

以色列外籍人士醫療保險健康聲明

此《健康聲明》應與附加的《保險申請書》一同使用，二者為不可分割的整體。

此表格適用於男性和女性。

請確保您準確、完整地填寫此表格。

2025 年六月版

致

Harel 保險有限公司 – 外籍員工/旅客保險部

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

A 保險申請人詳細資料

護照號碼	姓氏	名字	出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
在本健康聲明中，您應該在相應答案欄中標註「✓」來回答以下問題。如果任何問題的答案是「是」，則必須附上主治醫生的最新證明，證明內容應包括所述問題的處理情況、測試結果、治療方法及當前狀況。						
A 部分：一般問題				是	否	
1.	身高（厘米）：	體重（公斤）：				
2.	<input type="checkbox"/> 您是否使用過或正在使用毒品？ <input type="checkbox"/> 您是否定期飲酒或飲用含酒精飲品？若有，請註明飲用量：每天 _____ 杯。					
3.	在過去的10年中，您是否有被建議進行以下任何檢查（除常規健康檢查外），但尚未完成檢查或未獲得最終診斷結果？例如：慢性疾病、心導管檢查、骨骼掃描、心臟超音波、磁共振成像（MRI）、電腦斷層掃描（CT）、超音波檢查（不包括常規產前檢查）、活檢、隱血檢查、大腸鏡檢查或胃鏡檢查、自體免疫性疾病（包括紅斑狼瘡）等。（若答案為「是」，請附上主治醫生的證明，說明進行該檢查的原因、檢查結果及最終診斷。）					
4.	您現在，或在過去 10 年中，是否曾計劃進行手術或器官移植？ 請詳細說明：					
5.	在過去 10 年中，您是否曾住院？請詳細說明住院原因和您接受的治療。					
6.	在過去 10 年中，您是否曾經定期服用藥物，或曾獲得建議定期服藥？請詳細說明您正在接受治療或曾經治療的問題、所使用的治療方法，以及您已服用該藥物的時間。					
7.	您是否被診斷出患有任何過敏症？ 請詳細說明：					
B 部分：您是否被診斷出患有以下任何與以下一項或多項問題相關的疾病、綜合症或障礙？						
1.	<input type="checkbox"/> 神經系統 <input type="checkbox"/> 腦血管意外（中風） <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 多發性硬化症 <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症或其他萎縮性疾病 <input type="checkbox"/> 反復頭暈 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 平衡障礙 <input type="checkbox"/> 昏厥 <input type="checkbox"/> 阿茲海默症 <input type="checkbox"/> 顫抖 <input type="checkbox"/> 智力障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 唐氏綜合症 <input type="checkbox"/> 腦癱 <input type="checkbox"/> 小兒麻痺（嬰兒麻痺） <input type="checkbox"/> 高切爾病 <input type="checkbox"/> 感覺喪失（麻木） <input type="checkbox"/> 注意力缺陷障礙 <input type="checkbox"/> 偏頭痛 <input type="checkbox"/> 您是否因記憶力下降（癡呆）向醫生求診 <input type="checkbox"/> 愛滋病（AIDS） <input type="checkbox"/> HIV 帶原者 <input type="checkbox"/> 紅斑狼瘡 如果上述一個或多個問題的答案為「是」，請附上主治神經科醫生的最新證明信。					
2.	眼睛和視力： <input type="checkbox"/> 白內障 <input type="checkbox"/> 視網膜和角膜問題 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 眼睛發炎 <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> 失明 其他眼疾/問題： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：					
3.	心臟： <input type="checkbox"/> 心律失常 <input type="checkbox"/> 心臟疾病 <input type="checkbox"/> 心臟衰竭 <input type="checkbox"/> 心臟病發作 <input type="checkbox"/> 先天性心臟缺陷 <input type="checkbox"/> 心導管 <input type="checkbox"/> 心臟瓣膜疾病 其他心臟疾病/問題： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：					
4.	血管： <input type="checkbox"/> 靜脈曲張（腿部靜脈） <input type="checkbox"/> 頸動脈（頸部動脈） <input type="checkbox"/> 凝血障礙 <input type="checkbox"/> 血液疾病 DVT（深靜脈血栓） <input type="checkbox"/> PVD（外周血管病） 其他血管疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：					



