

# चिकित्सा बीमा के लिए स्वास्थ्य विवरण – इसराइल में विदेशियों

एवं साथ ही संलग्नित बीमा आवेदन के अधीन है, जो स्वास्थ्य विवरण का एक अभिन्न अंग है

05/2020 Edition

यह फॉर्म पुरुषों एवं महिलाओं दोनों के लिए निर्मित किया गया है।  
कृपया यह फॉर्म सही प्रकार से एवं पूर्णतः भरें।

ध्यान दें

हारेल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड विदेशी कर्मचारी / पर्यटक बीमा शाखा

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

क	बीमा आवेदक के विवरण					
	पासपोर्ट नंबर	उपनाम	नाम	जन्म की तारीख	लिंग पुरुष • महिला •	
	इस स्वास्थ्य विवरण में आपको उचित उत्तर की पंक्ति में "•" चिह्नित करके निम्नलिखित प्रश्नों का उत्तर देना है। यदि उपरोक्त में से किसी भी प्रश्न का उत्तर "हाँ" है तो आपको उपस्थित चिकित्सक से प्राप्त नवीनतम प्रमाण पत्र संलग्नित करना होगा, जिसमें वर्णित समस्या, परीक्षण के परिणाम, चिकित्सा पद्धति एवं वर्तमान स्थिति का वर्णन होगा।					
	<b>अनुभाग क: सामान्य प्रश्न</b>				<b>नहीं</b>	<b>हाँ</b>
1.	सेमी में ऊँचाई ..... किलो में वजन .....					
2.	<input type="checkbox"/> क्या आप नशीली दवाओं का प्रयोग करते, या करते रहे, हैं? <input type="checkbox"/> क्या आप नियमित रूप से मादक पेय पदार्थों का सेवन करते, या करते रहे हैं? कृपया सेवन का परिमाण स्पष्ट करें: ..... गिलास प्रतिदिन।					
3.	पिछले 10 वर्षों में, क्या आपको निम्नलिखित में से किसी भी परीक्षण के लिए उल्लिखित किया गया है (सामान्य परीक्षणों के अंश के अतिरिक्त) एवं आपने ये परीक्षण अभी तक नहीं करवाए हैं, या आपके रोग की अंतिम पहचान अभी तक नहीं की गयी है, जैसे दीर्घकालिक बीमारी, कैथेटर लगाने की प्रक्रिया, बोन मैपिंग, ईकोकार्डिओग्राफी, एमआरआई, सीटी, अल्ट्रासाउंड (सामान्य प्रसवपूर्व देखभाल के अतिरिक्त), बायोप्सी, ऑकल्ट ब्लड, कोलोनोस्कोपी या गैस्ट्रोस्कोपी, स्व-प्रतिरक्षित बीमारियां जिसमें ल्यूपस शामिल है (यदि "हाँ", तो कृपया उपस्थित चिकित्सक से प्राप्त प्रमाण पत्र जमा करें, जिसमें परीक्षण करवाने का कारण, परीक्षण के परिणाम एवं अंतिम रोग-निर्णय वर्णित हो)।					
4.	क्या आपने अभी, या पिछले 10 वर्षों के दौरान कभी भी, शल्य चिकित्सा /आरोपण करवाया है? कृपया विस्तार से वर्णन करें: .....					
5.	पिछले 10 वर्षों के दौरान, क्या आप अस्पताल में भर्ती हुए हैं? कृपया अस्पताल में भर्ती होने के कारण एवं आपके द्वारा प्राप्त चिकित्सा के बारे में विस्तार से वर्णन करें।					
6.	पिछले 10 वर्षों में, क्या आप नियमित रूप से दवाइयां ले रहे हैं, या आपसे नियमित रूप से दवाएं लेने की सिफारिश की गयी है? कृपया इस बारे में विस्तार से बताएँ कि जिसके लिए आपकी चिकित्सा चल रही है/हुई है वह समस्या क्या है, इसके इलाज क्या हैं, एवं आप उक्त दवाई कितने समय से ले रहे हैं?					
