

Sağlık Sigortası İçin Sağlık Beyanı – İsrail'deki Yabancılar



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

Bu form hem kadınlar hem de erkekler içindir.

Lütfen bu formu tam ve kesin olarak doldurmaya özen gösterin.

05/2020 Edition

Sayın

Harel Sigorta Ltd. Şti. – Yabancı İşçiler / Turistler Sigorta Dalı

Abba Hillel Cad. No. 3, P.K. 1951, Ramat Gan 5211802, Faks: 03-7348083 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 "✓" işareti koymak 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 durumu yansıtan bir belgenin iliştilmesi gerekmektedir.					
Bölüm A: Genel Sorular				Hayır	Evet
1.	Boy..... cm. Ağırlık..... kg.				
2.	<input type="checkbox"/> Acaba uyuşturucu kullanıyor musunuz veya hiç kullandınız mı? <input type="checkbox"/> Acaba düzenli olarak alkollü içki içiyor musunuz veya geçmişte içer miydiniz? Kullanım miktarını belirtin. Günde..... bardak				
3.	Son 10 yıl içinde, (rutin kontroller dışında) aşağıdaki kontroller içinde yaptırmanız istendiği ve sizin henüz yaptırmadığınız veya sizin için henüz nihai bir teşhisin konmuş olmadığı herhangi bir kontrol var mı? Örneğin: Kronik hastalıklar, anjiyo, kernik taraması, ekokardiyografi, MR, BT, ultrason (rutin hamilelik takibi dışında), biyopsi, gizli kan, kolonoskopi veya gastroskopi, otoimmün hastalıklar ve buna dâhil olarak lupus (deri veremi) (Eğer cevap "Evet" ise, ilgili doktordan alınmış, muayenenin sebebini, muayene sonucunu ve nihai teşhisi tarif eden bir belge aktarmanız gerekmektedir).				
4.	Son 10 yıl içinde bir ameliyat / organ nakli geçirdiniz mi veya geçirecek misiniz? Lütfen belirtiniz:				
5.	Son 10 yıl içinde hastaneye yatırıldınız mı? Lütfen hastaneye yatırılma sebebini ve aldığınız tedaviyi belirtiniz.				
6.	Son 10 yıl içinde düzenli olarak ilaç aldınız mı veya almanız tavsiye edildi mi? Lütfen hakkında tedavi gördüğünüz / görmekte olduğunuz sorunu, tedavinin ne olduğunu ve bahsi geçen ilacı ne kadar süreyle aldığınızı belirtiniz.				
7.	Acaba size alerji teşhisi kondu mu? Lütfen belirtiniz:				
Bölüm B: Acaba size aşağıda belirtilen konulardan biriyle bağlantılı bir hastalık, olgu, bozukluk teşhisi kondu mu?				Hayır	Evet
1.	<input type="checkbox"/> Sinir sistemi <input type="checkbox"/> Serebrovasküler olay <input type="checkbox"/> Sara <input type="checkbox"/> Multipl skleroz <input type="checkbox"/> Kas distrofisi veya başka bir dejeneratif hastalık <input type="checkbox"/> Tekrarlayan baş dönmeleri <input type="checkbox"/> Baş ağrıları <input type="checkbox"/> Denge bozuklukları <input type="checkbox"/> Bayılmalar <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> Zeka geriliği <input type="checkbox"/> Otizm <input type="checkbox"/> Down sendromu <input type="checkbox"/> Beyin felci <input type="checkbox"/> Çocuk felci <input type="checkbox"/> Gaucher hastalığı <input type="checkbox"/> His kaybı <input type="checkbox"/> Dikkat eksikliği bozukluğu <input type="checkbox"/> Migren <input type="checkbox"/> Acaba hafıza düşüklüğüne (demans) bağlı olarak doktora başvurduunuz mu? <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> HIV taşıyıcılığı <input type="checkbox"/> Deri veremi (lupus) Eğer bir veya daha fazla konuda cevap "Evet" ise, ilgili nörologdan güncel durumu belirten bir mektup iliştilmeniz gerekmektedir.				
2.	Göz ve görüş: <input type="checkbox"/> Katarakt <input type="checkbox"/> Retina ve kornea sorunları <input type="checkbox"/> Glokom <input type="checkbox"/> Göz iltihapları <input type="checkbox"/> Şaşılık <input type="checkbox"/> Körlük Başka bir göz hastalığı / sorunu: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:				
3.	Kalp: <input type="checkbox"/> Kalp ritminde bozukluklar <input type="checkbox"/> Kalp hastalığı <input type="checkbox"/> Kalp yetmezliği <input type="checkbox"/> Kalp krizi <input type="checkbox"/> Doğuştan kalp kusuru <input type="checkbox"/> Anjiyo <input type="checkbox"/> Kapakçık hastalıkları, Başka bir kalp hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:				
4.	Damarlar: <input type="checkbox"/> Varisler (bacak damarlarında) <input type="checkbox"/> Şahdamarı (boyun damarlarında) <input type="checkbox"/> Pıhtılaşma bozuklukları <input type="checkbox"/> Anemi <input type="checkbox"/> Kan hastalığı <input type="checkbox"/> DTV (derin ven trombozu) <input type="checkbox"/> PVD (periferik vasküler hastalık), Başka bir damar hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:				
5.	Metabolizma Hastalıkları: <input type="checkbox"/> Tiroit bezi <input type="checkbox"/> Lenf bezi <input type="checkbox"/> Tükürük bezi <input type="checkbox"/> Ter bezi <input type="checkbox"/> Hipofiz bezi <input type="checkbox"/> Şeker hastalığı <input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon <input type="checkbox"/> Yüksek lipit / kolesterol, Başka bir metabolizma hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:				
6.	Solunum Yolları: <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Verem <input type="checkbox"/> KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) <input type="checkbox"/> Saman nezlesi <input type="checkbox"/> Solunum yollarında tekrar eden iltihaplar ve nefes darlığı <input type="checkbox"/> Pnömotoraks <input type="checkbox"/> Kistik fibroz Başka bir solunum yolları hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:				
7.	Sindirim Sistemi: <input type="checkbox"/> Mide / Onikiparmak bağırsağı ülseri <input type="checkbox"/> Mide yanması <input type="checkbox"/> Crohn hastalığı <input type="checkbox"/> Kolit <input type="checkbox"/> Reflü <input type="checkbox"/> Basur <input type="checkbox"/> Fisür / fistül <input type="checkbox"/> Bağırsak tıkanması <input type="checkbox"/> Pankreas hastalıkları / iltihapları <input type="checkbox"/> Yutak <input type="checkbox"/> Safra kesesi <input type="checkbox"/> Safra kesesinde taşlar. Başka bir sindirim sistemi hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:				