A 保險申請人詳細資料

B 部分：您是否被診斷出患有以下任何一項或多項問題相關的疾病、綜合症或障礙？		是	否
5.	代謝疾病： <input type="checkbox"/> 甲狀腺 <input type="checkbox"/> 淋巴結 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 汗腺 <input type="checkbox"/> 垂體腺 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 高血脂/膽固醇過高 其他代謝疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
6.	呼吸系統： <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 復發性呼吸道感染和呼吸困難 <input type="checkbox"/> 氣胸（肺萎陷） <input type="checkbox"/> 囊性纖維化 其他呼吸系統疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
7.	消化系統： <input type="checkbox"/> 潰瘍（十二指腸/胃潰瘍） <input type="checkbox"/> 胃灼熱 <input type="checkbox"/> 克羅恩病 <input type="checkbox"/> 結腸炎 <input type="checkbox"/> 反流 <input type="checkbox"/> 痔瘡 <input type="checkbox"/> 裂隙/瘻管 <input type="checkbox"/> 腸梗阻 <input type="checkbox"/> 胰臟疾病/感染 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 膽囊 <input type="checkbox"/> 膽囊結石 其他消化系統疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
8.	肝臟： <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 乙型、丙型、丁型肝炎 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 肝硬化 其他消化系統疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
9.	疝氣： 疝氣位置：在橫膈膜/在肚臍/在右側腹股溝/在左側腹股溝 您是否曾接受過手術來治療疝氣？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是的，什麼時候（日期）？ 問題解決了嗎？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是		
10.	腎臟和泌尿道： <input type="checkbox"/> 復發性感染 <input type="checkbox"/> 腎結石和泌尿結石 <input type="checkbox"/> 腎囊腫 <input type="checkbox"/> 泌尿道異常 <input type="checkbox"/> 腎衰竭 其他腎臟和泌尿道疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
11.	關節和骨骼： <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 背部/脊椎 <input type="checkbox"/> 關節 <input type="checkbox"/> 膝蓋 其他關節和骨骼疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
12.	皮膚病和性疾病： <input type="checkbox"/> 皮膚腫瘤 <input type="checkbox"/> 皮膚病變 <input type="checkbox"/> 乾癬 <input type="checkbox"/> 性傳播疾病 <input type="checkbox"/> 梅毒 其他皮膚病和性疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		
13.	惡性腫瘤/疾病（癌症）。		
14.	對於女性： <input type="checkbox"/> 乳房（包括乳房增大） <input type="checkbox"/> 婦科系統，疾病/其他女性問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明： <input type="checkbox"/> 您現在是否懷孕？ <input type="checkbox"/> 您是否經過剖腹產？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是的，若勾選「是」，請註明何時（日期）：		
15.	對於男性： <input type="checkbox"/> 前列腺問題 <input type="checkbox"/> 靜脈曲張/陰囊積水 其他男性疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是的，若勾選「是」，請註明：		
16.	精神疾病： 由心理學家，精神科醫生或家庭醫生診斷的精神疾病。		
17.	耳鼻喉疾病： <input type="checkbox"/> 睡眠呼吸暫停綜合症 <input type="checkbox"/> 鼻息肉 <input type="checkbox"/> 鼻竇炎 其他耳鼻喉疾病/問題 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：		

請提供詳細資料：

B 先前保單詳情

您是否曾在 Harel 或任何其他保險公司投保？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若勾選「是」，請註明保險公司名稱和保單編號/醫療保健提供者會員編號：					
保險期	從	至	公司名稱	保單編號	會員編號

C 代理人授權書

本人特此授權本人的保單保險代理人，即.....先生/女士，以本人的名義代為處理與本保單相關的任何事宜，包括但不限於保單納入程序、核保程序、保單續保或保單期限延長、提出索賠、保單變更以及其他與保單相關的行動等。此授權包括向「Harel」提交所有與上述事項相關的信函及/或文件，以及接收來自「Harel」的相關信函及/或文件。本人在此同意保險代理人作為本人的委託人，處理與本保單相關的所有事宜，並授權其在任何與保單相關的行動中，向保險機構提供所有所需的詳細資料，包括本人在 Harel 所投保的其他保單資料，這些保單不一定是由本授權書中所指定的代理人負責的保單。