7.	क्या आपकी किसी प्रकार की एलर्जी से ग्रस्त होने की पहचान की गयी है? कृपया विस्तार से वर्णन करें:.....					
	<b>खंड बी: क्या आपकी नीचे वर्णित एक या अधिक समस्याओं से संबंधित किसी बीमारी, लक्षण, परेशानी से ग्रस्त होने की पहचान की गयी है:</b>				<b>नहीं</b>	<b>हाँ</b>
1.	<input type="checkbox"/> तंत्रिका प्रणाली <input type="checkbox"/> सेरेब्रोवैस्कुलर दुर्घटना (स्ट्रोक) <input type="checkbox"/> मिर्गी <input type="checkbox"/> एकाधिक स्क्लेरोसिस <input type="checkbox"/> मस्क्युलर डिस्ट्रॉफी या अन्य कोई एट्रोफिक बीमारी <input type="checkbox"/> बार-बार चक्कर आना <input type="checkbox"/> सिरदर्द <input type="checkbox"/> संतुलन की समस्या <input type="checkbox"/> मूर्च्छा <input type="checkbox"/> पार्किंसन सिंड्रोम <input type="checkbox"/> अल्जाइमर की बीमारी <input type="checkbox"/> कंपकंपी <input type="checkbox"/> मानसिक गतिरोध <input type="checkbox"/> स्वलीनता <input type="checkbox"/> डाउन्स सिंड्रोम <input type="checkbox"/> सेरिब्रल पाल्सी <input type="checkbox"/> पोलियोमाइलाइटिस (शिशु पक्षाघात) <input type="checkbox"/> गोशर्स डिजीज <input type="checkbox"/> इन्द्रियबोध लुप्त होना (सुन्न पडना) <input type="checkbox"/> ध्यान की कमी की समस्या <input type="checkbox"/> माइग्रेन <input type="checkbox"/> क्या आपने किसी चिकित्सक के पास मस्तिष्क लोप (डेमेंशिया) संबंधी समस्याओं के लिए परामर्श लिया है <input type="checkbox"/> एड्स <input type="checkbox"/> एचआईवी कैरियर <input type="checkbox"/> ल्यूपस यदि उपरोक्त में से एक या अधिक प्रश्नों का उत्तर "हाँ" है, तो कृपया उपस्थित न्यूरोलॉजिस्ट/स्नायु विज्ञानी से प्राप्त नवीनतम पत्र संलग्नित करें।					
2.	<b>आँख एवं दृष्टि:</b> <input type="checkbox"/> मोतियाबिंद <input type="checkbox"/> रेटिना एवं कॉर्निया की समस्याएँ <input type="checkbox"/> ग्लूकोमा <input type="checkbox"/> आँख का सूजना <input type="checkbox"/> भेंगापन <input type="checkbox"/> अंधापन आँखों की कोई अन्य बीमारी / समस्या: <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: .....					
3.	<b>हृदय:</b> <input type="checkbox"/> कार्डियक अरिदमियास <input type="checkbox"/> हृदय रोग <input type="checkbox"/> हृदय का रूक जाना <input type="checkbox"/> दिल का दौरा <input type="checkbox"/> हृदय की जन्मजात समस्या <input type="checkbox"/> कैथेटर लगाने की प्रक्रिया <input type="checkbox"/> हार्ट वाल्व रोग, अन्य हृद रोग / समस्या: <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ" कृपया निर्दिष्ट करें: .....					



