

# Declarație de sănătate necesară încheierii de asigurări medicale – persoane străine în Israel



Sub rezerva Cererii de asigurare anexată la prezentul document, care este parte inseparabilă a Declarației de sănătate.

Acest formular este conceput atât pentru bărbați, cât și pentru femei.

Vă rugăm să vă asigurați că completați acest formular cu exactitate și în totalitate.

Ediția 06/2025

În atenția.

Harel Insurance Company Ltd. - Angajați străini/Sucursala de asigurări pentru turiști

3 Abba Hillel St., PO. Box 1951, Ramat Gan 5211802, Fax: 03-7348083 e-mail: fax7930@harel-ins.co.il.

## A Detaliile solicitantului de asigurare

Nr. de pașaport	Nume de familie	Prenume	Data nașterii	Sexul <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----------------	-----------------	---------	---------------	--

În prezenta Declarație de sănătate trebuie să răspundeți la următoarele întrebări marcând "✓" pe coloana răspunsului corespunzător. Dacă răspunsul la oricare dintre întrebări este „Da”, trebuie să atașați un certificat actualizat de la medicul curant, abordând problema declarată, rezultatele testelor, modul de tratament și starea actuală.

### Secțiunea A: Întrebări generale

	Da	Nu
1. Înălțimea în cm: ..... Greutatea în kg: .....		
2. <input type="checkbox"/> Folosiți sau ați folosit narcotice? <input type="checkbox"/> Consumați sau ați consumat băuturi alcoolice în mod regulat? Vă rugăm să specificați cantitatea consumului: ..... pahare pe zi.		
3. În ultimii 10 ani, ați fost trimis să efectuați următoarele analize medicale (ce nu fac parte din setul de analize de rutină) pe care nu le-ați efectuat sau nu v-a fost pus încă un diagnostic final: boli cronice, cateterizare, cartografiere osoasă, ecocardiografie, RMN, TC, ultrasunete (altele decât ca parte a îngrijirii prenatale de rutină), biopsie, sânge ocult, colonoscopie sau gastroscopie, boli autoimune, inclusiv lupus „Da”, vă rugăm să prezentați un certificat de la medicul curant, indicând motivul efectuării examinării, rezultatele examinării și diagnosticul final).		
4. În ultimii 10 ani, ați efectuat sau urmează să efectuați o intervenție chirurgicală/transplant? Vă rugăm să descrieți în detaliu: .....		
5. În ultimii 10 ani, ați fost spitalizat? Vă rugăm să descrieți în detaliu motivul spitalizării și tratamentul pe care l-ați primit.		
6. În ultimii 10 ani, ați administrat sau ați primit o recomandare de a administra medicamente în mod regulat? Vă rugăm să descrieți în detaliu problema pentru care sunteți tratat/ați fost tratat, tratamentul și de cât timp administrați medicamentul menționat?		
7. Ați fost diagnosticat(ă) ca suferind de alergii? Vă rugăm să descrieți în detaliu: .....		

### Secțiunea B: Ați fost diagnosticat(ă) cu vreo boală, sindrom, tulburare legată de una sau mai multe dintre problemele specificate mai jos:

1. <input type="checkbox"/> Sistemul nervos <input type="checkbox"/> Accident cerebrovascular (accident vascular cerebral) <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Scleroză multiplă <input type="checkbox"/> Distrofie musculară sau altă boală atrofică <input type="checkbox"/> Amețeli recurente <input type="checkbox"/> Dureri de cap <input type="checkbox"/> Tulburări de echilibru <input type="checkbox"/> Leșin <input type="checkbox"/> Sindromul Parkinson <input type="checkbox"/> Boala Alzheimer <input type="checkbox"/> Tremurat <input type="checkbox"/> Retard mental Autism <input type="checkbox"/> Autism Sindrom Down <input type="checkbox"/> Paralizie cerebrală <input type="checkbox"/> Poliomielită (paralizie infantilă) <input type="checkbox"/> Boala lui Gaucher <input type="checkbox"/> Pierderea senzației (amorțeală) <input type="checkbox"/> Tulburări de deficit de atenție <input type="checkbox"/> Migrenă <input type="checkbox"/> Ați aplicat la un medic cu plângeri legate de pierderea memoriei (demență) <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Purtător de HIV <input type="checkbox"/> Lupus Dacă răspunsul la una sau mai multe dintre întrebările de mai sus este „Da”, vă rugăm să atașați o scrisoare recentă de la doctorul neurolog curant.		
2. Ochi și vedere: <input type="checkbox"/> Cataractă <input type="checkbox"/> Retina si corneea <input type="checkbox"/> probleme <input type="checkbox"/> Glaucom <input type="checkbox"/> Inflamații ale ochiului <input type="checkbox"/> Strabism <input type="checkbox"/> Orbie Alte afecțiuni oculare / probleme: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		
3. Inimă: <input type="checkbox"/> Aritmii cardiace <input type="checkbox"/> Boli cardiace <input type="checkbox"/> Insuficiență cardiacă <input type="checkbox"/> Atac de cord <input type="checkbox"/> Defect cardiac congenital <input type="checkbox"/> Cateterizare <input type="checkbox"/> Boli ale valvei cardiace, alte boli cardiace/problemă: Nu Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		
4. Vasele de sânge: <input type="checkbox"/> Varice (în venele picioarelor) <input type="checkbox"/> Artera carotidă (în arterele gâtului) <input type="checkbox"/> Tulburări de coagulare <input type="checkbox"/> Boală de sânge TVP (tromboză) <input type="checkbox"/> PVD (boală vasculară periferică), alte boli vasculare/problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		