^dt33539

A Sigorta Adayının Kişisel Bilgileri

Bölüm B: Acaba size aşağıda belirtilen konulardan biriyle bağlantılı bir hastalık, olgu, bozukluk teşhisi kondu mu?		Hayır	Evet
8.	Karaciğer: <input type="checkbox"/> Sarılık <input type="checkbox"/> Hepatit B, C, D <input type="checkbox"/> Yağlı karaciğer <input type="checkbox"/> Siroz Başka bir karaciğer hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:		
9.	Fıtık (herni): Fıtığın yeri: Diyaframda / Göbekte / Sağ kasıkta / Sol kasıkta Fıtığın tedavisi için 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		
10.	Böbrekler ve İdrar Yolları: <input type="checkbox"/> Tekrar eden iltihaplar <input type="checkbox"/> Böbreklerde veya idrar yollarında taşlar <input type="checkbox"/> Böbreklerde kistler <input type="checkbox"/> İdrar yollarında kusurlar <input type="checkbox"/> Böbrek yetmezliği. Başka bir böbrek ve idrar yolları hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:		
11.	Eklem ve Kemikler: <input type="checkbox"/> Eklem iltihabı (artrit) <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Sırt / omurga <input type="checkbox"/> Eklem <input type="checkbox"/> Dizler Başka bir eklem ve kemik hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:		
12.	Cilt ve Zührevi Hastalıklar: <input type="checkbox"/> Cilt tümörleri <input type="checkbox"/> Cilt lezyonları <input type="checkbox"/> Sedef hastalığı <input type="checkbox"/> Zührevi hastalık <input type="checkbox"/> Frengi Başka bir cilt ve zührevi hastalık / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:		
13.	Kötücül tümörler / kötücül hastalıklar (kanser)		
14.	Kadınlar için: <input type="checkbox"/> Göğüsler (göğüs büyüme dâhil) <input type="checkbox"/> Jinekolojik sistem Başka bir kadın hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz: <input type="checkbox"/> Hamile misiniz? <input type="checkbox"/> Sezaryenle doğum yaptınız mı? Cevap "Evet" ise, ne zaman?		
15.	Erkekler için: <input type="checkbox"/> Prostat sorunları <input type="checkbox"/> Varikosel / Hidrosetel Başka bir erkek hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:		
16.	Ruh Hastalıkları: Psikolog, psikiyatr veya aile doktoru tarafından teşhis edilmiş bir ruh hastalığı.		
17.	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları: <input type="checkbox"/> Uyku apnesi sendromu <input type="checkbox"/> Burunda polip <input type="checkbox"/> Sinüzit Başka bir kulak burun boğaz hastalığı / sorunu <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet. Cevap "Evet" ise, belirtiniz:		

