

《以色列外籍工人医疗保险健康声明》

根据上述保险提案，该提案构成声明不可分割的一部分。



05/2020 Edition

Harel保险公司，外国工人/游客保险部

拉马特甘市阿巴·希尔勒街道3号; 邮政编码521180; 邮政信箱 1951; 传真：7348083-03; 电子邮箱：fax7930@harel-ins.co.il

A 被保险人信息

| | | | | | |
|--|--|---|------|---|----------|
| 护照号码 | 姓 | 名 | 出生日期 | 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 为了方便起见，这些问题都是用男性写的，但涉及到男女。如果答案是“是”，请在相应栏中勾选✓，并在此处提供详细信息。 | | | | | |
| 第一部分：一般性问题 | | | | 不 | 是 |
| 1. | 高度（厘米）：..... 体重（kg）：..... | | | | |
| 2. | <input type="checkbox"/> 你是吸毒还是戒毒？ <input type="checkbox"/> 你经常喝或喝含酒精的饮料吗？列出每天的消耗量、..... 杯数：..... | | | | |
| 3. | 在过去的10年中，你是否接受过下列检查（不作为常规检查的一部分），并且还没有明确的诊断，例如：慢性病、导尿、标测、回声心脏，CT、MR、超声波（不属于常规妊娠监测的一部分）、隐血、结肠镜或胃镜检查、包括狼疮在内的自身免疫性疾病（因此，必须从主治医师处获得与检查原因、检查结果和最终诊断相关的证明）。 | | | | |
| 4. | 在过去的10年里，你是否接受过或将要接受手术或移植？请具体说明：..... | | | | |
| 5. | 你是否在过去10年里住院？请详细说明你住院治疗的原因。 | | | | |
| 6. | 在过去的10年里，你是否一直在服用或被建议定期服用药物？请详细说明你在治疗什么问题，治疗方法是什么，你服用这种药多久了？ | | | | |
| 7. | 你是否被诊断出过敏？请详细说明：..... | | | | |
| 第二部分：你是否被诊断出与下列一种或多种疾病有关的疾病、现象或紊乱： | | | | | |
| 1. | <input type="checkbox"/> 神经系统 <input type="checkbox"/> 脑事件 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 多发性硬化 <input type="checkbox"/> 肌营养不良或其他退行性疾病 <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 反复头晕 <input type="checkbox"/> 平衡障碍 <input type="checkbox"/> 昏厥 <input type="checkbox"/> 帕金森氏症 <input type="checkbox"/> 阿尔茨海默氏症 <input type="checkbox"/> 震颤 <input type="checkbox"/> 智力低下 <input type="checkbox"/> 自闭症 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 小儿麻痹症 <input type="checkbox"/> 感觉丧失 <input type="checkbox"/> 注意力缺陷多动障碍 <input type="checkbox"/> 偏头痛 <input type="checkbox"/> 你有没有向医生咨询过与记忆障碍（痴呆）有关的投诉？ <input type="checkbox"/> 艾滋病 <input type="checkbox"/> 病毒携带者 <input type="checkbox"/> 狼疮 如果一个或多个问题的答案是肯定的，请附上主治神经科医生的最新信件。 | | | | |
| 2. | 眼睛和视力： <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 视网膜和角膜问题 <input type="checkbox"/> 青光眼 <input type="checkbox"/> 眼睛感染 <input type="checkbox"/> 斜视 <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 疾病/其他眼睛问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：..... | | | | |
| 3. | 心脏： <input type="checkbox"/> 心律失常 <input type="checkbox"/> 心脏病 <input type="checkbox"/> 心力衰竭 <input type="checkbox"/> 心脏病发作 <input type="checkbox"/> 先天性心力衰竭 <input type="checkbox"/> 心导管术 <input type="checkbox"/> 心脏病或其他心脏病 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：..... | | | | |
| 4. | 血管疾病： <input type="checkbox"/> 静脉曲张（颈动脉 <input type="checkbox"/> 颈动脉（颈动脉 <input type="checkbox"/> 凝血障碍 <input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 血液病 <input type="checkbox"/> DVT（血栓形成） <input type="checkbox"/> PVD（周围血管疾病） <input type="checkbox"/> 疾病/其他血管问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：..... | | | | |
| 5. | 代谢性疾病： <input type="checkbox"/> 保护性腺体（甲状腺） <input type="checkbox"/> 淋巴腺 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 汗腺 <input type="checkbox"/> 脑下垂体 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 高脂肪/胆固醇 <input type="checkbox"/> 疾病/其他代谢问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：..... | | | | |
| 6. | 呼吸系统： <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 肺结核 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 花粉热 <input type="checkbox"/> 反复呼吸道感染 <input type="checkbox"/> 气胸 <input type="checkbox"/> 囊性纤维化 <input type="checkbox"/> 疾病/其他呼吸系统问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：..... | | | | |
| 7. | 胃肠道： <input type="checkbox"/> 胃/溃疡溃疡 <input type="checkbox"/> 胃灼热 <input type="checkbox"/> 克罗恩病 <input type="checkbox"/> 结肠炎 <input type="checkbox"/> 反流 <input type="checkbox"/> 痔疮 <input type="checkbox"/> 消化不良/瘦 <input type="checkbox"/> 肠梗阻 <input type="checkbox"/> 胰腺疾病/炎症 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胆囊 <input type="checkbox"/> 胆囊结石 <input type="checkbox"/> 疾病/其他消化系统问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：..... | | | | |
| 8. | 肝脏： <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 肝硬化、疾病/其他肝脏问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明：..... | | | | |
| 9. | 疝气： 疝气位置：膈肌/肚脐/右腹股沟/左腹股沟 你是否做过疝气治疗？ <input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 是，什么时候？（日期）：..... 这个问题是否解决？ <input type="checkbox"/> 不 <input type="checkbox"/> 是 | | | | |

