

คำแถลงภาวะสุขภาพสำหรับการประกันสุขภาพ - ชาวต่างชาติในประเทศอิสราเอล

ขึ้นอยู่กับข้อเสนอการประกันสุขภาพที่รวมไว้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคำแถลงภาวะสุขภาพและไม่สามารถแยกออกได้



ส่งถึง:

Harel Insurance Company Ltd. – สาขา Foreign Employees / Tourists Insurance

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

ก ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกัน

หนังสือเดินทางเลขที่	นามสกุล	ชื่อแรก	วันเกิด	เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	
ตอบคำถามต่อไปนี้ในคำแถลงภาวะสุขภาพ โดยทำเครื่องหมาย "✓" ในคอลัมน์ที่เป็นคำตอบที่ถูกต้อง หากคุณตอบ "ใช่" ในคำถามข้อใด ๆ โปรดแนบใบรับรองฉบับปรับปรุงจากแพทย์ที่ให้การดูแลซึ่งเป็นผู้รักษาปัญหาที่ระบุ ผลการตรวจ ลักษณะการรักษา และภาวะปัจจุบัน					
คำถามทั่วไป				ใช่	ไม่
1.	ในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา คุณน้ำหนักลดอย่างน้อย 6 กก. หรือไม่ หากตอบ "ใช่" โปรดระบุสาเหตุ				
2.	<input type="checkbox"/> คุณใช้หรือเคยใช้สารเสพติดหรือไม่ <input type="checkbox"/> คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ / คุณเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ (มากกว่าวันละสองแก้ว) หรือไม่				
3.	การตรวจกลุ่มอาการหรือการเจ็บป่วยที่ยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ: ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คุณเคย และ / หรือในขณะที่คุณอยู่ในระหว่างการตรวจทางการแพทย์ และ / หรือการตรวจวินิจฉัยใด ๆ ต่อไปนี้ ซึ่งยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ และยังไม่มีการวินิจฉัยสุดท้ายหรือไม่: การใช้สายสวน การจับคู่กระดูก การบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การตรวจเอกซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์ การตรวจอัลตราซาวด์ (ไม่ใช่การตรวจที่เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจปกติก่อนคลอด) การตัดเนื้อตรวจ การตรวจหาเลือดในอุจจาระ การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยกล้อง การส่องตรวจกระเพาะ (หากตอบ "ใช่" คุณควรส่งใบรับรองจากแพทย์ที่ให้การดูแลที่มีคำอธิบายสาเหตุการตรวจ ผลการตรวจ และการวินิจฉัยสุดท้าย)				
4.	ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คุณได้เข้ารับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการผ่าตัดหรือไม่ โปรดระบุ				
5.	ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คุณประสบอุบัติเหตุหรือไม่ โปรดระบุอุบัติเหตุ วันที่เกิดเหตุ และลักษณะการบาดเจ็บที่ได้รับจากอุบัติเหตุ				
6.	ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คุณได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลามากกว่า 3 วันหรือไม่ โปรดระบุสาเหตุการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรักษาที่คุณได้รับ				
7.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คุณเคยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือได้รับคำแนะนำให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ โปรดระบุว่าปัญหาที่คุณได้รับการรักษาคืออะไร การรักษาคืออะไร และคุณรับประทานยาดังกล่าวเป็นเวลานานเท่าใด				
คุณได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วย กลุ่มอาการ หรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ระบุไว้ด้านล่างอย่างน้อยหนึ่งอย่างหรือไม่:					
