

# 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。

06/2025

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。					
<b>A 部分：一般問題</b>				<b>是</b>	<b>否</b>
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>B 部分：您是否被診斷出患有任何與以下一項或多項問題相關的疾病、綜合症或障礙？</b>					
1.	<input type="checkbox"/> 神經系統 <input type="checkbox"/> 腦血管意外（中風） <input type="checkbox"/> 癲癇 <input checked="" 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 <b>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。</b>				
2.	<b>眼睛和視力：</b> <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 <b>其他眼疾/問題：</b> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：_____				
3.	<b>心臟：</b> <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 <b>其他心臟疾病/問題：</b> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，若勾選「是」，請註明：_____				
4.	<b>血管：</b> <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） <b>其他血管疾病/問題：</b> <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. 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。
- (a) **隱私：** Harel Insurance Company Ltd.和Harel Pension and Provident Ltd.（简称“Harel”）收集資訊的目的是注册產品、提供服務、產品生命週期的運營和管理、處理索賠、付款和流程、管理和改進Harel提供的業務和服務、遵守法律、根據個人特徵定制和提供產品和服務以及用於其他合法目的。通常情況，您沒有提供資訊的法律義務，但是選擇不提供資訊可能會使我們無法評估申請並提供服務。這些資訊將被傳輸給保險代理人（如有），以便代理人能够處理申請以及與產品和服務的管理和運營等方面，以及與這些目的相關的服務提供商和其他有權接收資訊的協力廠商。
- 有關隱私政策的更多資訊，請訪問Harel網站，包括與Harel的數據保護官的溝通渠道，有關檢查和更改權利以及選擇不直接郵寄的權利的資訊，可以通過以下連結找到：<https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>。
- (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。
- (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。
2. **身故受益人**  
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。
3. **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。
4. (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。  
(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。  
(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)。
5. 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。
6. **發送廣告資料**  
(a) **關於收到公司廣告資料的通知：**  
您提供的資訊將用於公司通過電子郵件、自動撥號系統（autodialer）或簡訊（SMS）發送廣告資料。您可以隨時通過以下渠道取消訂閱：<https://www.harel-group.co.il/t/QMUYSB>；[unsubscribe1@harel-ins.co.il](mailto:unsubscribe1@harel-ins.co.il)；撥打 \*2735；或通過下麵的二維碼：
- 
- (b) **同意接收額外的廣告資料：**  
☐ 除了公司可能根據我上述通知向我發送的廣告外，我還希望通過電子郵件、自動撥號系統或簡訊從所有 Harel Group公司、其業務合作夥伴和協力廠商接收有關服務和產品的廣告資料。  
\*Harel Group：Harel Insurance Investments和Financial Services Ltd.及其子公司。  
**請注意，未標記您的偏好不會被視為拒絕接收公司的廣告資料（如上文A節所述），也不會使任何事先同意條款無效。您可以隨時改變您的同意條款。**
7. 是否曾有保險公司拒絕或取消您的健康保險申請？ ☐ 否 ☐ 是的，若勾選「是」，請註明：  
тавсифланг: .....
8. **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。

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