^dt33539

**A Detaliiile solicitantului de asigurare**

Secțiunea B: Ați fost diagnosticat(ă) cu vreo boală, sindrom, tulburare legată de una sau mai multe dintre problemele specificate mai jos:		Da	Nu
5.	<b>Afecțiuni metabolice:</b> <input type="checkbox"/> Glanda tiroidă <input type="checkbox"/> Ganglion limfatic <input type="checkbox"/> Glanda salivară <input type="checkbox"/> Glanda sudoripară <input type="checkbox"/> Glanda pituitară <input type="checkbox"/> Diabet <input type="checkbox"/> Hipertensiune arterială <input type="checkbox"/> Niveluri ridicate de grăsimi/colesterol, alte boli metabolice/problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		
6.	<b>Sistemul respirator:</b> <input type="checkbox"/> Astm <input type="checkbox"/> Tuberculoză <input type="checkbox"/> BPOC (boală pulmonară obstructivă cronică) <input type="checkbox"/> Febra fânului <input type="checkbox"/> Infecții respiratorii recurente și dificultăți de respirație <input type="checkbox"/> Colaps pulmonar (pneumotorax) <input type="checkbox"/> Fibroză chistică Alte afecțiuni ale sistemului respirator <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		
7.	<b>Sistemul digestiv:</b> <input type="checkbox"/> Ulcer (duoden/ gastric) <input type="checkbox"/> Arsuri la stomac <input type="checkbox"/> Boala Crohn <input type="checkbox"/> Colită <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Hemoroizi <input type="checkbox"/> Fisura/Fistula <input type="checkbox"/> Obstrucția intestinului <input type="checkbox"/> Boli pancreatice/infecții <input type="checkbox"/> Esofag <input type="checkbox"/> Vezica biliară <input type="checkbox"/> Pietre la vezică Alte afecțiuni ale sistemului digestiv/problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		
8.	<b>Ficat:</b> <input type="checkbox"/> Icter <input type="checkbox"/> Hepatita B, C, D <input type="checkbox"/> Ficat gras <input type="checkbox"/> Ciroza, alte afecțiuni ale sistemului digestiv /problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		
9.	<b>Hernie:</b> Localizarea herniei: În diafragmă / în buric / în inghinala dreaptă / în inghinala stângă Ați suferit o intervenție chirurgicală pentru tratarea herniei? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, când (data)? ..... Problema este rezolvată? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da		
10.	<b>Rinichi și tract urinar:</b> <input type="checkbox"/> Infecții recurente <input type="checkbox"/> Pietre la rinichi și urinare <input type="checkbox"/> Chisturi renale <input type="checkbox"/> Anomalii ale tractului urinar <input type="checkbox"/> Insuficiență renală, alte afecțiuni ale rinichilor și ale tractului urinar/problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		
11.	<b>Articulații și oase:</b> <input type="checkbox"/> Artrita <input type="checkbox"/> Guta <input type="checkbox"/> Spate și coloana vertebrală <input type="checkbox"/> Articulații <input type="checkbox"/> Genunchi Alte boli ale articulațiilor și oaselor / problema <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” va rugam specificați: .....		
12.	<b>Afecțiuni ale pielii și afecțiuni sexuale:</b> <input type="checkbox"/> Tumori cutanate <input type="checkbox"/> Leziuni cutanate <input type="checkbox"/> Psoriazis <input type="checkbox"/> Boli cu transmitere sexuală <input type="checkbox"/> Sifilis Alte afecțiuni ale pielii și afecțiuni sexuale boala/problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		
13.	Tumori maligne/boli (cancer).		
14.	<b>Pentru femei:</b> <input type="checkbox"/> Sâni (inclusiv mărirea sânilor) <input type="checkbox"/> Sistemul ginecologic, boala / alte probleme feminine <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați:..... <input type="checkbox"/> Sunteți însărcinată? <input type="checkbox"/> Ați suferit o naștere prin cezariană? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați când (data): .....		
15.	<b>Pentru barbati:</b> <input type="checkbox"/> Probleme de prostata <input type="checkbox"/> Varicocelul/ Hidrocel Altă boală masculină / problemă <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		
16.	<b>Boli psihice:</b> Boala mintală care a fost diagnosticată de un psiholog, psihiatru sau medic de familie.		
17.	<b>Afecțiuni ale nasului, urechii și gâtului:</b> <input type="checkbox"/> Sindromul de apnee în somn <input type="checkbox"/> Polip nazal <input type="checkbox"/> Sinuzită Alte afecțiuni ale nasului, urechii și gâtului <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....		

