



Poliçe No.

Acente No.

## SAĞLIK SİGORTASI İÇİN SAĞLIK DURUM BEYANI – İSRAİL’DEKİ YABANCILAR

SAĞLIK BEYANININ AYRILMAZ BİR PARÇASI OLAN EKTEKİ SİGORTA TEKLİFİNE BAĞLIDIR

### Sigortalanma adayı ile ilgili bilgiler

Pasaport No.	Soyadı	Adı	Doğum Tarihi	Cinsiyet E / K

Aşağıdaki sorular, kolaylık olması için erkek dilinde hazırlanmış olup, her iki cinsiyete de şamildir. Uygun kolon X ile işaretlenecektir. Her “Evet” cevabında detaylı bilgi, bu amaç için ayrılan yerde verilmelidir.

Genel Sorular	E.	H.
A. Halen ya da son beş yılda herhangi bir hastalık geçirdiniz mi? Hangi hastalık, ne zaman?		
B. Halen ya da geçmişte kullandığınız ilaçlar var mı? Hangileri?		
C. Hiç hastaneye ya da başka bir tıbbi müesseseye yatırıldınız mı? Ne zaman, neden ve gördüğünüz tedavi?		
D. Alkol kullanıyor musunuz?		
E. Uyuşturucu kullanıyor musunuz ya da kullandınız mı?		
F. Son beş yılda hiç tıbbi ve / veya laboratuvar tetkikleri yaptırdınız mı? Nedenleri, zamanı ve sonuçlarını (normal dışı verenerler dahil) belirtiniz.		
G. Hiç kaza ya da ameliyat geçirdiniz mi ? Ne zaman, mahiyeti?		
H. Herhangi bir gizli ya da aktif kronik hastalığınız var mı? Belirtin.		
I. Size hiç bir otoimmün hastalık teşhisi kondu mu (sarılık dahil)? Belirtin.		
J. Yakın zamanda bir tıbbi tedavi görmeniz, ameliyat olmanız ya da hastaneye yatmanız söz konusu mu?		
K. Halen ya da geçmişte geçirdiğiniz bir enfeksiyon hastalığı var mı ? Belirtin.		
L. Son altı ayda 6 kg veya daha fazla zayıfladınız mı? Belirtin.		
M. Kronik güçsüzlük ya da yorgunluk şikayetiniz var mı? Belirtin.		
N. Bu beyanda belirtilmeyen herhangi bir tıbbi bozukluğunuz var mı (doğuştan olanlar dahil)? Belirtin.		

Aşağıdaki hastalıklar veya belirtilerden birine yakalandınız mı	E.	H.
1. Sini sistemi ve beyin hastalıkları, felç, bayıma, sar’a, hareket bozuklukları, ruhsal bozukluklar? Belirtin.		
2. Solunum yolu hastalıkları, astım, verem, kronik akciğer enfeksiyonu, K.O.A.H., pnömotoraks? Belirtin.		
3. Her türlü kalb ya da kan hastalığı, yüksek tansiyon? Belirtin.		
4. Sindirim sistemi, karaciğer, safra kesesi hast., fıtık, hemoroid? Belirtin.		
5. Böbrek, idrar yolları hastalıkları, dializ? Belirtin.		
6. Kemik ve eklem hastalıkları, Baş ve boyun ağrıları? Belirtin.		
7. Metabolizma hast., diyabet, endokrin bezler, yüksek kolesterol, kan ve pıhtılaşma bozuklukları, anemi ?		
8. Kanseri (habis ırlar), kronik dejeneratif hastalıklar,		
9. Deri ve cinsel hastalıklar: Frengi, AIDS, kapanmayan yaralar, her tür uçuk, deri ırları?		
10. Göz hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları (işitme bozuklukları dahil), estetik ameliyatlar? Belirtin.		
11. HIV veya hepatit virüsü antikorları taşıyıcısı ve / veya hastası mısınız? belirtin.		
12. <b>Yalnız kadınlar için</b> A. Halen hamile misiniz? B. Kadın Hastalıkları: Adet bozuklukları, kist, kanama, meme hastalıkları (meme kitle dahil), rahim, yumurtalıklar, kanser teşhisi için kontroller, mamografi? Belirtin.		

