

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