

Sağlık Sigortası İçin Sağlık Beyanı – İsrail'deki Yabancılar



İlişikteki, sağlık beyanının ayrılmaz bir parçasını teşkil eden sigorta teklifine tabi olmak kaydıyla.

Sayın
Harel Sigorta Ltd. Şti. – Yabancı İşçiler / Turistler Sigorta Dalı
Abba Hillel Cad. No. 3, P.K. 1951, Ramat Gan 5211802, Faks: 7348083-03 eposta: fax7930@harel-ins.co.il

A Sigorta Adayının Kişisel Bilgileri

Pasaport No.	Soyadı	Adı	Doğum Tarihi	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	
Sağlık Beyanı'nda aşağıdaki soruları, uygun sütuna «ü» işareti koyma suretiyle cevaplayınız. Cevaplardan herhangi birinin olumlu olması halinde, beyan edilen tıbbi sorun, tahlil/kontrol sonuçları, tedavi şekli ve güncel durum hakkında, ilgili doktordan alınmış güncel bir belgenin iliştilmesi gerekmektedir.					
Genel Sorular				Evet	Hayır
1.	Son altı ay içinde ağırlığınızdan 6 kg veya fazlasını kaybettiniz mi? Eğer cevap "Evet" ise lütfen sebebi belirtiniz.				
2.	<input type="checkbox"/> Acaba uyuşturucu kullanıyor musunuz veya hiç kullandınız mı? <input type="checkbox"/> Acaba düzenli olarak alkollü içki içiyor musunuz / içtiniz mi (günde iki bardaktan fazla)?				
3.	Henüz tamamlanmamış bir semptom veya hastalık muayenesi süreci: Son 5 yıl içinde, aşağıdakiler içinden henüz tamamlanmamış ve henüz nihai bir teşhis konmamış herhangi bir tıbbi ve / veya teşhissel muayene sürecinde oldunuz mu ve / veya böyle bir süreç içinde misiniz: kateterizasyon, kemik taraması, ekokardiyografi, MR, BT, ultrason (doğum öncesi bakım rutini haricinde), biyopsi, gizli kan, kolonoskopi, gastroskopi? (Eğer cevap "Evet" ise, ilgili doktordan alınmış, muayenenin sebebini, muayene sonucunu ve nihai teşhisi tarif eden bir belge ibraz etmeniz gerekmektedir).				
4.	Son 5 yıl içinde bir ameliyat geçirdiniz mi veya bir ameliyat geçirmeniz tavsiye edildi mi? Lütfen belirtiniz.				
5.	Son 5 yıl içinde bir kaza geçirdiniz mi? Lütfen ne olduğunu, meydana geldiği tarihi ve kazada gerçekleşen yaralanmanın doğasını belirtiniz.				
6.	Son 5 yıl içinde 3 günden daha uzun bir süre boyunca hastanede yattınız mı? Lütfen hastaneye yatma sebebini ve size uygulanan tedaviyi belirtiniz.				
7.	Son 10 yıl içinde düzenli olarak ilaç aldınız mı veya düzenli olarak ilaç almanız tavsiye edildi mi? Lütfen hangi sorun nedeniyle tedavi edildiğinizi, tedavinin ne olduğunu ve bahsi geçen ilacı ne kadar süreyle aldığınızı belirtiniz.				
Acaba size aşağıda belirtilen konulardan biriyle bağlantılı bir hastalık, semptom, rahatsızlık teşhisi kondu mu?:					
8.	<input type="checkbox"/> Sinir sistemi <input type="checkbox"/> Serebrovasküler olay <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Multipl skleroz <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> İşlevsel (uzuv) zayıflık <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Kas distrofisi veya başka bir dejeneratif hastalık <input type="checkbox"/> Parkinson sendromu. Eğer bir veya daha fazla konuda cevap "Evet" ise, ilgili nörologdan güncel durumu belirten bir mektup iliştilmeniz gerekmektedir.				
9.	Bir psikolog, psikiyatr veya aile doktoru tarafından teşhis edilen bir ruhsal bozukluk?				
10.	Göz ve görüş (gözlük takıyorsanız yalnızca mercek numarası 7'nin üstündeyse belirtiniz)				
11.	Sistem (Kulak burun boğaz bilimi): <input type="checkbox"/> Burun <input type="checkbox"/> Kulak <input type="checkbox"/> Boğaz				
12.	<input type="checkbox"/> Kalp <input type="checkbox"/> Kan damarları				
13.	<input type="checkbox"/> Kan hastalığı <input type="checkbox"/> Pıhtılaşma bozukluğu				
14.	Son 10 yıl içinde, ilaç tedavisini / diyet tavsiyesini gerektiren kronik bir hastalığınız oldu mu: <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı (gebeliğe bağlı şeker hastalığı da dâhil) <input type="checkbox"/> Yüksek yağ / kolesterol düzeyleri o Başka kronik hastalık				
15.	Tiroit bezi				
16.	<input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> Kronik zatürree <input type="checkbox"/> KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) <input type="checkbox"/> Pnömotoraks				
17.	<input type="checkbox"/> Mide <input type="checkbox"/> Bağırsak <input type="checkbox"/> Yutak <input type="checkbox"/> Safra kesesi <input type="checkbox"/> Karaciğer <input type="checkbox"/> Sarılık <input type="checkbox"/> Basur – ameliyat geçirdiniz mi?: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet; tarihinde. Sorun çözüme kavuşturuldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
18.	<input type="checkbox"/> Fitik: fitiğin yeri - <input type="checkbox"/> Diyaframda <input type="checkbox"/> Göbekte o Sağ kasıkta <input type="checkbox"/> Sol kasıkta <input type="checkbox"/> Fitiğin tedavisi için bir ameliyat geçirdiniz mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, ne zaman? (tarih) Sorun çözüme kavuşturuldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet				
19.	AIDS ve / veya HIV taşıyıcısı				
20.	Lupus				
21.	<input type="checkbox"/> Böbrekler <input type="checkbox"/> İdrar yolu				
22.	<input type="checkbox"/> Sirt ve omurga <input type="checkbox"/> Dizler <input type="checkbox"/> Kemik kırıkları <input type="checkbox"/> Eklemler				
23.	<input type="checkbox"/> Deri tümörleri				
24.	<input type="checkbox"/> Frengi o Uçuk				
25.	<input type="checkbox"/> Kötücül tümörler / kötücül hastalıklar (kanser)				
26.	Kadınlar için (yalnız 14 yaş üstü için): <input type="checkbox"/> Göğüsler; göğüs büyütme de dâhil <input type="checkbox"/> Jinekolojik sistem <input type="checkbox"/> Hamile misiniz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Sezaryenle doğum yaptınız mı? Eğer cevabınız evet ise, ne zaman?				

