

医保投保人健康状况声明—适用于在以色列的外国人

随附包含在本健康状况声明中作为其不可分割之部分内容的健康保险建议方案。



收阅人：

哈雷尔保险有限公司 (Harel Insurance Company Ltd) - 外国雇员/游客保险分部

3 Abba Hillel St., P.O. Box 1951, Ramat Gan 5211802 传真：03-7348083 电子邮箱：fax7930@harel-ins.co.il

A 拟投保人个人信息					
护照号码	姓	名	出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
在健康状况声明中，通过在正确答案栏标记“✓”来回答下列问题。假如您对下列任何问题的答案为“是”，请附上一份为您诊治所述疾病的医生出具的关于检查结果、治疗方式和当前病况的最新证明。					
#1 通用问题				是	否
1.	<input type="checkbox"/> 您是否曾使用过危险毒品？ <input type="checkbox"/> 您是否经常饮用含酒精饮料的人（一天超过两杯）？				
2.	<b>尚未完成的对一种症状或疾病的检查过程：</b> 在过去5年内，您是否曾经/或者现在是否正在经历一项 <b>尚未完成的</b> 下列任意体格检查与/或诊断性检查，并且至今尚无最后诊断结果：导管插入、骨成像、超声波心动描记术、核磁共振成像（MRI）、电脑断层扫描（CT）、超声波活组织检查（非产前护理常规检查）、潜血检测、结肠镜检查、胃镜检查？（假如答案为“是”，请提交一份为您进行诊治的医生出具的包含检查原因、检查结果和最后诊断等详细内容的证明）。				
3.	在过去5年内，您是否做过手术或者被医生建议过需要做手术？请具体说明。				
4.	在过去5年内，您是否住院？请具体说明住院的原因和收到的治疗。				
5.	在过去10年内，您是否定期接受药物治疗或者被医生建议过需要定期接受药物治疗？请具体说明您被诊断出来的是何种疾病，您接受了什么样的治疗以及您接受该药物治疗的时间有多长				
#2 您是否曾被诊断出患有与一个或多个下列问题相关的疾病、症状或功能失调症：					
1.	<input type="checkbox"/> 神经系统 <input type="checkbox"/> 脑血管意外 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 多发性硬化 <input type="checkbox"/> 震颤 <input type="checkbox"/> 肌肉萎缩症或其他退行性疾病 <input type="checkbox"/> 帕金森氏综合症。假如对于一个或多个上述问题的答案为“是”，您必须附上一份由为您进行诊治的神经科医生所出具的最新证明函。				
2.	眼睛和视力（只在眼镜度数超过7以上的情况下具体说明眼镜度数）				
3.	<input type="checkbox"/> 心脏 <input type="checkbox"/> 血管				
4.	甲状腺				
5.	<input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 (COPD)				
6.	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 肠 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胆囊 <input type="checkbox"/> 肝脏 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 痔疮—您是否做过手术： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，手术（日期）：_____问题是否已经解决？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是				
7.	<input type="checkbox"/> 疝气：疝气具体位置— <input type="checkbox"/> 位于膈膜 <input type="checkbox"/> 位于肚脐 <input type="checkbox"/> 位于右腹股沟 <input type="checkbox"/> 位于左腹股沟 <input type="checkbox"/> 您是否接受过手术对疝气进行治疗？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，手术时间？（日期）_____问题是否已经解决？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是				
8.	艾滋病与/或艾滋病病毒携带者				
9.	狼疮				
10.	<input type="checkbox"/> 肾脏 <input type="checkbox"/> 尿道				
11.	<input type="checkbox"/> 背部与脊椎 <input type="checkbox"/> 膝盖 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 关节				
12.	<input type="checkbox"/> 皮肤癌				
13.	<input type="checkbox"/> 梅毒				
14.	恶性肿瘤 / 癌症病				
15.	女性: <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 妇科系统				

具体说明：

---



---



---



---

B980/22409 06/2018



**B 拟投保人声明**

1. 本人兹声明上述所有答案都是准确、完整并且根据本人自由自愿所作。
2. 本健康声明中列出的答案以及将提供给承保人的任何其他信息以及承保人为此目的普遍被认可的条款与条件，将作为您与承保人之间签订的保险合同的必备条款，并将作为其不可分割的一部分内容。
3. 承保人有权决定接受或拒绝投保人的投保申请，而无需对其决定做出任何解释。温馨提醒您，保险合同只有在承保人签发了接受投保人保险申请的书面确认函，且首期保险费已足额缴交之后才会正式生效。假如承保人收到通过该方式可以收取到应收保险费的支付方式的话，则关于首期保险费必须足额支付的前提条件将不适用。
4. 本文件中所包含的信息对于您加入本保险单以及关于该保险单及其具体操作程序的所有其他意图与目的是必不可少的。该公司以及哈雷尔集团（哈雷尔保险投资与金融服务有限公司及其子公司）旗下的其他公司与/或作为其代表的任何人将对上述信息进行使用，包括为了与该保险单相关的任何目的及其他法律用途而对这些信息进行处理、储存和使用，甚至包括将上述信息提交给代表哈雷尔集团进行业务操作的第三方人员。
5. 是否有任何保险公司在任何时候拒绝或取消过您的健康保险申请？  否  是，请具体说明
6. **医疗信息保密责任弃权声明：**本人/我们，于此下签名者，兹授权该健康维护组织（HMO）（“健康保险基金 (Kupat Holim)”）与/或其下属医疗机构，以及所有其他内科医生和精神病医生、医疗机构及其他医院、国家保险中心 (NII) 与/或国防部，与/或任何保险公司与/或任何其他机构与人员，在审查本人根据本保险单规定所享有的权利与义务与/或审查本人加入所申请的保险项目之过程中所必需的情况下，按照信息请求者所要求的方式，向哈雷尔公司提供包括由该公司所拥有的（无一例外），关于本人/我们的健康状况与/或本人/我们过去曾经患过的与/或本人/我们现在所患的与/或本人/我们将来可能患的任何疾病的情况以及所有相关具体信息，本人/我们兹免除上述有关机构和人员保守医疗信息秘密的义务，并兹于此声明放弃该保密责任使之有利于“信息请求者”。本弃权声明对本人/我们，本人的/我们的财产，与本人的/我们的法定代表以及所有将取代本人/我们的任何人都具有约束力。本弃权声明也适用于本人的/我们的未成年子女。

拟投保人在签署本健康状况声明表之前已经得到了用他/她所熟悉之语言进行的关于该声明表之内容的相关解释。

日期 \_\_\_\_\_ 拟投保人签名 \_\_\_\_\_ 见证人签名 \_\_\_\_\_