Olumlu cevap verilen sağlıkla ilgili sorularda detaylandırma:

Sağlık beyanımda vermiş olduğum bilgilerin tümünün doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim. Vermiş olduğum bilgilerin eksiksiz ya da doğru olmadığı ortaya çıktığı takdirde, Sigorta Sözleşmesi yasası uyarınca Harel, bana karşı yükümlülük ve sorumluluklarından azat olacaktır.

Tıbbi gizlilikten feragat: Aşağıda imzası bulunan ben, hastalık sigortası kurumu ve / veya sağlık kuruluşlarına, ayrıca diğer tüm hekimlere, sağlık kuruluşlarına ve hastanelere, ve / veya sigorta şirketleri ve / veya tüm diğer kurum ve mercilere “Harel Sigorta Ltd. Şti.”ne (“talep eden” olarak anılacaktır), sağlık durumum ve / veya geçmişte ve / veya halen geçirmiş ya da geçirmekte olduğum veya gelecekte geçireceğim her türlü hastalık ile ilgili olarak talep eden’in isteyeceği her bilgiyi, istisnasız vermelerine onay veriyor, onları tıbbi gizliliği koruma zorunluluğundan azat ediyor, ve talep edenin lehine bu gizlilik hakkımdan feragat ediyorum. Bu feragat yazısı beni, mirasçılarımı, yasal vekillerimi ve yerime gelecek herkesi kapsamaktadır.

### Sigortalanma adayının beyanı

1. Aşağıdakileri kabul ettiğimi ve onayladığımı beyan ederim:

- (1). Tüm cevaplar doğru ve eksiksiz olup, hür irademle verilmişlerdir.
- (2). Sağlık beyanındaki detaylı cevaplar ve sigortacıya verilecek tüm diğer bilgiler ile bu konuda sigortacı tarafından kabul gören şartlar, benimle sigortacı arasındaki sigorta sözleşmesi için anlamlı şartları oluşturacak ve sözleşmenin ayrılmaz bir parçası olacaktır.
- (3). Teklifi kabul etme ya da geri çevirme yetkisi sigortacıya ait olacak, kararına gerekçe göstermek zorunda olmayacaktır. Sigorta sözleşmesinin, sadece sigortacının sigortalananın sigortaya kabul edildiğine dair yazılı onay çıkarması ve ilk sigorta bedeli tamamen ödendikten sonra yürürlüğe gireceğini biliyorum.

2. Sigortacıya verilecek cevaplar ve / veya bilgiler 1981 yılı Kişisel Mahremiyetin Korunması yasası uyarınca bir bilgi bankasında saklanacak ve sadece sigorta ile ilgili konularda kullanılacaktır.
3. Bu poliçeye göre şirketin sigorta başlangıç tarihinde mevcut olan, genetik bozukluklar ve / veya sağlık sorunu ve / veya tıbbi sorunlar ve / veya hastalıklar (ister tedavi görüyor olsun, ister olmasın) ve / veya sonuçları (doğrudan ya da dolaylı) ve sağlık sorunları dahil sonucu yol açılan ve / veya durumları ağırlaşan doğuştan hastalıklar için hizmet verme zorunluluğu bulunmayacağını, tüm bunların seçilen program ile ilgili olarak sigorta önerisi formunda yazılı şartlara bağlı olduğunu biliyorum.
4. Hiç bir sigorta şirketinin bu güne kadar sağlık sigortası yaptıрма isteğimi geri çevirmediğini beyan ederim.

### LÜTFEN SAFE STAY + TİPİ SİGORTA İÇİN DOLDURUNUZ.

**Poliçe Sahibinin Beyanı:** Bildiğim kadarı ile, sigortalanma adayının beyanı doğru olup, sigorta başlangıç tarihinde mevcut olan ve sigortacının önceden bilmesi durumunda bu poliçeye göre sigortalıyı sigortalamayacağı, genetik bozukluklar ve / veya sağlık sorunu ve / veya tıbbi sorunlar ve / veya hastalıklar (ister tedavi görüyor olsun, ister olmasın) ve / veya sonuçları (doğrudan ya da dolaylı) ve sağlık sorunları dahil sonucu yol açılan ve / veya durumları ağırlaşan doğuştan hastalıkları bulunduğu dair bilgisi ya da fikri yoktur.

Adı

Tarih

İşverenin imza ve mührü

\* İşbu form sigortalanma adayı tarafından içeriği kendisine, anladığı dilde izah edildikten sonra imzalanmıştır.

Tarih

Sigortalanma adayının imzası

İmza şahidinin adı

Şahidin imzası