क	बीमा आवेदक के विवरण	नहीं	हाँ
	<b>खंड बी: क्या आपकी नीचे वर्णित एक या अधिक समस्याओं से संबंधित किसी बीमारी, लक्षण, परेशानी से ग्रस्त होने की पहचान की गयी है:</b>		
4.	<b>रक्त-वाहिका:</b> <input type="checkbox"/> अपस्फीत नस (पैरों की नसों में) <input type="checkbox"/> ग्रीवा धमनी (गले की धमनियों में) <input type="checkbox"/> स्कंदन समस्याएँ <input type="checkbox"/> रक्त संबंधी ईमारी डीवीटी (थ्रोम्बोसिस) <input type="checkbox"/> पीवीडी (पेरिफेरल वैस्कुलर डिजीज), अन्य नाडी संबंधी बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें:.....		
5.	<b>चयापचयी बीमारियाँ:</b> <input type="checkbox"/> थाइरोइड ग्रंथि <input type="checkbox"/> लसीका पर्व <input type="checkbox"/> लार ग्रंथि <input type="checkbox"/> स्वेद ग्रंथि <input type="checkbox"/> पीयूष ग्रंथि <input type="checkbox"/> मधुमेह उच्च <input type="checkbox"/> रक्तचाप <input type="checkbox"/> उच्च मात्रा में वसा / कोलेस्ट्रॉल, अन्य चयापचयी बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: .....		
6.	<b>श्वसन प्रणाली:</b> <input type="checkbox"/> दमा <input type="checkbox"/> क्षय रोग <input type="checkbox"/> सीओपीडी (क्रोनिक ऑब्सट्रक्टिव पल्मोनरी डिजीज) <input type="checkbox"/> हे ज्वर <input type="checkbox"/> पुनरावर्ती श्वसन संक्रमण एवं साँस फूलना <input type="checkbox"/> फेफड़ों की खराबी (न्युमोथ्रैक्स) <input type="checkbox"/> सिस्टिक फाइब्रोसिस श्वसन प्रणाली की अन्य बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: .....		
7.	<b>पाचन प्रणाली:</b> <input type="checkbox"/> अल्सर (डुओडेनम/उदर-संबंधी) <input type="checkbox"/> सीने में जलन <input type="checkbox"/> क्रोन बीमारी <input type="checkbox"/> कोलाइटिस <input type="checkbox"/> रीफ्लक्स <input type="checkbox"/> बवासीर <input type="checkbox"/> फिशर/फिस्टुला <input type="checkbox"/> पेट साफ़ ना होना <input type="checkbox"/> अग्न्याशय संबंधी बीमारियाँ/संक्रमण <input type="checkbox"/> भोजन-नलिका <input type="checkbox"/> पित्ताशय <input type="checkbox"/> पित्ताशय की पथरी पाचन प्रणाली की अन्य बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: .....		
8.	<b>यकृत:</b> <input type="checkbox"/> जॉन्डिस <input type="checkbox"/> हेपेटाइटिस बी, सी, डी <input type="checkbox"/> यकृत का फूलना <input type="checkbox"/> सिरोसिस, पाचन प्रणाली की अन्य बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: .....		