.....
 日期 姓名 受保人簽名

請知悉，在任何情況下，與索賠相關的信函和/或文件的副本將會寄送給您保單的保險代理人。

D 保險申請人聲明

1.	<p>本人，即下方簽署人，謹此向 Harel Insurance Company Ltd. (以下簡稱：「保險公司/公司/Harel」) 申請根據本投保申請所述詳細內容為本人投保。</p> <p>(a) 儘管法律並未要求提供本文件中部分資料，但這些資料對於將您納入保單及處理相關事宜至關重要。這些資料將由保險公司和 Harel 集團的其他公司 (如 Harel 保險投資及金融服務有限公司及其子公司) 收集、維護并處理，並且將由為其運營的第三方或代表其運營的第三方使用，目的為處理保險業務及其他合法用途，包括精算計算。更多詳情請參閱保險公司網站上的隱私政策。</p> <p>(b) 本人特此聲明，所有答案都是正確和完整的，並由本人自願提供。</p> <p>(c) 健康聲明中所列答案以及提供給保險公司的任何其他資料，連同保險公司在此事宜中的常規條款，均作為您與本公司之間保險合約的基本條款，並構成其不可或缺的一部分。</p>		
2.	<p>身故受益人</p> <p>您可以使用「身故情況下受益人變更/更新申請表」指定受益人。若未指定受益人，則會根據法律規定將金額支付給法定繼承人，按照繼承或遺囑認證順序分配。</p>		
3.	<p>加入程序：公司有權決定是否接受或拒絕投保申請。敬請注意，只有在保險公司發出書面確認，表明接受投保申請人後，保險合同才會生效。如果進一步的處理需要澄清條款、核保和接受投保，則保單不會為投保候選人簽發，並且在完成投保候選人的手續後才會生效。</p>		
4.	<p>(a) 本人授權本保單的保險代理人 (其詳細資料見本投保申請開頭) 以本人名義代為向 Harel 公司提交並接收所有與核保過程及加入本保單過程相關的通知及/或文件。</p> <p>(b) 本人同意，由本投保申請開頭所列之保險代理人，將所請求的保險計劃保單交付予本人。</p> <p>(c) 如果您希望直接收到保單和/或有關核保過程及加入保單過程中的資訊，您可隨時聯絡 Harel，致電 Harel (2735)。</p>		
5.	<p>本人特此確認，本人已收到有關保險的基本資料，其中至少包括承保範圍的主要內容、保險費、保險期限、主要保險金額和主要責任限制的說明，並且了解本人有權獲得關於這些資訊的完整詳情。</p>		
6.	<p>同意使用資訊和接收廣告材料</p>	否	是
	<p>(a) 除了法律或協議的要求之外，您是否同意，將本文件中包含的資訊，以及 Harel 集團 (包括 Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd.) 其他公司已經或將會擁有的關於您的其他資訊，交由 Harel 集團及/或其代表使用，包括但不限於以下用途：處理與 Harel 集團內公司其他產品與服務 (如保險、長期儲蓄和金融服務) 相關的事宜，並進行行銷活動，包括允許上述公司通知您有關產品和服務的資訊；同時用於處理您所持有的其他保單及/或保險產品、長期儲蓄和融資，進行資訊處理與儲存，並用於完成上述目的所需的其他用途，以及其他相關合法目的，包括將資料合法轉交給代表 Harel 集團並以其名義行事的第三方。</p>		
	<p>(b) 我們特此通知您，您可能從本保險公司或其他已收到您資料的 Harel 集團公司 (前提是您同意提供資料給他們) 收到有關公司及/或 Harel 集團其他公司產品與服務的行銷要約及廣告資料，這些資料將透過傳真、電子郵件、自動撥號系統或簡訊 (SMS) 等方式發送。</p> <p>我們特此通知您，您可能從本保險公司或其他已收到您資料的 Harel 集團公司 (前提是您同意提供資料給他們) 收到有關公司及/或 Harel 集團其他公司產品與服務的行銷要約及廣告資料，這些資料將透過傳真、電子郵件、自動撥號系統或簡訊 (SMS) 等方式發送。如果您不同意接收上述行銷要約及廣告資料，您可隨時使用「拒絕廣告及行銷要約表格」通知我們您的拒絕，或變更先前的選擇，該表格可於公司網站 www.hrl.co.il/pirsum 取得，或者您可以書面形式聯絡我們，地址如下：Harel Building, Health Division, Personal Overseas and Foreign Resident Health Division, 3 Aba Hillel, POB 10951, Ramat Gan 5252202，或致電：03-7547777。</p> <p>關於 Harel 集團機構隱私政策的更多資訊，請參閱集團網站：www.harel-group.co.il</p>		
7.	<p>是否曾有保險公司拒絕或取消您的健康保險申請？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是的，若勾選「是」，請註明： тавсифланг:</p>		
8.	<p>醫療保密豁免：本人，即下方簽署人，特此授權健康維護組織 (HMO) 及/或其醫療機構，所有醫生及/或精神科醫生，醫療機構及其他醫院，和/或任何保險公司及/或其他機構和實體，在必要的範圍內，為了闡明本保險單的權利和義務，和/或為審核我是否符合保險要求，將我的健康狀況、過去、現在或將來可能患有的任何疾病的資訊，包括所有由機構所持有的任何資訊及詳細資料，提交給 Harel 公司，無一例外，並以請求方所要求的格式提供。我特此免除您的醫療保密義務，並豁免這項保密責任，以便「請求方」使用。此書面豁免聲明對我的法定遺產、法定代理人以及任何代替我處理事務的人均具有約束力。</p>		

保險申請人在簽署《健康狀況聲明表》之前，已經收到了關於表格內容的解釋，並且這些解釋是以其流利的語言進行的。

日期

保險申請人簽名

見證人簽名