

คำแถลงภาวะสุขภาพสำหรับการประกันสุขภาพ - ชาวต่างชาติในประเทศไทย

ขึ้นอยู่กับข้อเสนองการประกันสุขภาพที่รวมไว้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคำแถลงภาวะสุขภาพและไม่สามารถแยกออกได้
 สังกัด:

Harel Insurance Company Ltd. – สาขา Foreign Employees / Tourists Insurance
 3 Abba Hillel St., PO. Box 1951, Ramat Gan 5211802, โทรศัพท์: 03-7348083 อีเมล: fax7930@harel-ins.co.il



ก ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกัน						
หนังสือเดินทางเลขที่	นามสกุล	ชื่อแรก	วันเกิด	เพศ		
ตอบคำถามต่อไปนี้ในคำแถลงภาวะสุขภาพ โดยทำเครื่องหมาย "✓" ในคอลัมน์ที่เป็นคำตอบที่ถูกต้อง หากคุณตอบ "ใช่" ในคำถามข้อใด ๆ โปรดแนบใบรับรองฉบับปัจจุบันจากแพทย์ที่ให้การดูแลซึ่งเป็นผู้รักษาปัญหาที่ระบุ ผลการตรวจ ลักษณะการรักษา และภาวะปัจจุบัน						
ส่วนที่ 1: คำถามทั่วไป					ใช่	ไม่ใช่
1.	<input type="checkbox"/> คุณใช้หรือเคยใช้สารเสพติดหรือไม่ <input type="checkbox"/> คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่เป็นประจำ (มากกว่าวันละสองแก้ว) หรือไม่					
2.	ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คุณเคย และ / หรือในขณะนี้คุณอยู่ในระหว่างการตรวจทางการแพทย์ และ / หรือการตรวจวินิจฉัยใด ๆ ต่อไปนี้ ซึ่งยังไม่แล้วเสร็จ และยังไม่มีการวินิจฉัยสุดท้ายหรือไม่: การใช้สายสวน การจับคู่กระดูก การบันทึกภาพหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การตรวจเอกซเรย์ด้วยคอมพิวเตอร์ การตรวจอัลตราซาวด์ (ไม่ใช่การตรวจที่เป็นส่วนหนึ่งของการตรวจปกติก่อนคลอด) การตัดเนื้อตรวจ การตรวจหาเลือดในอุจจาระ การส่องตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยกล้อง การส่องตรวจกระเพาะ (หากตอบ "ใช่" คุณควรส่งใบรับรองจากแพทย์ที่ให้การดูแลที่มีคำอธิบายสาเหตุการตรวจ ผลการตรวจ และการวินิจฉัยสุดท้ายด้วย)					
3.	ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คุณได้เข้ารับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการผ่าตัดหรือไม่ โปรดระบุ					
4.	ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา คุณได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ โปรดระบุสาเหตุการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรักษาที่คุณได้รับ					
5.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คุณได้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือได้รับคำแนะนำให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ โปรดระบุว่าเป็นปัญหาที่คุณได้รับการรักษาคืออะไร การรักษาคืออะไร และคุณรับประทานยาดังกล่าวเป็นเวลานานเท่าใด					
ส่วนที่ 2: คุณได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วย กลุ่มอาการ หรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ระบุไว้ด้านล่างอย่างน้อยหนึ่งอย่างหรือไม่:					ใช่	ไม่ใช่
1.	<input type="checkbox"/> ระบบประสาท <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> ลมชัก <input type="checkbox"/> โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง <input type="checkbox"/> อากาศสั้น <input type="checkbox"/> โรคกล้ามเนื้อเสื่อม หรือโรคเสื่อมอื่น ๆ <input type="checkbox"/> กลุ่มอาการพาร์กินสัน หากตอบ "ใช่" ในปัญหาอย่างน้อยหนึ่งอย่าง คุณต้องแนบจดหมายฉบับปัจจุบันจากประสาทแพทย์ที่ให้การดูแล					
2.	ตาและการมองเห็น (โปรดระบุแวนสายตาเฉพาะเมื่อหมายเลขเลนส์มากกว่า 7)					
3.	<input type="checkbox"/> หัวใจ <input type="checkbox"/> หลอดเลือด					
4.	ต่อมไทรอยด์					
5.	<input type="checkbox"/> หอบหืด <input type="checkbox"/> วัณโรค <input type="checkbox"/> COPD (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง)					
6.	<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"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ ในวันที่ (วันที่) _____ ปัญหาได้รับการแก้ไขหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่					
7.	<input type="checkbox"/> อวัยวะเคลื่อนไหว: ตำแหน่งของอวัยวะเคลื่อนไหว - <input type="checkbox"/> ในกะบังลม <input type="checkbox"/> ในสะดือ <input type="checkbox"/> ในขาหนีบด้านขวา <input type="checkbox"/> ในขาหนีบด้านซ้าย <input type="checkbox"/> คุณได้รับการผ่าตัดรักษาอวัยวะเคลื่อนไหวหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่ เมื่อใด (วันที่) _____ ปัญหาได้รับการแก้ไขหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ <input type="checkbox"/> ใช่					
8.	พาหะโรคเอดส์ และ / หรือ HIV					
9.	ลูบีส					
10.	<input type="checkbox"/> ไต <input type="checkbox"/> ทางเดินปัสสาวะ					
11.	<input type="checkbox"/> หลังและกระดูกสันหลัง <input type="checkbox"/> หัวเข่า <input type="checkbox"/> กระดูกหัก <input type="checkbox"/> ข้อต่อ					
12.	<input type="checkbox"/> เนื้องอกที่ผิวหนัง					
13.	<input type="checkbox"/> ซิฟิลิส					
14.	• เนื้องอกที่เป็นเนื้อร้าย / โรคมะเร็ง					
15.	สำหรับผู้หญิง: <input type="checkbox"/> หน้าอก <input type="checkbox"/> ระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี					

