चिकित्सा बीमा के लिए स्वास्थ्य अवस्था विवरण - इस्रायल में विदेशियों के लिए
सम्मिलित स्वास्थ्य बीमा प्रस्ताव के अधीन, जो स्वास्थ्य अवस्था विवरण का अविभाज्य अंग है।

HAREL Insurance & Finance

ध्यान दें
हारेल इंस्योरेंस कंपनी लिमिटेड - विदेशी कर्मचारी / पर्यटक बीमा शाखा
3 Abba Hillel St., PO. Box 1951, Ramat Gan 5211802, फैक्स: 03-7348083 ईमेल: fax7930@harel-ins.co.il

ए बीमा उम्मीदवार की निजी जानकारी

पासपोर्ट नं	अंतिम नाम	दिया गया नाम	जन्म तिथि	लिंग
			| | | | | |	☐ पु ☐ म

स्वास्थ्य अवस्था विवरण में, सही उत्तर के कॉलम में "✓" चिह्नित कर निम्नलिखित प्रश्नों के उत्तर दें। यदि किसी प्रश्न का आपका उत्तर "हाँ" है , तो कृपया कथित समस्या, जाँच परिणाम, उपचार का प्रकार और वर्तमान अवस्था का उल्लेख करते हुए इलाज कर रहे चिकित्सक से एक अद्यतित प्रमाण पत्र संलग्न करें।