Belirtiniz:

.....

B Sigorta adayının beyanı

1. Tüm cevapların doğru, tam ve özgür irademle verilmiş olduğunu beyan ederim.
2. Sağlık beyanında belirtilen cevaplar ve sigortalayana teslim edilecek diğer her bilgi ve yine, bu konuda sigortalayan nezdinde makbul olan koşullar, sigortalayanla aranızdaki sigorta sözleşmesinin esas nitelikli koşulları olarak görev yapacak ve onun ayrılmaz bir parçasını teşkil edecektir.
3. Teklifi kararına gerekçe göstermekle yükümlü olmaksızın kabul veya reddetmeye karar verme yetkisi sigortalayanın elindedir. Bilginize; sigorta sözleşmesi yalnızca, sigortalayan sigortalıyı sigortaya kabul ettiğine dair yazılı bir onay çıkardıktan sonra ve ilk sigorta ödemesinin tam olarak gerçekleştirilmesinin ardından yürürlüğe girecektir. İlk sigorta ödemesinin tam olarak ödenmesi şeklindeki bu koşul, sigorta primlerinin tahsil edilebileceği bir ödeme aracı sigortalayan tarafından teslim alındıysa geçerli olmayacaktır.
4. İşbu belgede yer alan bilgiler, poliçeye katılabilmeniz için ve aynı şekilde, poliçelere ve gereklerinin yapılmasına dair her konu ve husus için zaruridir. Şirket ve Harel Grubu içindeki başka şirketler (Harel Sigorta Yatırımları ve Finans Hizmetleri Ltd. ve onun alt kuruluşları) ve/veya onların adına hareket eden herhangi biri bu bilgileri, işlemde geçirmek, depolamak ve poliçelerle ilgili tüm konular ve diğer meşru amaçlar için kullanmak da dâhil olmak üzere kullanacaktır ve bu, söz konusu bilgilerin Harel Grubu adına ve onu temsilen faaliyet gösteren üçüncü şahıslara aktarılması yoluyla da yapılabilir.
5. Acaba herhangi bir sigorta şirketi sağlık sigortası teklifinizi hiç reddetti mi veya iptal etti mi? Hayır Evet, Belirtiniz:
6. **Tıbbi Gizlilikten Feragat:** Aşağıda imzası bulunan ben/biz, poliçe doğrultusundaki hakların ve yükümlülüklerin açıklığa kavuşturulması için ve/veya istenen sigortaya kabul edilmem amacıyla gereken inceleme süreci için gerekli olduğu ölçüde, sağlık fonunun (kapat holim) ve/veya ona ait sağlık kurumlarının ve/veya İsrail Savunma Kuvvetleri'nin ve aynı şekilde tüm doktorların ve/veya psikiyatrların, diğer sağlık kurumlarının ve hastanelerin, Milli Güvenlik Konseyinin ve/veya Savunma Bakanlığının ve/veya tüm sigorta şirketlerinin ve/veya diğer tüm kurum ve mercilerin, Harel'e, sağlık durumum/durumumuz ve/veya geçmişte ve/veya şu anda mustarip olduğum/olduğumuz ve/veya gelecekte mustarip olacağım/olacağımız her türlü hastalık hakkındaki, Şirketin elinde bulunanlar da dâhil olmak üzere, tüm bilgileri, ayrıntıları, hiçbir istisna olmaksızın ve İstek Sahibi/Sahipleri tarafından talep edileceği şekilde teslim etmesine izin veriyorum/veriyoruz ve sizi tıbbi gizliliği koruma yükümlülüğünden azlediyorum/azlediyoruz ve İstek Sahibi'ne karşı bu gizlilikten feragat ediyorum/ediyoruz. İşbu feragat yazısı beni/bizi, mirasımı/mirasımızı, yasal vekillerimi/vekillerimizi ve yerimi/yerimizi alacak herhangi birini yükümlü kılmaktadır. İşbu feragat yazısı reşit olmayan çocuklarım/çocuklarımız için de geçerli olacaktır.

İşbu Sağlık Beyan Formu, içeriği kendisine anladığı lisanda açıklandıktan sonra sigorta adayı tarafından imzalanmıştır.

Tarih Sigorta Adayının İmzası Şahidin İmzası