8.	<input type="checkbox"/> ระบบประสาท <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> ลมชัก <input type="checkbox"/> โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง <input type="checkbox"/> อัมพาต <input type="checkbox"/> อาการอ่อนแรง (แขน ขา) <input type="checkbox"/> อาการสั่น <input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อเสื่อม หรือโรคเสื่อมอื่น ๆ <input type="checkbox"/> กลุ่มอาการพาร์กินสัน หากตอบ "ใช่" ในปัญหาอย่างน้อยหนึ่งอย่าง คุณต้องแนบจดหมายฉบับปัจจุบันจากประสาทแพทย์ที่ให้การดูแล				
9.	อาการป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยโดยนักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว				
10.	ตาและการมองเห็น (โปรดระบุแว่นสายตาเฉพาะเมื่อหมายเลขเลนส์มากกว่า 7)				
11.	ระบบ (โสตศอนาสิกวิทยา): <input type="checkbox"/> จมูก <input type="checkbox"/> หู <input type="checkbox"/> คอ				
12.	<input type="checkbox"/> หัวใจ <input type="checkbox"/> หลอดเลือด				
13.	<input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ				
14.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คุณป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ได้รับคำแนะนำให้การรักษาด้วยยา / การควบคุมอาหารหรือไม่: <input type="checkbox"/> โรคความดันเลือดสูง <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน (รวมถึงโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์) <input type="checkbox"/> ไชมัน / คอเลสโตรอลสูง <input type="checkbox"/> โรคเรื้อรังอื่น ๆ				
15.	ต่อมไทรอยด์				
16.	<input type="checkbox"/> หอบหืด <input type="checkbox"/> วัณโรค <input type="checkbox"/> ปอดอักเสบเรื้อรัง <input type="checkbox"/> COPD (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) <input type="checkbox"/> ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ				
17.	<input type="checkbox"/> กะเพาะอาหาร <input type="checkbox"/> ลำไส้ <input type="checkbox"/> หลอดอาหาร <input type="checkbox"/> ถุงน้ำดี <input type="checkbox"/> ตับ <input type="checkbox"/> โรคตับอักเสบ <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวารหนัก - คุณได้รับการผ่าตัดหรือไม่: <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ ในวันที่ (วันที่ ปัญหาได้รับการแก้ไขหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่				
18.	<input type="checkbox"/> อวัยวะสืบพันธุ์: ตำแหน่งของอวัยวะสืบพันธุ์ - <input type="checkbox"/> ในกะบังลม <input type="checkbox"/> ในสะดือ <input type="checkbox"/> ในขาหนีบด้านขวา <input type="checkbox"/> ในขาหนีบด้านซ้าย <input type="checkbox"/> คุณได้รับการผ่าตัดรักษาอวัยวะสืบพันธุ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ เมื่อใด (วันที่ ปัญหาได้รับการแก้ไขหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่				
19.	พาหะโรคเอดส์ และ / หรือ HIV				
20.	ลูบัส				
21.	<input type="checkbox"/> ไต <input type="checkbox"/> ทางเดินปัสสาวะ				
22.	<input type="checkbox"/> หลังและกระดูกสันหลัง <input type="checkbox"/> หัวเข่า <input type="checkbox"/> กระดูกหัก <input type="checkbox"/> ข้อต่อ				
23.	<input type="checkbox"/> ไต <input type="checkbox"/> ทางเดินปัสสาวะ				
24.	<input type="checkbox"/> เนื้องอกที่ผิวหนัง				
25.	<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส <input type="checkbox"/> เริม				
26.	สำหรับผู้หญิง (อายุมากกว่า 14 ปีเท่านั้น): <input type="checkbox"/> หน้าอก รวมถึงการเสริมหน้าอก <input type="checkbox"/> ระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี <input type="checkbox"/> คุณตั้งครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> คุณได้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องหรือไม่ หากใช่ เมื่อใด				

