

การชี้แจงเรื่องสุขภาพสำหรับประกันทางการแพทย์

- สำหรับชาวต่างชาติในอิสราเอล

(อยู่ภายใต้บังคับประกันที่แนบมาที่ให้บริการเป็นส่วนทั้งหมดของการชี้แจงเรื่องสุขภาพครั้งนี้)

เลขที่ประกัน

ข้อมูลประกันของผู้สมัคร

เลขที่หนังสือเดินทาง

ชื่อ

ชื่อสกุล วันเดือนปีเกิด

เพศ

ชาย หญิง

เพื่อความสะดวก ทุกคำถามได้ถูกกำหนดให้เป็นเพศชายแต่หมายถึงทั้งสองเพศ คุณควรทำเครื่องหมายกากบาท X ในแถวที่ถูกต้อง ในกรณีที่คุณตอบ “ใช่” กรุณาระบุในตำแหน่งที่กำหนด

A	คำถามทั่วไป	ใช่	ไม่ใช่			คุณเคยเจ็บป่วยจากโรคที่ระบุด้านล่าง หรือได้รับผลกระทบหรือไม่		ใช่	ไม่ใช่
						1			
	ขณะนี้คุณเจ็บป่วยหรือเคยป่วยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาจากโรคใดๆหรือไม่ ให้ระบุโรคและเมื่อไหร่ที่คุณเจ็บป่วย					1	โรคระบบประสาท โรคสมอง โรคอัมพาต สลบ โรคลมบ้าหมู มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว โรคทางจิต ให้ระบุ		
	ขณะนี้คุณได้รับการรักษาหรือเคยได้รับในช่วงที่ผ่านมาหรือไม่ ให้ระบุการรักษา					2	โรคเกี่ยวกับการหายใจ โรคหืด วัณโรค ปอดอักเสบเรื้อรัง การไอเป็นเลือด COPD โพรงเชื้อหุ้มปอดมีอากาศหรือก๊าซขังอยู่ ให้ระบุ		
	คุณเคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานทางแพทย์หรือไม่ ให้ระบุเมื่อไหร่ สาเหตุการรักษาและการรักษาที่ได้รับ					3	โรคใดๆที่เกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง ให้ระบุ		
	คุณดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่					4	โรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้และการย่อย โรคตับ โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี เนื้องอก ริดสีดวงทวาร ให้ระบุ		
	ขณะนี้คุณใช้ยาหรือเคยใช้ในช่วงที่ผ่านมาหรือไม่					5	โรคเกี่ยวกับไตและทางเดินท่อปัสสาวะ โรคเกี่ยวกับกระบวนการแยกส่วนต่างๆ ให้ระบุ		

F	คุณเคยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจทางการแพทย์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ ให้ระบุสาเหตุ วันที่และผลการตรวจ (โดยเฉพาะผลที่แตกต่างจากปกติ)			6	โรคกระดูก ข้อต่อ ปวดหลังและคอ ให้ระบุ		
G	คุณเคยประสบอุบัติเหตุบนท้องถนนหรือเคยได้รับการผ่าตัดหรือไม่ ให้ระบุเมื่อไหร่และสิ่งที่เป็นสาระสำคัญของอุบัติเหตุหรือการศัลยกรรม			7	โรคเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ เบาหวาน ไทรอยด์ ไขมันในเลือดสูง โรคเลือดจับตัวเป็นก้อน โรคเลือดจาง ให้ระบุ		
H	คุณเคยเป็นโรคเรื้อรัง ใด หรือซ่อนอยู่ภายในหรือไม่ ให้ระบุโรค			8	มะเร็ง (โรคที่ร้ายแรงถึงชีวิต) โรคที่ทำให้เสื่อมโทรมลงเรื้อรัง ให้ระบุ		
I	คุณเคยได้รับการวินิจฉัยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือไม่ (โดยเฉพาะกลุ่มโรคผิวหนังใดๆที่มีบาดแผลหรือรอยแผล) ให้ระบุ			9	โรคผิวหนัง กามโรค: โรคซิฟิลิส เอคส์ รอยโรคของเนื้อเยื่อที่รักษาไม่หาย โรคทุกชนิดที่เกี่ยวกับการเป็นเม็ดพุพองของผิวหนัง ทุกชนิดของเนื้องอก ให้ระบุ		
J	คุณเคยแสดงการรักษาทางการแพทย์ใดๆรวมทั้งการศัลยกรรมหรือการเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาลต่อการสมัครหรือไม่ ให้ระบุ			10	โรคตา โรคหู รวมทั้งการได้ยินบกพร่อง โรคลำคอและจมูก การศัลยกรรมพลาสติก ให้ระบุ		
K	ขณะนี้คุณเจ็บป่วยหรือเคยเจ็บป่วยในช่วงที่ผ่านมาจากโรคติดต่อหรือไม่ ให้ระบุ			11	คุณรู้ว่าติดเชื้อ HIV หรือตับอักเสบบั่นตับดีและหรือไวรัส ให้ระบุ		
L	ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยน้ำหนักลดถึงหรือมากกว่า 6 กิโลกรัมหรือไม่ ให้ระบุ			12	เฉพาะผู้หญิงเท่านั้น A. ขณะนี้คุณตั้งครรภ์หรือไม่		
M	คุณเจ็บป่วยจากความอ่อนเพลียเรื้อรังหรือไม่ ให้ระบุ				B. โรคเฉพาะสตรีทางระบบสืบพันธุ์:		

