

# ใบแถลงสุขภาพสำหรับการประกันสุขภาพ - ชาวต่างชาติในอิสราเอล



และประกอบกับใบคำขอเอาประกันภัยแนบท้าย  
ซึ่งเป็นส่วนที่ไม่สามารถแยกออกจากใบแถลงสุขภาพได้

Edition 05/2020

แบบฟอร์มนี้ได้รับการออกแบบให้สามารถใช้ได้กับบุรุษและสตรี  
โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่าคุณกรอกแบบฟอร์มนี้อย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

เรียน  
พนักงานต่างชาติของบริษัท Harel Insurance Company Ltd. / สาขาประกันภัยการทองเที่ยว  
3 Abba Hillel Street, P.O. Box 1951, Ramat Gan 5211802 แฟกซ์: 03-7348083 อีเมล: fax7930@harel-ins.co.il

ก. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย					
หมายเลขพาสปอร์ต	นามสกุล	ชื่อจริง	วันเกิด	เพศ ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/>	
ในใบแถลงสุขภาพนี้ คุณควรตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องคำตอบที่เหมาะสม หากคำตอบของคำถามข้อใดข้อหนึ่งคือ “เคย/มี” คุณจะต้องแนบใบรับรองแพทย์ล่าสุดที่ ระบุปัญหาที่กล่าวถึง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลักษณะการรักษาและสถานะในปัจจุบัน					
ส่วน ก: คำถามทั่วไป				ไม่ เคย/ มี	เคย /มี
1.	ความสูง ..... ซม. น้ำหนัก ..... กก.				
2.	<input type="checkbox"/> คุณใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดหรือไม่ <input type="checkbox"/> คุณดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ โปรดระบุปริมาณที่คุณดื่ม: ..... แก้วต่อวัน				
3.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คุณเคยถูกส่งต่อเพื่อรับการตรวจใด ๆ ต่อไปนี้ (นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพตามปกติ) และยังไม่ได้รับการตรวจหรือยังไม่ได้รับการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย เช่น ความเจ็บป่วยเรื้อรัง การใช้หลอดสวน Bone Mapping การบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูง (CT) อัลตราซาวด์ (นอกเหนือจากการดูแลก่อนคลอดตามปกติ) การตัดเนื้อออกตรวจ การตรวจหาเลือดในอุจจาระ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่หรือการส่องตรวจกระเพาะ โรคแพ้ภูมิตัวเอง รวมถึงโรคคลูปีส (หากคำตอบคือ “เคย/มี” โปรดส่งใบรับรองแพทย์ที่ระบุเหตุผลในการตรวจ ผลการตรวจและการวินิจฉัยขั้นสุดท้าย)				
4.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาคุณเคยหรือตอนนี้คุณกำลังจะเข้ารับการผ่าตัดหรือการปลูกถ่ายหรือไม่ โปรดอธิบายโดยละเอียด: .....				
5.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาคุณเคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่ โปรดอธิบายเหตุผลในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการรักษาที่คุณได้รับโดยละเอียด				
6.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาคุณเคยทานยาหรือเคยได้รับคำแนะนำให้ทานยาเป็นประจำหรือไม่ โปรดอธิบายเกี่ยวกับปัญหาที่คุณกำลังได้รับการรักษา / ได้รับการรักษา วิธีการรักษาและคุณใช้ยาดังกล่าวมานานเท่าไรโดยละเอียด				
7.	คุณได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการภูมิแพ้ใด ๆ หรือไม่ โปรดอธิบายโดยละเอียด: .....				
ส่วน ข: คุณเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บป่วย กลุ่มอาการ ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างน้อยหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งข้อที่ระบุด้านล่าง:				ไม่ เคย/ มี	เคย /มี
1.	<input type="checkbox"/> ระบบประสาท <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> โรคลมชัก <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดประสาทเสื่อมแข็ง <input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อเจริญผิดปกติ <input type="checkbox"/> โรคฟอสฟอรัสอื่น ๆ <input type="checkbox"/> อาการเวียนศีรษะแบบเป็น ๆ หาย <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> ความผิดปกติในการทรงตัว <input type="checkbox"/> หมดสติชั่วคราว <input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน <input type="checkbox"/> โรคอัลไซเมอร์ <input type="checkbox"/> อาการสั้น <input type="checkbox"/> ปัญญาอ่อน <input type="checkbox"/> โรคคอทิจิม <input type="checkbox"/> กลุ่มอาการดาวน์ <input type="checkbox"/> อัมพาตสมองใหญ่ <input type="checkbox"/> โรคโปลิโอ <input type="checkbox"/> โรคโกเชอร์ (Gaucher's disease) <input type="checkbox"/> สูญเสียความรู้สึก (อาการชา) <input type="checkbox"/> โรคสมาธิสั้น <input type="checkbox"/> โรคไมเกรน <input type="checkbox"/> คุณเคยไปพบแพทย์เนื่องจากได้รับคำร้องเรียนเกี่ยวกับการสูญเสียความจำ (โรคสมองเสื่อม) <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ (AIDS) <input type="checkbox"/> เป็นพาหะนำโรคเฮชไอวี <input type="checkbox"/> โรคลูปีส				