โปรดระบุ:

คำแถลงของผู้ขอเอาประกัน

1. ข้าพเจ้าขอแถลงว่า คำตอบทุกข้อถูกต้อง ครบถ้วน และข้าพเจ้าได้ให้คำตอบด้วยเจตจำนงเสรี
2. คำตอบที่ระบุบนคำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลอื่นที่จะมอบให้กับผู้รับประกัน ซึ่งรวมถึงข้อกำหนดและเงื่อนไขที่ได้รับการยอมรับทั่วไปของผู้รับประกันเพื่อวัตถุประสงค์นี้ จะทำหน้าที่เป็นข้อกำหนดของสัญญาการประกันภัยระหว่างคุณและผู้รับประกัน และจะเป็นส่วนหนึ่งของคำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพและไม่สามารถแยกออกได้
3. ผู้รับประกันอาจตัดสินใจที่จะยกเว้นหรือปฏิเสธการขอเอาประกัน โดยไม่จำเป็นต้องระบุเหตุผลของความคิดเห็นของตน โปรดทราบว่า สัญญาการประกันภัยจะมีผลบังคับใช้หลังจากที่ผู้รับประกันได้ออกหนังสือยืนยันการรับประกันของคุณ และหลังจากที่มีการชำระเบี้ยประกันภัยเริ่มต้นอย่างครบถ้วนแล้วเท่านั้น เงื่อนไขเบื้องต้นนี้จะไม่ใช่บังคับหากผู้รับประกันได้รับวิธีการชำระเงินซึ่งสามารถเก็บเบี้ยประกันภัยได้
4. ข้อมูลที่รวมอยู่ในเอกสารนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการสมัครกรมธรรม์ของคุณ และเพื่อวัตถุประสงค์และเจตนาอื่นทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์และการจัดการกรมธรรม์ บริษัทและบริษัทอื่น ๆ ของ Harel Group (Harel Insurance Investments และ Financial Services Ltd. และบริษัทย่อยของบริษัทเหล่านี้) และ / หรือบุคคลใดในนามของบริษัทดังกล่าว จะใช้ข้อมูลดังกล่าว ซึ่งรวมถึงการประมวลผล การจัดเก็บ และการใช้ข้อมูลดังกล่าว เพื่อวัตถุประสงค์ใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ และวัตถุประสงค์อื่น ๆ ที่ถูกต้องตามกฎหมาย แม้โดยการส่งข้อมูลดังกล่าวให้กับบุคคลภายนอกที่ปฏิบัติงานในนามของ Harel Group ก็ตาม
5. มีบริษัทประกันปฏิเสธหรือยกเลิกการขอรับการประกันสุขภาพของคุณไม่ว่าในเวลาใดก็ตามหรือไม่ ไม่ ไม่ใช่ โปรดระบุ
6. **การสละสิทธิ์การรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์** โดยเอกสารนี้ ข้าพเจ้า / เรา ผู้ลงชื่อด้านล่างนี้ ขอให้คำอนุญาตของข้าพเจ้ากับ HMO ("Kupat Holim") และ / หรือสถาบันทางการแพทย์ของบุคคลดังกล่าว รวมทั้งแพทย์ท่านอื่นทั้งหมด และ / หรือจิตแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ และโรงพยาบาลอื่น ๆ NII และ / หรือกระทรวงกลาโหม และ / หรือบริษัทประกันใด ๆ และ / หรือสถาบันและบุคคลอื่นใด ตราบเท่าที่จำเป็นเพื่อวัตถุประสงค์ในการทบทวนสิทธิและภาระผูกพันภายใต้กรมธรรม์ และ / หรือเพื่อกระบวนการทบทวนการรับประกันที่ขอของข้าพเจ้า เพื่อให้ Harel ซึ่งรวมถึงข้อมูลที่บริษัทมี และข้อมูลรายละเอียดทั้งหมดโดยไม่มีข้อยกเว้น และในลักษณะตามที่ผู้มีคำขอ ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของข้าพเจ้า และ / หรือโรคใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเราได้ประสบในอดีต และ / หรือที่ข้าพเจ้า/ เรากำลังประสบ และ / หรือที่ข้าพเจ้า เรา จะ ประสบ ในอนาคต และ โดยเอกสารนี้ ข้าพเจ้าขอปลดเปลื้องท่านจากภาระผูกพันในการรักษาความลับของข้อมูลทางการแพทย์ และสละสิทธิ์การรักษาความลับนี้เพื่อประโยชน์ของ "ผู้มีคำขอ" คำแถลงสละสิทธิ์นี้มีผลผูกพันกับข้าพเจ้า กองมรดกของข้าพเจ้า และตัวแทนตามกฎหมายของข้าพเจ้า และบุคคลทุกคนที่จะแทนที่ข้าพเจ้า

ผู้ขอเอาประกันซึ่งได้ลงชื่อในแบบฟอร์มคำแถลงภาวะสุขภาพฉบับนี้ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับเนื้อหา
ในภาษาที่เขา / เธอเข้าใจแล้ว

วันที่ _____ ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกัน _____ ลายมือชื่อพยาน _____

ประเภทของเอกสาร- 30707