N	คุณตระหนักเรื่องความเจ็บป่วยเกี่ยวกับสุขภาพ (รวมทั้งความบกพร่องแต่กำเนิด) ที่ไม่ได้บอกในการชี้แจงนี้หรือไม่ ให้ระบุ				การปวดประจำเดือน ภาวะแพ้ปีศาจ การเสียเลือด โรคเกี่ยวกับเต้านม รวมทั้งการแข็งของเต้านม มดลูก รังไข่ การตรวจหาเนื้องอกที่เกี่ยวกับมะเร็ง การถ่ายภาพเอ็กซเรย์ ของต่อมน้ำนม ให้ระบุ		
---	---	--	--	--	--	--	--

ระบุการคำตอบที่เชิงสร้างสรรค์ต่อคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ: _____

ข้าพเจ้าได้แจ้งในที่นี้ว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แสดงในการประกาศเรื่องสุขภาพนี้ถูกต้องและสมบูรณ์

ถ้าหากพบว่าข้อมูลดังกล่าวที่ข้าพเจ้าได้แสดงไม่สมบูรณ์หรือไม่ถูกต้อง บริษัท **Harel**

จะไม่มีส่วนในความรับผิดชอบหรือความรับผิดชอบกับการกล่าวอ้างของข้าพเจ้า ตามกฎหมายสัญญาประกัน

ผู้ละเว้นการไม่เปิดเผยเกี่ยวกับการแพทย์: ข้าพเจ้า ผู้ลงชื่อข้างใต้

ยินยอมในที่นี้ต่อสิทธิกองทุนการเจ็บป่วยและ/หรือสถาบันทางการแพทย์ เช่นเดียวกับหมอทุกท่าน

สถาบันทางการแพทย์ทุกแห่งหรือโรงพยาบาลที่อื่นๆ และ/หรือกับบริษัทประกัน

และ/หรือสถาบันหรือองค์กรที่ถ่ายโอนถึงบริษัทประกัน **Harel** จำกัด — ซึ่งต่อจากนี้คือ "ผู้ยื่นคำร้อง" —

ในวิธีการที่สั่งการโดยผู้ยื่นคำร้อง ข้อมูลทุกอย่าง (ไม่มีข้อยกเว้น) เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขสุขภาพของข้าพเจ้า

และ/หรือโรคใดๆที่เคยเจ็บป่วยในอดีตและ/หรือเจ็บป่วยในปัจจุบันและ/หรืออาจจะเจ็บป่วยในอนาคต

และข้าพเจ้าได้ละเว้นจากข้อบังคับของการรักษาข้อมูลความลับทางการแพทย์และข้าพเจ้าได้ละเว้นจากการไม่เปิดเผย

ดังกล่าวกับการกล่าวอ้างถึงผู้ยื่นคำร้อง ผู้ละเว้น ได้มีผลบังคับกับข้าพเจ้า

ทายาทโดยธรรมของข้าพเจ้าและผู้แทนที่ได้รับมอบอำนาจและบุคคลใดๆให้กระทำแทนข้าพเจ้า

การชี้แจงการประกันของผู้สมัคร

1. ข้าพเจ้าได้แจ้ง ตกลง และกระทำในที่นี้ดังต่อไปนี้ :

(1) ทุกคำตอบถูกต้อง สมบูรณ์และได้ให้ด้วยเจตนาที่ดี;