Ayrıntı verin:

B Sigorta Adayının Beyanı

- Tüm cevapların doğru, tam ve özgür irademle verilmiş olduğunu beyan ederim.
- Sağlık beyanında belirtilen cevaplar ve Sigortalayana teslim edilecek diğer her bilgi ve yine, bu konuda Sigortalayan nezdinde makbul olan koşullar, Sigortalayana aranızdaki sigorta sözleşmesinin esas nitelikli koşulları olarak görev yapacak ve onun ayrılmaz bir parçasını teşkil edecektir.
- Sigortalayan, Başvuruyu, kararına gerekçe göstermek zorunda olmaksızın kabul veya reddetmeye karar verebilir. 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 ödenmesine dair bu koşul, Sigortalayan sigorta primlerini tahsil etmesini mümkün kılacak bir ödeme aracını teslim aldıysa geçerli olmayacaktır.
- İşbu belgede yer alan bilgiler, poliçelere kabul edilebilmeniz 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, işlem den geçirmek, depolamak ve poliçelerle ilgili tüm meseleler 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 yapılabilecektir.
- Acaba herhangi bir sigorta şirketi sağlık sigortası teklifinizi hiç reddetti mi veya iptal etti mi?
 Hayır Evet. Eğer cevap "Evet" ise belirtiniz
- Tıbbi Gizlilikten Feragat:** Aşağıda imzası bulunan ben, poliçe doğrultusundaki hakların ve yükümlülüklerin açıklığa kavuşturulması için ve/veya istenen sigortaya kabul edilmem amacıyla gereken inceleme süreci için gerekli olduğu ölçüde olmak üzere, sağlık fonunun (kupa holim) ve/veya ona ait sağlık kurumlarının ve aynı şekilde diğer tüm doktorların ve/veya psikiyatrların, sağlık kurumlarının ve hastanelerin ve/veya tüm sigorta şirketlerinin ve/veya diğer tüm kurum ve mercilerin, Harel'e, sağlık durumum, geçmişte ve/veya şu anda mustarip olduğum ve/veya gelecekte mustarip olacağım 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 ve sizi tıbbi gizliliği koruma yükümlülüğünden azlediyorum ve "İstek Sahibi"ne karşı bu gizlilikten feragat ediyorum. İşbu feragat yazısı, mirasımı, yasal vekillerimi ve yerimi alacak herhangi birini yükümlü kılmaktadır.

İşbu Sağlık Beyan Formu, anladığı lisanda bir açıklama almasının ardından sigorta adayı tarafından imzalanmıştır.

Tarih: Sigorta Adayının İmzası: Şahidin İmzası:

C Kabul Koşullarının Onayı

Şayet şahsım hakkındaki sigortalama süreci çerçevesinde, istenen poliçenin çıkarılması için aşağıda belirtilen sigortalama koşullarına ihtiyaç olduğu anlaşılırsa, bunların, konuya göre benim için çıkarılacak olan poliçe çerçevesinde tespit edilmesini en baştan kabul ediyorum:
Şunlarla bağlantılı bir sigorta olayı sigorta kapsamında olmayacaktır:

.....

Tarih	İsim	Pasaport No.	İmza
-------	------	--------------	------