StudioHarel 28718.22 05/2020



A 被保险人信息

| 第二部分：你是否被诊断出与下列一种或多种疾病有关的疾病、现象或紊乱： | | 不 | 是 |
|------------------------------------|--|---|---|
| 10. | 胃肠道： <input type="checkbox"/> 胃/溃疡溃疡 <input type="checkbox"/> 胃灼热 <input type="checkbox"/> 克罗恩病 <input type="checkbox"/> 结肠炎 <input type="checkbox"/> 反流 <input type="checkbox"/> 痔疮 <input type="checkbox"/> 消化不良/瘦 <input type="checkbox"/> 肠梗阻 <input type="checkbox"/> 胰腺疾病/炎症 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胆囊 <input type="checkbox"/> 胆囊结石 <input type="checkbox"/> 疾病/其他消化系统问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明: | | |
| 11. | 关节和骨骼： <input type="checkbox"/> 关节炎（关节炎） <input type="checkbox"/> 痛风 <input type="checkbox"/> 背部/脊椎 <input type="checkbox"/> 关节 <input type="checkbox"/> 膝盖 <input type="checkbox"/> 疾病/关节问题和其他骨骼 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明: | | |
| 12. | 皮肤和性疾病： <input type="checkbox"/> 皮肤肿瘤 <input type="checkbox"/> 皮肤缺损 <input type="checkbox"/> 牛皮癣 <input type="checkbox"/> 性疾病 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 疾病/皮肤和其他性问题 | | |
| 13. | 恶性肿瘤/恶性疾病（癌症）。 | | |
| 14. | 女性： <input type="checkbox"/> 乳房（包括乳房增大） <input type="checkbox"/> 妇科系统、疾病/其他女性问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明: <input type="checkbox"/> 你是否怀孕？ <input type="checkbox"/> 你是否做过剖腹产？如果是，什么时候 | | |
| 15. | 男性： <input type="checkbox"/> 前列腺问题 <input type="checkbox"/> 精索静脉曲张/鞘膜积液 <input type="checkbox"/> 疾病/其他男性问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明: | | |
| 16. | 精神疾病： 由心理学家、精神病医生或家庭医生诊断的精神疾病 | | |
| 17. | 咽喉炎： <input type="checkbox"/> 睡眠呼吸暂停 <input type="checkbox"/> 鼻息肉 <input type="checkbox"/> 鼻窦炎 <input type="checkbox"/> 疾病/其他咽喉耳问题 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，请具体说明: | | |

请具体说明:

.....

.....

B 投保人声明

- 本人谨此声明，所有回答均属正确，完整且为本人自愿作答。
- 健康声明中所列的回答和向保险公司提供的任何其他信息，以及保险公司就此接受的条款和条件，将作为您与保险公司之间的保险合同的基本条件，并构成该合同不可分割的一部分。
- 保险公司有权决定是否接受或拒绝保险合约，而不必说明其决定的理由。请注意，保险合同只有在保险公司出具被保险人已收到保险的书面确认书，并在首期保险费全部付清后才生效。如果保险公司已收到一份可以收取保险费的同意支付表格，则投保人不适用全额支付保险费的条件。
- 本文件中包含的信息对于加入保单以及与保单相关的任何其他事项和处理保单都是必要的。本公司和“Harel”集团中的其他公司（“Harel”保险）和金融服务有限公司及其子公司）和/或代表他们的任何人将可以使用该信息，包括其处理，存储和用于与其他合法政策和目的有关的任何事项，甚至可以通过向代表“Harel”集团运营的第三方转让信息。
- 是否曾有保险公司拒绝或取消你的健康保险？否/是，请解释：
- 我，以下签名人，特此准许健康管理组织(HMO)和/或其医疗机构，以及所有内科医生和/或精神病医生以及医疗保密豁免机构拥有：医疗机构和其他医院，和/或任何保险公司和/或任何其他机构和实体有必要澄清保单下的权利和义务，和/或为获得要求向Harel提供的保险而进行的检查的目的，包括本公司提供的任何信息以及任何未完成的信息，并以投保人要求的形式提供，这些信息涉及我以前患过的任何疾病和/或我现在仍患有的疾病和/或我将来可能患有的任何疾病所导致的对健康状况的影响，并且我免除贵方对医疗诊断保密的义务，并将此“投保人”持有的信息保密权 放弃。这份免责声明需要我的合法财产和权力为证，以及所有能代表我的代理人的认可。

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 _____

C 接受条款的同意书

本人事先同意，当本人在承保过程中若须获得所要求的保单，便须同意下列承保条款，所有条款将在保单中明确列出，且保单政策将视乎实际情况为本人定制。

保险将不包括与以下情况有关的实例：

.....

| 日期 | 姓名 | 护照号码 | 签名 |
|----|----|------|----|
| | | | |