StudioHarel 2871 8:24 05/2020



ก.	รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย	ไม่เคย/ไม่มี	เคย/มี
	ส่วน ข: คุณเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บป่วย กลุ่มอาการ ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างน้อยหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งข้อที่ระบุด้านล่าง:		
	หากคำตอบของคำถามหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งข้อคือ “เคย/มี” โปรดแนบใบรับรองล่าสุดจากประสาทแพทย์		
2.	ดวงตาและการมองเห็น: <input type="checkbox"/> ต้อกระจก <input type="checkbox"/> ปัญหาเกี่ยวกับจอตาและกระจกตา <input type="checkbox"/> ต้อหิน <input type="checkbox"/> ต้ออักเสบ <input type="checkbox"/> ตาเหล่ <input type="checkbox"/> ตาบอด โรค / ปัญหาเกี่ยวกับตาอื่น ๆ: <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
3.	หัวใจ: <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นผิดจังหวะ <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ภาวะหัวใจล้มเหลว <input type="checkbox"/> อาการหัวใจล้ม <input type="checkbox"/> โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> การใช้หลอดเลือด <input type="checkbox"/> โรคลิ้นหัวใจ โรค / ปัญหาโรคหัวใจอื่น ๆ: <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
4.	หลอดเลือด: <input type="checkbox"/> เส้นเลือดอุดตัน (ในเส้นเลือดที่ขา) <input type="checkbox"/> หลอดเลือดแดงคาโรติด (ในหลอดเลือดแดงที่คอ) <input type="checkbox"/> ความผิดปกติของการแข็งตัว <input type="checkbox"/> ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (ภาวะหลอดเลือดมีลิ่มเลือด) <input type="checkbox"/> PVD (โรคหลอดเลือดส่วนปลาย) โรค / ปัญหาหลอดเลือดอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
5.	โรคเมตาบอลิก: <input type="checkbox"/> ต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ปุ่มน้ำเหลือง <input type="checkbox"/> ต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ต่อมเหงื่อ <input type="checkbox"/> ต่อมใต้สมอง <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> ความดันเลือดสูง <input type="checkbox"/> ระดับไขมัน / คอเลสเตอรอลสูง โรค / ปัญหาเมตาบอลิกอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
6.	ระบบทางเดินหายใจ: <input type="checkbox"/> โรคหืด <input type="checkbox"/> วัณโรค <input type="checkbox"/> COPD (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) <input type="checkbox"/> ไข้ละอองฟาง <input type="checkbox"/> การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจและอาการหายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ปอดแฟบ (ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ) <input type="checkbox"/> ซิสติกไฟโบรซิส โรค / ปัญหาทางเดินหายใจอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
7.	ระบบย่อยอาหาร: <input type="checkbox"/> แผลเปื่อย (ลำไส้เล็กส่วนต้น / กระเพาะ) <input type="checkbox"/> อาการแสบร้อนกลางอก <input type="checkbox"/> โรคโครห์น <input type="checkbox"/> โรคลำไส้ใหญ่อักเสบ <input type="checkbox"/> โรคกรดไหลย้อน <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร <input type="checkbox"/> แผลรอยแยก / แผลซอนทะเล <input type="checkbox"/> ลำไส้อุดตัน <input type="checkbox"/> การอักเสบ / การติดเชื้อของตับอ่อน <input type="checkbox"/> หลอดอาหาร <input type="checkbox"/> ถุงน้ำดี <input type="checkbox"/> นิ่วในถุงน้ำดี โรค / ปัญหาทางระบบย่อยอาหารอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
8.	ตับ: <input type="checkbox"/> ดีซ่าน <input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบบี, ซี, ดี <input type="checkbox"/> ตับคั่งไขมัน <input type="checkbox"/> โรคตับแข็ง โรค / ปัญหาเกี่ยวกับตับอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
9.	ส่วนของอวัยวะอื่น: ตำแหน่งส่วนของอวัยวะอื่น: ในกะบังลม / ในสะดือ / ในขาหนีบด้านขวา / ในขาหนีบด้านซ้าย คุณได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษาส่วนของอวัยวะอื่นหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี เมื่อวันที่ ..... ปัญหาที่เป็นได้รับการรักษาให้หายหรือไม่ <input type="checkbox"/> รักษาไม่หาย <input type="checkbox"/> รักษาหาย		
10.	ไตและทางเดินปัสสาวะ: <input type="checkbox"/> การติดเชื้อซ้ำ <input type="checkbox"/> นิ่วในไตและทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ซิสต์ที่ไต <input type="checkbox"/> ความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ภาวะไตล้มเหลว โรค / ปัญหาไตและทางเดินปัสสาวะอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
11.	ข้อและกระดูก: <input type="checkbox"/> ข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> โรคเกาต์ <input type="checkbox"/> หลัง / กระดูกสันหลัง <input type="checkbox"/> ข้อ <input type="checkbox"/> หัวเข่า โรค / ปัญหาข้อและกระดูกอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
12.	โรคผิวหนังและโรคทางเพศสัมพันธ์: <input type="checkbox"/> เนื้องอกผิวหนัง <input type="checkbox"/> รอยโรคบนผิวหนัง <input type="checkbox"/> โรคสะเก็ดเงิน <input type="checkbox"/> โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> โรคซิฟิลิส โรค / ปัญหาโรคผิวหนังและโรคทางเพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
13.	เนื้องอกร้าย / โรคร้าย (มะเร็ง)		