โปรดระบุ:

ข คำแถลงของผู้ขอเอาประกัน

1. ข้าพเจ้าขอแถลงว่า คำตอบทุกข้อถูกต้อง ครบถ้วน และข้าพเจ้าได้ให้คำตอบด้วยเจตจำนงเสรี
2. คำตอบที่ระบุบนคำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลอื่นที่จะมอบให้กับผู้รับประกัน ซึ่งรวมถึงข้อกำหนดและเงื่อนไขที่ได้รับการยอมรับทั่วไปของผู้รับประกันเพื่อวัตถุประสงค์นี้ จะทำหน้าที่เป็นข้อกำหนดของสัญญาการประกันภัยระหว่างคุณและผู้รับประกัน และจะเป็นส่วนหนึ่งของคำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพและไม่สามารถแยกออกได้
3. ผู้รับประกันอาจตัดสินใจที่จะยกเว้นหรือปฏิเสธการขอเอาประกัน โดยไม่จำเป็นต้องระบุเหตุผลของความคิดเห็นของคุณ โปรดทราบว่า สัญญาการประกันภัยจะมีผลบังคับใช้หลังจากที่ผู้รับประกันได้ออกหนังสือยืนยันการรับประกันของคุณ และหลังจากที่มีการชำระเบี้ยประกันภัยเริ่มต้นอย่างครบถ้วนแล้วเท่านั้น เงื่อนไขเบื้องต้นเกี่ยวกับการชำระเบี้ยประกันภัยเริ่มต้นอย่างครบถ้วนนี้จะไม่ใช่บังคับหากผู้รับประกันได้รับวิธีการชำระเงินซึ่งสามารถเก็บเบี้ยประกันภัยได้
4. ข้อมูลที่รวมอยู่ในเอกสารนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเข้าร่วมในกิจกรรมของคุณ และเพื่อวัตถุประสงค์และเจตนาอื่นทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและการจัดการกิจกรรม บริษัทและบริษัทอื่น ๆ ของ Harel Group (Harel Insurance Investments และ Financial Services Ltd. และบริษัทย่อยของบริษัทเหล่านี้) และ / หรือ บุคคลใดในนามของบริษัทดังกล่าว จะใช้ข้อมูลดังกล่าว ซึ่งรวมถึงการประมวลผล การจัดเก็บ และการใช้ข้อมูลดังกล่าว เพื่อวัตถุประสงค์ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม และวัตถุประสงค์อื่น ๆ ที่ถูกต้องตามกฎหมาย แม้โดยการส่งข้อมูลดังกล่าวให้กับบุคคลภายนอกที่ปฏิบัติงานในนามของ Harel Group ก็ตาม
5. มีบริษัทประกันปฏิเสธหรือยกเลิกการขอรับการประกันสุขภาพของคุณไม่ว่าในเวลาใดก็ตามหรือไม่ ไม่ ใช่ โปรดระบุ
6. **การสละสิทธิ์การรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์** โดยเอกสารนี้ ข้าพเจ้า / เรา ผู้ลงชื่อด้านล่างนี้ ขอให้คำอนุญาตของข้าพเจ้า / เรากับ HMO ("Kupat Holim") และ / หรือสถาบันทางการแพทย์ของบุคคลดังกล่าว รวมทั้งแพทย์ท่านอื่นทั้งหมด และ / หรือจิตแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และโรงพยาบาลอื่น ๆ NII และ / หรือกระทรวงกลาโหม และ / หรือบริษัทประกันใด ๆ และ / หรือสถาบันและบุคคลอื่นใด ตราบเท่าที่จำเป็นเพื่อวัตถุประสงค์ในการทบทวนสิทธิและภาวะผูกพันภายใต้กิจกรรม และ / หรือเพื่อกระบวนการการทบทวนการรับประกันที่ขอของข้าพเจ้า เพื่อให้ Harel ซึ่งรวมถึงข้อมูลที่บริษัทมี และข้อมูลรายละเอียดทั้งหมด โดยไม่มีข้อยกเว้น และในลักษณะตามที่ผู้มีคำขอ ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของข้าพเจ้า / เรา และ / หรือโรคใด ๆ ที่ข้าพเจ้า / เราได้ประสบในอดีต และ / หรือที่ข้าพเจ้า / เรากำลังประสบ และ / หรือที่ข้าพเจ้า / เราจะประสบในอนาคต และโดยเอกสารนี้ ข้าพเจ้า / เราขอปลดเปลื้องท่านจากภาวะผูกพันในการรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์ และสละสิทธิ์การรักษาความลับนี้เพื่อประโยชน์ของ "ผู้มีคำขอ" คำแถลงสละสิทธิ์นี้มีผลผูกพันกับข้าพเจ้า / เรา กองมรดกของข้าพเจ้า / เรา และตัวแทนตามกฎหมายของข้าพเจ้า / เรา และบุคคลทุกคนที่จะแทนที่ข้าพเจ้า / เรา คำแถลงสละสิทธิ์จะยังคงใช้บังคับกับบุตรผู้เยาว์ของข้าพเจ้า / เรา

ผู้ขอเอาประกันได้ลงชื่อในแบบฟอร์มคำแถลงภาวะสุขภาพฉบับนี้หลังจากที่ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับเนื้อหาในภาษาที่เขา / เธอเข้าใจได้อย่างคล่องแคล่วแล้ว

วันที่

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกัน 

ลายมือชื่อพยาน 