	सामान्य प्रश्न	**हाँ**	**नहीं**
1.	पिछले छह महीनों में, क्या आपका वजन 6 किग्रा या अधिक घटा है? यदि उत्तर "हाँ" है तो, कृपया कारण बताएँ।		
2.	☐ क्या आप मादक द्रव्यों का उपयोग करते हैं या कभी उपयोग किया है? क्या आप पीते हैं / क्या आप नियमित रूप से अलकोहल युक्त पेय पीते हैं (एक दिन में दो गिलास से अधिक)?		
3.	**किसी लक्षण या किसी बीमारी की जाँच करने की प्रक्रिया, अभी तक पूर्ण नहीं हुई है:** पिछले 5 वर्षों में, क्या आप कभी निम्नलिखित चिकित्सा और / या नैदानिक जाँचों की प्रक्रिया में रहे हैं और / या अभी हैं **जो अभी तक पूर्ण नहीं हुई हैं** और अभी तक कोई अंतिम निदान नहीं है: कैथेटराइज़ेशन, बोन मैपिंग, इलेक्ट्रोकार्डियोग्राफी, MRI, CT, अल्ट्रासाउंड (नियमित प्रसूतिपूर्व देखभाल के रूप में नहीं), बायोप्सी, अदृश् रक्त, कोलोनोस्कोपी, गैस्ट्रोस्कोपी? (यदि उत्तर "हाँ" है, तो आपको आपकी देखरेख कर रहे चिकित्सक से एक प्रमाणपत्र प्रस्तुत करना चाहिए जिसमें जाँच का कारण, जाँच के परिणाम और अंतिम निदान का विवरण शामिल हो)।		
4.	पिछले 5 वर्षों में, क्या आपकी कोई शल्यक्रिया हुई है या आपको शल्यक्रिया करवाने की सलाह दी गई है? कृपया बताएँ।		
5.	पिछले 5 वर्षों में, क्या आपकी कोई दुर्घटना हुई है? कृपया बताएँ कि यह क्या थी, होने की तारीख और दुर्घटना में किस प्रकार की चोट लगी थी।		
6.	पिछले 5 वर्षों में, क्या आप 3 दिन से अधिक के लिए अस्पताल में भर्ती हुए हैं? कृपया अस्पताल में भर्ती होने का कारण और आपको दिया गया उपचार बताएँ।		
7.	पिछले 10 वर्षों में, क्या आप नियमित रूप से दवा लेते रहे हैं या आपको नियमित रूप से दवा लेने की सलाह दी गई है? कृपया बताएँ कि वह कौनसी समस्या थी जिसके लिए आपका उपचार किया गया है, उपचार क्या है और आप कथित दवाएँ कितने समय से ले रहे हैं?		
	क्या आपका किसी बीमारी, लक्षण, विकार, नीचे वर्णित समस्याओं में से एक या अधिक से संबंधित के लिए निदान किया गया है:		
8.	☐ तंत्रिका तंत्र ☐ प्रमस्तिष्कीय वाहिका दुर्घटना ☐ मिरगी ☐ मल्टीपल स्क्लेरोसिस ☐ पक्षाघात ☐ कार्यात्मक (अंग) कमजोरी ☐ कंपन ☐ पेशी दुष्पोषण या अन्य अपक्षयी रोग ☐ पार्किंसंस सिंड्रोम। यदि एक या अधिक समस्याओं के लिए उत्तर "हाँ" है, तो आपको आपका इलाज कर रहे न्यूरोलॉजिस्ट से एक अद्यतित पत्र संलग्न करना होगा।		
9.	किसी मनोवैज्ञानिक, मनोचिकित्सक या पारिवारिक चिकित्सक द्वारा निदान किया गया मनोरोग?		
10.	नेत्र एवं दृष्टि (यदि लेंस का नंबर 7 से ऊपर हो केवल तब ही चश्मा बताएँ)		
11.	तंत्र (ऑटोलैरिंगोलॉजी): ☐ नाक ☐ कान ☐ गला		
12.	☐ हृदय ☐ रक्त वाहिकाएँ		
13.	☐ रक्त विकार ☐ स्कंदन विकार ☐ अन्य जीर्ण रोग		
14.	पिछले 10 वर्षों में, क्या आपको कोई जीर्ण रोग हुआ जिसमें दवा उपचार / आहार की सिफारिश की गई हो: ☐ उच्च रक्तचाप ☐ मधुमेह (गर्भावधि मधुमेह सहित) ☐ वसा / कॉलेस्ट्रॉल ☐ का उच्च स्तर		
15.	थायरॉइड ग्रंथि		
16.	☐ दमा ☐ क्षय रोग ☐ जीर्ण न्युमोनिया ☐ COPD (जीर्ण अवरोधक फुफ्फुसीय रोग) ☐ न्युमोथॉरैक्स		
17.	☐ पेट ☐ आंत्र ☐ ग्रासनली ☐ पित्ताशय ☐ यकृत ☐ हेपैटाइटिस ☐ हैमोरॉइड्स – क्या आपकी कोई शल्यक्रिया हुई: ☐ नहीं ☐ हाँ, (दिनांक........................ को। क्या समस्या का समाधान हो गया? ☐ नहीं ☐ हाँ,		
18.	☐ हर्निया: हर्निया का स्थान - ☐ डायफ्राम में ☐ नाभि में ☐ दाईं ऊसंधि में ☐ बांयी ऊसंधि में ☐ क्या हर्निया के उपचार के लिए आपकी शल्यक्रिया हुई? नहीं ☐ हाँ, कब? (दिनांक........................ को। क्या समस्या का समाधान हो गया? ☐ नहीं ☐ हाँ,		
19.	AIDS और / या HIV वाहक		
20.	ल्यूपस		
21.	☐ गुर्दे ☐ मूत्र मार्ग		
22.	☐ पीठ एवं रीढ़ ☐ घुटने ☐ हड्डियों में फ्रैक्चर ☐ जोड़		
23.	☐ गुर्दे ☐ मूत्र मार्ग		
24.	☐ त्वचा अर्बुद		
25.	☐ सिफलिस ☐ हर्पीज		
26.	महिलाओं के लिए (केवल 14 वर्ष से ऊपर के लिए): ☐ स्तन वृद्धि सहित स्तन ☐ प्रसूति प्रणाली ☐ क्या आप गर्भवती हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं क्या आपने सीजेरियन ऑपरेशन के माध्यम से बच्चे को जन्म दिया था? यदि हाँ, कब?		

उल्लेख करें: ....

....

....