(2) ทุกคำตอบที่ให้ในการชี้แจงเรื่องสุขภาพและข้อมูลทุกอย่างที่ถ่ายโอน ไปถึงบริษัทประกัน เช่นเดียวกับเงื่อนไขของบริษัทประกันที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้จะเป็นเงื่อนไขที่สำคัญของข้อตกลงประกันที่จะประกอบด้วยข้าพเจ้าและบริษัทประกันและจะเป็นองค์ประกอบหมดทุกส่วน

(3) บริษัทประกันมีสิทธิ์ที่จะขอรับการประกันที่ให้หรือปฏิเสธ

โดยไม่ถูกบังคับให้ต้องชี้แจงการตัดสินใจ

ข้าพเจ้ารับรู้ว่าสัญญาประกันมีการผลบังคับเฉพาะหลังจากบริษัทประกันแสดงการยืนยันการยินยอม

ของผู้สมัครประกันและหลังจากมีการจ่ายเต็มจำนวนเบี้ยประกันแรก

2.

คำตอบและ/หรือข้อมูลที่ฉันได้ส่งต่อถึงบริษัทประกันจะถูกรักษาในข้อมูลธนาคารตามกฎหมายการต่อสู้อันตรายของเอกชนปี 1981 และถูกใช้เฉพาะกับวัตถุประสงค์การประกันเท่านั้น

3.

ข้าพเจ้ารับรู้ว่า:

ตามกรมธรรม์ประกันนี้ บริษัทได้พ้นจากข้อบังคับในการให้บริการในเรื่องเกี่ยวกับความพิการโรคที่เป็นโดยกำเนิด รวมทั้งโรคซึ่งเป็นกรรมพันธุ์

และ/หรือเรื่องของคุณภาพและ/หรือผลกระทบทางเกี่ยวกับการแพทย์และ/หรือโรค—

ทั้งหลังจากการรักษาหรือการไม่ได้รับการรักษา— และ/หรือผลที่เกิดขึ้นภายหลัง

(ทั้งทางตรงและทางอ้อม)

ที่ได้รับผลกระทบและ/หรือทำให้ร้ายแรงยิ่งขึ้นเนื่องจากเรื่องสุขภาพดังกล่าวที่ได้แสดงออกก่อนที่ประกันจะเริ่มมีผลและอยู่ภายใต้บังคับกับเงื่อนไขประกันที่ระบุไว้ในแผนที่ได้เลือกในแบบฟอร์มให้ประกัน

4.

ข้าพเจ้าได้แจ้งในที่นี้ว่า ไม่มีบริษัทประกันที่ปฏิเสธการเสนอประกันสุขภาพของข้าพเจ้า

ได้กรอกเฉพาะเพื่อกรมธรรม์ประกันการอยู่อย่างปลอดภัย \ กรมธรรม์ประกันการอยู่อย่างปลอดภัย \ การอยู่อย่างปลอดภัย + ประเภท

การแจ้งผู้ถือกรมธรรม์ประกัน: ข้าพเจ้าได้รับทราบเป็นอย่างดีว่าทุกสิ่งที่แจ้งโดยผู้สมัครประกันเป็นจริง

และผู้สมัครประกันไม่มีความวิตกในเรื่องความพิการ โรคที่เป็นมาแต่กำเนิด รวมทั้งโรคที่เป็นกรรมพันธุ์

และ/หรือเรื่องของคุณภาพและ/หรือผลกระทบทางเกี่ยวกับการแพทย์และ/หรือโรค—

ทั้งหลังจากการรักษาหรือการไม่ได้รับการรักษา— และ/หรือผลที่เกิดขึ้นภายหลัง (ทั้งทางตรงและทางอ้อม)

ที่ได้รับผลกระทบและ/หรือทำให้ร้ายแรงยิ่งขึ้นเนื่องจากเรื่องสุขภาพดังกล่าวที่ได้แสดงออกก่อนที่ประกันจะเริ่ม

มีผลและ/หรือข้อมูลที่ควรนำมาแจ้งกับบริษัทประกัน ไม่ได้ถูกนำมาแสดงต่อกรมธรรม์ประกันผู้ทำประกันที่ได้รับ

บการคุ้มครอง

ชื่อ

วันที่

ลายมือชื่อนายจ้างและตราประทับ

*

ผู้สมัครประกันได้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้หลังจากได้รับการอธิบายเรื่องเนื้อความในภาษาที่ผู้สมัครประกันเข้าใจ

วันที่

ลายมือชื่อของผู้สมัครประกัน

ลายมือชื่อของพยาน