9.	<b>हर्निया:</b> हर्निया का स्थान: मध्यच्छद में/नाभि में/दायीं श्रोणि में/बायीं श्रोणि में क्या आपने हर्निया के इलाज के लिए शल्य क्रिया करवाई है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, कब (तिथि)? ..... क्या समस्या हल हो गयी? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ		
10.	<b>गुर्दा एवं मूत्रमार्ग:</b> <input type="checkbox"/> पुनरावर्ती संक्रमण <input type="checkbox"/> गुर्दे एवं मूत्राशय में पथरी <input type="checkbox"/> गुर्दे के पुटक <input type="checkbox"/> मूत्रमार्ग की असंगतियाँ <input type="checkbox"/> गुर्दे की खराबी, गुर्दे एवं मूत्रमार्ग की अन्य बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: .....		
11.	<b>जोड़ एवं हड्डियाँ:</b> <input type="checkbox"/> गठिया <input type="checkbox"/> वात-रोग <input type="checkbox"/> पीठ/रीढ़ <input type="checkbox"/> जोड़ <input type="checkbox"/> घुटने अन्य जोड़ों और हड्डियों की बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: .....		
12.	<b>त्वचा और यौन रोग:</b> <input type="checkbox"/> त्वचा के ट्यूमर <input type="checkbox"/> त्वचा क्षति <input type="checkbox"/> सोरायसिस <input type="checkbox"/> यौन संचारित रोगों <input type="checkbox"/> उपदंश अन्य त्वचा एवं योनि संबंधित बीमारियाँ/समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: .....		
13.	घातक ट्यूमर / बीमारियाँ (कैंसर)।		
14.	<b>महिलाओं के लिए:</b> <input type="checkbox"/> स्तन (स्तन वृद्धि युक्त) <input type="checkbox"/> स्त्रीरोग संबंधी प्रणाली, बीमारी / अन्य नारी समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: ..... <input type="checkbox"/> क्या आप गर्भवती हैं? <input type="checkbox"/> क्या आपकी सीज़ेरियन डिलीवरी हुई है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> यदि "हाँ" तो स्पष्ट करें कि कब (तिथि): .....		
15.	<b>पुरुषों के लिए:</b> <input type="checkbox"/> प्रॉस्टेट की समस्याएँ <input type="checkbox"/> वैरिकोसील / हाइड्रोसील अन्य पुरुष-संबंधी बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> यदि "हाँ" तो स्पष्ट करें: .....		
16.	<b>मानसिक बीमारियाँ:</b> मानसिक बीमारियाँ जो किसी मनोविज्ञानी, मनोचिकित्सक या पारिवारिक चिकित्सक द्वारा पहचानी गयीं।		
17.	<b>नाक, कान एवं गले की बीमारी:</b> <input type="checkbox"/> नींद अश्वसन सिंड्रोम <input type="checkbox"/> नेसल पोलिप <input type="checkbox"/> साइनसाइटिस नाक, कान एवं गले की अन्य बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: .....		