ก.	รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย	ไม่เค ย/ไม มี	เคย /มี
ส่วน ข: คุณเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการเจ็บป่วย กลุ่มอาการ ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาอย่างน้อยหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งข้อที่ระบุด้านล่าง:			
14.	เฉพาะสตรี: <input type="checkbox"/> เต้านม (รวมถึงเต้านมโต) <input type="checkbox"/> ระบบสูติรีเวช โรค / ปัญหาสตรีอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: ..... <input type="checkbox"/> คุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> คุณเคยได้รับการผ่าตัดคลอดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุวันที่: .....		
15.	เฉพาะบุรุษ: <input type="checkbox"/> ปัญหาต่อมลูกหมาก <input type="checkbox"/> หลอดเลือด (ดำ) อัมพาต / กล่อน้ำ โรค / ปัญหาอื่น ๆ ของผู้ชาย <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		
16.	การเจ็บป่วยทางจิตใจ: ความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ได้รับการวินิจฉัยโดยนักจิตวิทยา จิตแพทย์หรือแพทย์ประจำครอบครัว		
17.	โรคหูด คอและจุก: <input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ <input type="checkbox"/> โรคริดสีดวงจุก <input type="checkbox"/> โพรงอากาศอึกเสบ โรค / ปัญหาหูด คอและจุกอื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ: .....		

โปรดให้รายละเอียด: .....

.....

.....

