

## 健康声明 外籍工人或外籍游客的医疗保险

### 1.投保申请人详细信息

姓氏	名	护照号	性别	出生日期	体重	身高
			男/女			

### 2.健康声明

请在相关的方框内划 X。如果您对任何问题的回答为“是”，请提供更多详细信息。您可能需要提供您的医生提供的关于您的任何医疗状况、检查结果和任何治疗详情的额外医疗文件。

一般问题		是	否
1.	在过去十年中，您是否做过任何手术或被建议接受手术？		
2.	在过去十年中，您是否住过院？如果回答为“是”，请说明时间和原因，并附上医院的医疗报告和关于您目前状况的报告。		
3.	您目前是否定时服药，或者在过去十年中是否定时服药？如果回答为“是”，请说明药物名称和用药原因。		
4.	您是否经常饮酒或过去经常饮酒？如果回答为“是”，请说明喝哪种酒和喝的频率		
5.	您是否吸毒或过去曾吸过毒？		
6.	在过去的 20 年里，您是否吸烟？		
7.	在过去 12 个月中，您的体重是否下降了 5 公斤以上（不是因为节食）？如果回答为“是”，请提供详细信息		
8.	您是否接受过任何医学检验，如血液或尿液检查（且结果异常）或任何医学检查，包括插管、超声心动图、内镜检查、检测癌症的侵入性检查、活检、ECG、X 线或超声、扫描、CT、MRI？如果回答为“是”，请说明原因、日期和结果		
9.	您现在或曾经是否完全或部分丧失工作能力？		
10.	您是残疾人吗？		
11.	您是否使用任何类型的医疗器械？		
12.	您是否有任何出生缺陷？		
13.	您是否患有包括狼疮在内的自身免疫性疾病？		
14.	您是否在等待接受任何药物治疗或在等待住院？		
15.	您是艾滋病抗体阳性者和/或艾滋病病毒携带者吗？		
16.	<b>妇科——仅限女性：</b>		
	A.您是否在怀孕？		
	B.您是否患有或曾患有以下妇科疾病：月经不调、不孕症、出血性疾病、子宫疾病、卵巢疾病、妇科检查结果异常（如宫颈抹片）或任何其他妇科疾病？		
	C.您是否有任何乳房疾病或乳房包块？		
	D.您做过剖腹产手术吗？		

您是否患有或曾经患有以下任何疾病或病症？		是	否
17.	<b>神经系统疾病</b> ——包括眩晕、头痛、偏头痛、昏厥、瘫痪、癫痫、记忆障碍、感觉处理障碍、退行性疾病、中风、脑出血、脑血管意外、失去平衡、阿尔茨海默病、帕金森病、精神疾病、痴呆、多发性硬化症。		
18.	<b>精神疾病</b> ——任何类型的疾病或企图自杀		
19.	<b>过敏</b> ——请提供过敏和您接受的任何相关治疗的详细信息		
20.	<b>呼吸系统疾病</b> ——包括哮喘、肺结核、复发性肺炎、囊性纤维化、支气管炎、肺气肿、反复呼吸道感染、慢性阻塞性肺病、气胸		
21.	<b>心脏疾病及血压问题</b> ——包括心绞痛、心脏病发作、心律失常、心脏瓣膜疾病、先天性心脏病、心包心肌炎、心脏病、高血压或血压波动		
22.	<b>心血管疾病</b> ——包括高凝状态、深静脉血栓形成、静脉曲张、心血管疾病、外周血管疾病		
23.	<b>消化系统</b> ——包括消化性疾病（消化性溃疡或十二指肠溃疡）、胃灼热、肠道感染性疾病、克罗恩病、溃疡性结肠炎、胃肠道出血、痔疮、肛门直肠疾病、肝脏问题或肝脏疾病、黄疸、胆囊感染、胆结石、食管疾病、胰腺感染		
24.	任何类型的瘤，包括切口瘤		
25.	<b>肾脏和泌尿道感染</b> ——包括肾结石、肾脏或泌尿道感染或梗阻、血尿或尿蛋白、慢性肾病、肾囊肿、前列腺问题		

