la présente du devoir de maintenir le secret médical et j'exonère le «demandeur» de ce devoir. Cette renonciation à la confidentialité me lie, mes légataires, représentants légaux et toute partie qui pourrait les remplacer.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR DE L'ASSURANCE

1. Je déclare, j'accepte et je m'engage à ce qui suit: (1) Toutes les réponses sont exactes, complètes et fournies volontairement. (2) Les réponses énoncées dans la déclaration de santé et toute autre information fournie à l'assureur, ainsi que les conditions régulières de l'assureur à cet égard, constitueront une condition fondamentale du contrat d'assurance entre moi et l'assureur et feront partie intégrante du contrat d'assurance. (3) L'assureur est libre de décider d'accepter ou de rejeter cette demande sans devoir justifier sa décision. Je suis conscient que le contrat d'assurance prendra effet uniquement après que l'assureur émet une confirmation écrite de l'acceptation de l'assurance et après que la prime initiale ait été payée intégralement.

2. Je suis conscient que, conformément à cette police d'assurance, l'assureur sera dispensé de fournir un service en rapport avec une malformation, une maladie congénitale, y compris tout état de santé et / ou un phénomène médical et / ou une maladie, qu'elle soit traitée ou non et / ou ses conséquences, directes ou indirectes, qui se produisent et / ou se détériorent en raison d'un état de santé qui existait avant le début de l'assurance, sous réserve des dispositions de l'ordonnance sur les travailleurs étrangers qui se rapportent à la couverture en vertu de la police d'assurance Care4U.

3. Je déclare par la présente qu'aucune compagnie d'assurance n'a rejeté ma demande d'une assurance médicale.

ACCORD SUR DES CONDITIONS PARTICULIÈRES D'ACCEPTATION

J'accepte d'acheter la couverture d'assurance:


Avec une prime supplémentaire en raison de conditions médicales, à condition qu'elle ne dépasse pas 75%.

Avec l'exception : l'assureur ne couvrira pas les problèmes d'invalidité et / ou de santé existants du demandeur de l'assurance, ainsi que leurs conséquences et implications.

DÉCLARATION DU PRENEUR DE L'ASSURANCE

À ma connaissance, la déclaration faites par l'assuré est exacte et je ne connais aucune malformation, maladie congénitale, y compris une maladie héréditaire et / ou des conditions de santé et / ou des conditions médicales et / ou des maladies, qu'elles soient traitées ou non et / ou que leurs résultats soient directs ou indirects qui se sont produites et / ou se sont détériorées, en raison d'un état de santé qui existait avant le début de l'assurance et / ou toute autre information qui ferait que l'assureur refuse d'accorder la couverture d'assurance en vertu de la présente police d'assurance de l'assuré si ces informations sont portées à l'attention de l'assureur.

Cette déclaration a été signée par l'assuré après que son contenu lui a été expliqué dans une langue qu'il comprend.

Signature de l'employeur / le preneur d'assurance	Nom de l'employeur / le preneur d'assurance	Date de la signature	Signature de l'employeur / le preneur d'assurance
			
Signature de l'assuré	Nom du demandeur de l'assurance	Date de la signature	Signature du demandeur de l'assurance
			