Vă rugăm să furnizați detalii: .....

**B Detalii despre polițele de asigurare anterioare**


Ați fost vreodată asigurat de Harel sau de orice altă companie de asigurări? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
Dacă da, indicați compania și numărul poliței/numărul de membru al furnizorului de servicii medicale:				
Perioada de asigurare		Denumirea firmei	Polița nr.	Calitatea de membru nr.
..... De la 1 1	..... Către			

**C Procura agentului**

Prin prezenta autorizez agentul meu de asigurare pentru Poliță, domnul/doamna ....., să se ocupe de orice problemă referitoare la Poliță, inclusiv, dar fără a se limita la procesul de includere în Poliță, procedurile de subscriere, reînnoirea sau prelungirea Poliței pentru perioade suplimentare, depunerea cererilor de despăgubire, modificări și alte acțiuni în Poliță și așa mai departe, în numele meu și pentru mine. Aceasta include transmiterea tuturor corespondențelor și/sau documentelor legate de problemele menționate mai sus către „Harel” și primirea acestora de la „Harel”. Prin prezenta vă dau consimțământul meu ca agentul de asigurări să fie delegatul meu în orice chestiune referitoare la poliță și permisiunea mea de a trimite agenției de asigurări toate detaliile solicitate de aceasta, în orice acțiune legată de poliță, inclusiv detaliile altor polițe cu care sunt asigurat la Harel, care nu sunt neapărat polițe în care agentul de asigurări căruia îi dau împuternicire în acest acord al meu este agentul participant.		
.....	.....	.....
Data	Nume	Semnătura asiguratului

Pentru informarea dvs., copii ale corespondenței și/sau ale documentelor legate de reclamație vor fi în orice caz trimise agentului dvs. de asigurare pentru poliță.