कृपया जानकारी प्रदान करें:

.....

.....

.....

<b>ख.</b>	<p><b>बीमा आवेदक का विवरण</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. मैं एतद्वारा घोषित करता हूँ कि सभी उत्तर सही, पूर्ण एवं स्वेच्छा से दिए गए हैं।</li> <li>2. स्वास्थ्य विवरण में दिए गए उत्तर एवं कोई अन्य जानकारी बीमाकर्ता को प्रदान की जाए तथा इस सन्दर्भ में बीमाकर्ता द्वारा स्वीकृत किये गए नियम एवं शर्तें आपके एवं बीमाकर्ता के बीच बीमा अनुबंध की वस्तुगत शर्त की भूमिका निभाएगी एवं इसका अभिन्न अंग बन जाएगी।</li> <li>3. बीमाकर्ता बिना अपने निर्णय का स्पष्टीकरण दिए आवेदन को स्वीकार या खारिज करने का निर्णय ले सकता है। कृपया ध्यान दें कि यह बीमा अनुबंध बीमाकर्ता के बीमाकृत व्यक्ति के बीमे में प्रवेश की लिखित पुष्टि जारी करने एवं शुरूआती बीमा प्रीमियम का पूर्ण भुगतान करने के बाद प्रभाव में आता है। शुरूआती बीमा प्रीमियम के भुगतान की शर्त लागू नहीं होगी यदि बीमाकर्ता ने ऐसा भुगतान माध्यम प्राप्त किया हो जिससे बीमा प्रीमियम वसूला नहीं जा सकता।</li> <li>4. इस दस्तावेज़ में निहित जानकारी नीतियों में आपके प्रवेश एवं नीतियों से संबंधित किसी अन्य मामले में, या इसके संचालन, के लिए आवश्यक है। कंपनी एवं हरेल ग्रुप (इंश्योरेंस एंड फाइनेंशियल सर्विसेज लिमिटेड एवं इसकी सहायक कंपनियों में हरेल इंवेस्टमेंट्स) एवं / या उनकी ओर से कोई भी इसका प्रयोग करेगा, जिसमें इसके प्रक्रमण, स्टोरेज एवं ऐसी किसी समस्या के लिए प्रयोग जो नीतियों एवं अन्य वैध उद्देश्यों से संबंधित है, जिसमें हरेल ग्रुप की ओर से संचालित तृतीय पक्षों को जानकारी पहुंचाना भी शामिल है।</li> <li>5. क्या किसी बीमा कंपनी ने कभी आपका स्वास्थ्य बीमा आवेदन मना या रद्द किया है? <input type="checkbox"/>ना <input type="checkbox"/>हाँ, यदि "हाँ" तो कृपया स्पष्ट करें: .....</li> <li>6. <b>चिकित्सकीय गोपनीयता का अधित्याग:</b> मैं, अधोहस्ताक्षरी, एतद्वारा एचएमओ एवं / या इसके चिकित्सकीय संस्थानों, तथा सभी चिकित्सकों एवं / या मनोविज्ञानियों, चिकित्सकीय संस्थाओं एवं अन्य अस्पतालों, एवं / या किसी भी बीमा कंपनी एवं / या किसी अन्य संस्थान एवं संस्था को, बीमा पॉलिसी के अंतर्गत अधिकारों एवं कर्तव्यों को स्पष्ट करने के लिए जहां तक आवश्यक हो, एवं / या मेरे द्वारा मांगे गए बीमे में मेरे प्रवेश की निरीक्षण प्रक्रिया के लिए हरेल को जमा करने की अनुमति देता हूँ, जिसमें कंपनी द्वारा अपने पास रखी गयी तथा प्रार्थी पक्ष (पक्षों) द्वारा बिना किसी झूट एवं एक नियत तरीके द्वारा मेरे स्वास्थ्य संबंधी, पूर्व में मुझे हुई किसी बीमारी एवं / या वर्तमान की मेरी कोई बीमारी एवं / या भविष्य में मुझे होने वाली कोई बीमारी से संबंधित आवश्यक जानकारी शामिल है, एवं मैं आपको चिकित्सकीय गोपनीयता बरकरार रखने के दायित्व से मुक्त करता हूँ एवं "प्रार्थी पक्ष" के पक्ष में इस गोपनीयता का अधित्याग करता हूँ। यह लिखित अधित्याग मेरी कानूनी जायदाद तथा मेरे कानूनी प्रतिनिधियों तथा मेरे स्थान पर आने वाले किसी भी व्यक्ति को बाध्य करती है।</li> </ol>
-----------	--

बीमा उम्मीदवार ने जिस भाषा में वह समझता/समझती है, उसमें इस स्वास्थ्य विवरण फॉर्म की सामग्री का स्पष्टीकरण प्राप्त करने के बाद इस पर हस्ताक्षर किए हैं।

दिनांक \_\_\_\_\_ बीमा उम्मीदवार के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_ गवाह के हस्ताक्षर \_\_\_\_\_

<b>ग</b>	<p><b>प्रवेश पुष्टि नियम एवं शर्तें</b></p> <p>मैं पहले ही अपनी सहमति देता हूँ , कि मुझसे संबंधित जोखिम अंकन प्रक्रिया के दौरान, जहां तक यह स्पष्ट होता है, कि अनुरोधित बीमा पॉलिसी के निर्माण के लिए नीचे दिए गए जोखिम अंकन नियम एवं शर्तें बीमा पॉलिसी के अंदर ही अनुबंधित होने आवश्यक हैं, जो लागू होने के अनुसार मेरे लिए जारी की जाएगी, फिर:</p> <p>..... से संबंधित किसी भी बीमा घटना के लिए कोई कवरेज प्रदान नहीं किया जाएगा</p> <p>.....</p> <p>दिनांक _____ नाम _____ पासपोर्ट नंबर _____ हस्ताक्षर _____</p>
----------	--