

B Sigorta adayının beyanı

1. Tüm cevapların doğru, tam ve özgür irademle verilmiş olduğunu beyan ederim.
2. Sağlık beyanında belirtilen cevaplar ve sigortalayana teslim edilecek diğer her bilgi ve yine, bu konuda sigortalayan nezdinde makbul olan koşullar, sigortalayanla aranızdaki sigorta sözleşmesinin esas nitelikli koşulları olarak görev yapacak ve onun ayrılmaz bir parçasını teşkil edecektir.
3. Teklifi kararına gerekçe göstermekle yükümlü olmaksızın kabul veya reddetmeye karar verme yetkisi sigortalayanın elindedir. 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 ödenmesi şeklindeki bu koşul, sigorta primlerinin tahsil edilebileceği bir ödeme aracı sigortalayan tarafından teslim alındıysa geçerli olmayacaktır.
4. İşbu belgede yer alan bilgiler, poliçeye katılabilmeniz 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, işlemde geçirmek, depolamak ve poliçelerle ilgili tüm konular 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.
5. Acaba herhangi bir sigorta şirketi sağlık sigortası teklifinizi hiç reddetti mi veya iptal etti mi? Hayır Evet, Belirtiniz:
6. **Tıbbi Gizlilikten Feragat:** Aşağıda imzası bulunan ben/biz, poliçe doğrultusundaki hakların ve yükümlülüklerin açıklığa kavuşturulması için ve/veya istenen sigortaya kabul edilmem amacıyla gereken inceleme süreci için gerekli olduğu ölçüde, sağlık fonunun (kupa holim) ve/veya ona ait sağlık kurumlarının ve/veya İsrail Savunma Kuvvetleri'nin ve aynı şekilde tüm doktorların ve/veya psikiyatrların, diğer sağlık kurumlarının ve hastanelerin, Milli Güvenlik Konseyinin ve/veya Savunma Bakanlığının ve/veya tüm sigorta şirketlerinin ve/veya diğer tüm kurum ve mercilerin, Harel'e, sağlık durumum/durumumuz ve/veya geçmişte ve/veya şu anda mustarip olduğum/olduğumuz ve/veya gelecekte mustarip olacağım/olacağımız 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/veriyoruz ve sizi tıbbi gizliliği koruma yükümlülüğünden azlediyorum/azlediyoruz ve İstek Sahibi'ne karşı bu gizlilikten feragat ediyorum/ediyoruz. İşbu feragat yazısı beni/bizi, mirasımı/mirasımızı, yasal vekillerimi/vekillerimizi ve yerimi/yerimizi alacak herhangi birini yükümlü kılmaktadır. İşbu feragat yazısı reşit olmayan çocuklarım/çocuklarımız için de geçerli olacaktır.

İşbu Sağlık Beyan Formu, içeriği kendisine anladığı lisanda açıklandıktan sonra sigorta adayı tarafından imzalanmıştır.

Tarih Sigorta Adayının İmzası Şahidin İmzası