StudioHarel b14072/14081

B बीमा उम्मीदवार का कथन

1. मैं एतद् द्वारा घोषित करता/करती हूँ कि सभी उत्तर सही, पूर्ण और मेरी स्वतंत्र इच्छा से दिए गए हैं।
2. स्वास्थ्य कथन में उल्लिखित उत्तर और बीमाकर्ता को प्रदान की गई किसी भी जानकारी के साथ-साथ इस प्रयोजन के लिए बीमाकर्ता की सामान्य रूप से स्वीकृत नियम और शर्तें आपके और बीमाकर्ता के बीच में बीमा अनुबंध की आवश्यक शर्तें और उसका अभिन्न हिस्सा मानी जाएँगी।
3. बीमाकर्ता बिना अपनी कार्रवाई का औचित्य सिद्ध किए आवेदन को या तो स्वीकार या अस्वीकार करने का निर्णय कर सकता है। आपकी जानकारी के लिए, बीमा अनुबंध बीमाकर्ता द्वारा बीमित के बीमे के लिए स्वीकार किए जाने की लिखित पुष्टि जारी कि‍ए जाने के बाद और आरंभिक बीमा प्रीमियम के पूर्ण भुगतान के बाद ही प्रभावी होता है। यदि बीमाकर्ता को भुगतान
4. का माध्यम प्राप्त हो जाता है जिससे बीमा प्रीमियम एकत्रित किया जा सकता है, तो आरंभिक प्रीमियम के पूर्ण भुगतान की पूर्व शर्त लागू नहीं होगी।
इस दस्तावेज में शामिल जानकारी आपके पॉलिसी में शामिल होने और पॉलिसी तथा उसकी हैंडलिंग से संबंधित अन्य सभी अभिप्रायों एवं प्रयोजनों के लिए जरूरी है। कथित जानकारी की प्रोसेसिंग, भंडारण और उसके उपयोग सहित, उसका उपयोग कंपनी और हारेल समूह (हारेल बीमा निवेश और वित्तीय सेवाएँ लिमिटेड और उसकी अनुषंगी कंपनियां) की अन्य कंपनियाँ
5. और / या उनकी ओर से कोई भी पॉलिसी से संबंधित और अन्य वैध प्रयोजनों के लिए, यहाँ तक कि हारेल समूह की ओर से काम करने वाले किसी तृत्तीय पक्ष को हस्तांतरण के द्वारा कर सकता है।
क्या किसी बीमा कंपनी ने किसी समय आपके स्वास्थ्य बीमा के लिए आवेदन को अस्वीकार या रद्द किया है? ☐नहीं ☐हाँ, बताएँ ....
6. **चिकित्सीय गोपनीयता में छूट:** मैं / हम, अधोहस्ताक्षरित, एतद् द्वारा HMO ("कुपत होलिम") और / या इसके चिकित्सा संस्थानों के साथ-साथ अन्य सभी चिकित्सकों और / या मनोचिकित्सकों, चिकित्सा संस्थानों और अन्य अस्पतालों, NII और / या रक्षा मंत्रालय, और / या किसी भी बीमा कंपनी और / या किसी अन्य संस्थान और पक्ष को, जहाँ तक पॉलिसी के अंतर्गत अधिकारों और दायित्वों को देखने के प्रयोजन के लिए और / या अनुरोधित बीमा में मेरे प्रवेश की समीक्षा की प्रक्रिया के लिए जरूरी हो, मेरी / हमारी स्वास्थ्य दशा और / या किसी रोग जिससे मैं / हम अतीत में पीडित हुए हैं और / या मैं / हम वर्तमान में पीड़ित हूँ / हैं और / या भविष्य में पीड़ित होऊँगा / होऊँगी / होंगे, के संबंध में, अनुरोधकर्ता द्वारा चाहे गए तरीके से, कंपनी के पास उपलब्ध जानकारी और बिना किसी अपवाद के सभी विस्तृत जानकारी, हारेल को प्रदान करने की अनुमति देता / देती / देते हूँ / हैं, और मैं / हम एतद् द्वारा आपको चिकित्सीय गोपनीयता बनाए रखने के दायित्व से मुक्त करता / करती / करते हूँ / हैं तथा एतद् द्वारा "अनुरोधकर्ता" के पक्ष में इस गोपनीयता में छूट देता / देती / देते हूँ / हैं। छूट का यह कथन मुझे / हमें, मेरी / हमारी जायदाद और मेरे / हमारे कानूनी प्रतिनिधियों और मेरा / हमारा स्थान लेने वाले हर किसी को आबद्ध करता है। छूट का यह कथन मेरे / हमारे अल्पवयस्क बच्चों पर भी लागू होगा।

बीमा उम्मीदवार ने जिस भाषा में वह धारा प्रवाह है, उसमें इस स्वास्थ्य विवरण फॉर्म की सामग्री का स्पष्टीकरण प्राप्त करने के बाद इस पर हस्ताक्षर किए हैं।

दिनांक .... बीमा उम्मीदवार के हस्ताक्षर .... गवाह के हस्ताक्षर ....

StudioHarel b14072/14081