ข.	คำแถลงของผู้ขอเอาประกันภัย
	<ol style="list-style-type: none"> <li>ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์และข้าพเจ้าให้คำตอบด้วยความสมัครใจ</li> <li>คำตอบที่ให้ไว้ในใบแถลงสุขภาพและข้อมูลอื่นใดที่จะให้แก่ผู้รับประกันภัย ตลอดจนข้อตกลงและเงื่อนไขที่ผู้รับประกันภัยยอมรับในเรื่องนี้จะถือเป็นเงื่อนไขที่เป็นรูปธรรมที่สำคัญของสัญญาประกันภัยระหว่างคุณกับผู้รับประกันภัยและจะทำให้เป็นส่วนที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้</li> <li>ผู้รับประกันภัยอาจตัดสินใจในการยอมรับหรือปฏิเสธการขอเอาประกันภัยโดยไม่ต้องให้เหตุผลในการตัดสินใจ โปรดทราบว่าสัญญาประกันภัยมีผลบังคับใช้หลังจากที่ผู้รับประกันภัยออกหนังสือยืนยันรับประกันภัยผู้ขอเอาประกันภัยเป็นลายลักษณ์อักษรและหลังจากชำระเบี้ยประกันเริ่มต้นเต็มจำนวนแล้วเท่านั้น เงื่อนไขการชำระเงินเบี้ยประกันเริ่มต้นเต็มจำนวนนี้จะไม่บังคับหากผู้รับประกันภัยอาจได้รับเบี้ยประกันจากเงินสดพกดตัวแล้ว</li> <li>ข้อมูลที่มีอยู่ในใบแถลงนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการขอเอาประกันภัยและสำหรับเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับและการจัดการของกรมธรรม์ บริษัทและบริษัทอื่น ๆ ในกลุ่ม Harel Group (Harel Investments ในบริษัท Insurance and Financial Services Ltd. และบริษัทในเครือ) และ / หรือบุคคลใดก็ตามในนามของกลุ่ม Harel Group จะใช้ข้อมูล รวมถึงการประมวลผล การจัดเก็บและการใช้สำหรับปัญหาใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์และวัตถุประสงค์อื่น ๆ ที่ถูกต้องตามกฎหมาย แม้โดยการถ่ายโอนข้อมูลไปยังบุคคลที่สามที่ดำเนินงานในชื่อและในนามของกลุ่ม Harel Group</li> <li>มีบริษัทประกันภัยที่เคยยกเลิกใบสมัครขอเอาประกันสุขภาพของคุณหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย/ไม่มี <input type="checkbox"/> เคย/มี หากตอบ “เคย/มี” โปรดระบุ..... :</li> <li><b>การสละสิทธิ์ในการรักษาความลับทางการแพทย์:</b> ข้าพเจ้าผู้ลงนามข้างล่างนี้อนุญาตให้ HMO และ / หรือสถาบันทางการแพทย์ของ HMO รวมถึงแพทย์และ / หรือจิตแพทย์ทุกคน สถาบันการแพทย์และโรงพยาบาลอื่น ๆ และ / หรือ บริษัทประกันภัยใด ๆ และ / หรือสถาบันอื่น ๆ และหน่วยงานใด ๆ ในขอบเขตที่จำเป็นในการชี้แจงสิทธิ์และภาระหน้าที่ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัยและ / หรือเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบขั้นตอนการขอเอาประกันภัยของข้าพเจ้าส่งข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของข้าพเจ้า การเจ็บป่วยใด ๆ ในอดีตและ / หรือการเจ็บป่วยในปัจจุบันและ / หรือจะเจ็บป่วยในอนาคตของข้าพเจ้าที่บุคคลหรือหน่วยงานข้างต้นถือครองและรายละเอียดโดยไม่มีข้อยกเว้นและในรูปแบบที่ฝ่ายที่ร้องขอกำหนดให้กับ Harel และข้าพเจ้าขอถอนถอนหน้าที่ในการรักษาความลับทางการแพทย์ของบุคคลหรือหน่วยงานข้างต้นและสละสิทธิ์ในการรักษาความลับนี้เพื่อประโยชน์ของ “ฝ่ายที่ร้องขอ” การสละสิทธิ์เป็นลายลักษณ์อักษรนี้บังคับใช้กับทรัพย์สินตามกฎหมายและตัวแทนทางกฎหมายของข้าพเจ้ารวมถึงบุคคลใดที่จะเป็นตัวแทนของข้าพเจ้า</li> </ol>

ผู้ขอเอาประกันซึ่งได้ลงชื่อในแบบฟอร์มคำแถลงภาวะสุขภาพฉบับนี้ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับเนื้อหา  
ในภาษาที่เขา / เธอเข้าใจแล้ว

วันที่ \_\_\_\_\_ ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกัน \_\_\_\_\_ ลายมือชื่อพยาน \_\_\_\_\_

ค.

**คำยืนยันตามข้อตกลงและเงื่อนไขในการขอเอาประกันภัย**

ข้าพเจ้าให้ความยินยอมล่วงหน้าทราบเท่าที่แสดงอย่างชัดเจนในระหว่างขั้นตอนการรับประกันภัยที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าว่าในการออกกรมธรรม์ประกันภัยที่ร้องขอจะต้องระบุข้อตกลงและเงื่อนไขการรับประกันภัยที่กำหนดไว้ด้านล่างในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะออกให้ข้าพเจ้าตามความเหมาะสม ดังนั้น:  
กรมธรรม์ประกันภัยจะไม่คุ้มครองสำหรับเหตุการณ์ประกันภัยที่เกี่ยวข้องกับ:

.....

.....

วันที่

.....

ชื่อ

.....

หมายเลขพาสปอร์ต



.....

ลายมือชื่อ