**D Declarația candidatului la asigurări**

1.	<b>Subsemnatul, solicit prin prezenta Companiei de Asigurări Harel SRL (denumită în continuare „Asiguratorul/Societatea/Harel”) să mă asigure în baza celor menționate în prezenta propunere.</b> (a) <b>Confidențialitate</b> Harel Insurance Company Ltd. și Harel Pension and Provident Ltd. („Harel”) colectează informații în scopul înscrierii în produse, furnizării serviciilor, operării și gestionării ciclurilor de viață ale produselor, soluționării cererilor de despăgubire, efectuării plăților și proceselor, administrării și îmbunătățirii activității și serviciilor oferite de Harel, respectării legislației, personalizării și oferirii produselor și serviciilor în funcție de caracteristicile personale și în alte scopuri legitime. În general, nu sunteți obligat(ă) legal să furnizați informații, însă refuzul de a le oferi poate face imposibilă evaluarea cererii și furnizarea serviciului de către noi. Informațiile vor fi transferate către agentul de asigurări (dacă există unul), astfel încât agentul să poată gestiona solicitările și toate aspectele legate de administrarea și funcționarea produselor și serviciilor, precum și către furnizorii de servicii și alte terțe părți autorizate să primească aceste informații, în legătură cu aceste scopuri. Informații suplimentare despre politica de confidențialitate sunt disponibile pe site-ul Harel, inclusiv modalitățile de comunicare cu Ofițerul pentru Protecția Datelor din cadrul Harel, informații despre dreptul de acces și modificare, precum și dreptul de a renunța la corespondența directă, toate acestea putând fi accesate prin următorul link: <a href="https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB">https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB</a> . (b) Declar prin prezenta că toate răspunsurile sunt corecte și complete și că au fost furnizate din proprie voință. (c) Răspunsurile specificate în Declarația de sănătate și orice alte informații furnizate Companiei, precum și termenii obișnuiți ai Companiei cu privire la această chestiune vor servi drept termeni fundamentali ai contractului de asigurare dintre dvs. și Companie și vor constitui o parte integrantă a acestuia.
2.	<b>Beneficiari în caz de deces</b> Puteți numi beneficiari, folosind formularul „Cerere de actualizare/Schimbare a beneficiarilor în caz de deces”. În absența numirii beneficiarului, sumele vor fi plătite moștenitorilor legali conform legii, conform ordinului de moștenire sau succesiune.
3.	<b>Procedura de aderare:</b> Compania are voie să decidă dacă acceptă sau respinge propunerea. Pentru informarea dvs., contractul de asigurare va intra în vigoare numai după ce Compania emite confirmarea scrisă de acceptare a candidatului pentru asigurare. În cazul în care prelucrarea ulterioară necesită clarificarea termenilor, subscrierea și acceptarea pentru asigurare, polița nu se eliberează pentru candidat la asigurare și nu va intra în vigoare până la finalizarea procedurilor pentru candidat de asigurare.
4.	(a) Autorizez agentul meu de asigurare pentru poliță, ale cărei detalii apar la începutul prezentei propuneri, să prezinte Harel și să primească de la Harel în numele meu și pentru mine toate notificările și/sau documentele legate de procesul de abonare și procesul de aderare la această poliță. (b) Sunt de acord ca polița de asigurare a planurilor de asigurare solicitate în prezenta propunere să îmi fie transmisă prin intermediul agentului ale cărui detalii apar la începutul prezentei propuneri. (c) Dacă doriți să primiți polița și/sau informațiile din cadrul procedurii de subscriere și procedura de aderare directă la această poliță, de asemenea, puteți contacta Harel în orice moment, sunând la Harel (*2735).
5.	<b>Confirm prin prezenta că am primit informații esențiale cu privire la asigurare, inclusiv, cel puțin, o descriere a principalelor elemente ale acoperirii, a primei de asigurare, a perioadei de asigurare, a principalelor sume de asigurare și a principalelor limitări ale răspunderii, precum și cu privire la posibilitatea mea de a obține detalii complete despre acestea.</b>
6.	<b>Trimiterea materialelor publicitare</b> (a) <b>Notificare privind primirea materialelor publicitare din partea Companiei:</b> Informațiile pe care le-ați furnizat vor fi utilizate pentru trimiterea materialelor publicitare de către Companie prin email, sistem automat de apelare (autodialer) sau mesaje text (SMS). Vă puteți dezabona în orice moment accesând următorul link: <a href="https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS">https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS</a> ; unsubscribe1@harel-ins.co.il; formând numărul *2735; sau prin intermediul codului QR de mai jos:  (b) <b>Consimțământ pentru a primi materiale publicitare suplimentare:</b> <input type="checkbox"/> Pe lângă materialele publicitare pe care Compania le poate trimite conform notificării mele anterioare, doresc să primesc și materiale publicitare despre servicii și produse de la toate companiile din grupul Harel, partenerii lor de afaceri și terți, prin e-mail, sistem automat de apelare sau SMS. *Grupul Harel – Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. și filialele sale. <b>Vă rugăm să rețineți – nerealizarea unei opțiuni nu va fi considerată o refuzare a primirii materialelor publicitare din partea Companiei (așa cum este detaliat în Secțiunea A de mai sus) și nu invalidează niciun consimțământ anterior. Vă puteți răzgândi în privința consimțământului acordat în orice moment.</b>
7.	O companie de asigurări a respins sau anulat vreodată cererea dvs. de asigurare de sănătate? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da, dacă „Da” vă rugăm să specificați: .....
8.	<b>Renunțarea la confidențialitatea medicală:</b> Subsemnatul acordă prin prezenta permisiunea HMO și/sau instituțiilor sale medicale, precum și tuturor medicilor și/sau psihiatrilor, instituțiilor medicale și altor spitale și/sau oricărei societăți de asigurări și/sau oricărei alte instituții și entități, în măsura necesară clarificării drepturilor și obligațiilor care decurg din Polița de Asigurare și/sau în scopul procedurii de revizuire a admiterii mele la asigurarea solicitată, să mă supun Harel, inclusiv orice informații deținute de companie și detalii fără excepție și în forma cerută de Părțile solicitante, cu privire la starea mea de sănătate, orice boală pe care am avut-o în trecut și/sau o am în prezent și/sau o voi avea în viitor și vă eliberez de obligația de a păstra confidențialitatea medicală și renunț la această confidențialitate în favoarea „Părții Solicitante”. Această renunțare în scris obligă proprietatea mea legală și reprezentanții mei legali, precum și pe oricine va veni în locul meu.

Candidatul la asigurări a semnat acest formular de declarație privind starea de sănătate după ce a primit o explicație a conținutului său într-o limbă în care este fluent.

Data

Semnătura candidatului la asigurare

Semnătura martorului