26.	<b>关节和骨骼</b> ——包括关节炎；痛风；背部、脊柱、膝盖和其他关节的疾病；骨折手术；骨骼疾病		
27.	<b>代谢和免疫系统</b> ——包括糖尿病；甲状腺、肾上腺、垂体、淋巴腺、唾液腺或其他腺体的疾病；高脂血症；血液疾病或凝血问题、贫血		
28.	<b>恶性疾病（癌症）</b> ——包括恶性肿瘤或恶变前肿瘤，或恶变前疾病。请说明类型、诊断日期和治疗情况。		
29.	<b>皮肤病学和性病学</b> ——包括皮肤增生、银屑病、疱疹、梅毒、疣、乳头状瘤/湿疣		
30.	<b>眼部病症及疾病</b> ——包括白内障、斜视、失明、角膜或视网膜问题、视物变形、散光、青光眼		
31.	<b>耳鼻喉</b> ——包括反复感染、鼻窦炎、息肉、扁桃体炎、听力障碍、睡眠呼吸暂停、打鼾		

请提供有关您回答“是”的任何问题的更多信息。如果空间不够，请用另一张纸继续填写，并附上任何医疗文件。

### 投保申请人声明

我在此声明，我在本健康声明中提供的所有信息均真实准确，据我所知，我没有任何其他在投保前未披露的疾病、出生缺陷或遗传性疾病和/或医疗状况和/或疾病和/或病症及其影响（无论是否经过治疗，直接或间接由我在投保前的任何医疗状况引起和/或恶化），和/或任何其他可能导致承保方拒绝本投保书或拒绝为投保申请人投保的情况。

**本声明由投保申请人在用其理解的语言向其解释后签署。**

签名和日期	投保人姓名	投保人签名 ↓
-------	-------	------------

### 给投保申请人的信息

- 根据保单条件，只要您作为外国工人留在以色列，保单可以在保单到期后 90 天内续保，但须支付保单到期至续保开始期间的保险费（此类费用可由受保人或雇主支付）。在保单过期 90 天后，需要重新进行医疗核保。
- 如果您患有 1988 年《残疾人平等权利法案》中定义的任何残疾（即您患有任何身体残疾、精神或认知障碍，无论是永久性的还是暂时性的）严重限制了您在典型日常活动中的功能，请通知保险代理人，其详细信息在本表格中。

### 投保申请人声明

- 本人在此声明、同意并承诺：(1) 所有的回复都是真实、完整的，并且是我自愿提供的。(2) 健康声明中的答复和提供给承保方的任何其他信息，连同承保方在这方面的标准条件，是我和承保方之间保险合同的基本条款，并将构成保险合同不可分割的一部分。(3) 承保方可自由决定是否接受或拒绝此申请，而无须说明其决定的理由。我知道，只有在承保方以书面形式确认接受保险，而且首笔保费被全额缴纳后，保险合同才会生效。
- 我知道，根据本保单，承保方将免于提供与我在保险生效之前所患的任何疾病、出生缺陷或遗传性疾病和/或医疗状况和/或疾病及其影响（无论是否经过治疗）直接或间接引起和/或恶化的任何医疗状况相关的任何服务，但须符合《外籍劳工条例》的规定和保单的条款和条件。
- 本人特此声明，本人未被任何其他保险公司拒绝投保。
- 我确认我已收到有关保险的信息，包括主要承保范围的说明、保险费、保险期限、主要保险金额和责任限额以及获得完整保单合同条款的可能性。
- 通过办理本保单，我授权我的保险代理人以我的名义/为我提交和接收与核保过程和办理本保单过程有关的任何通知和/或文件。
- 我同意保险单将由本表中出现的保险代理人寄给我，其详细信息见本表。
- 医疗保密豁免**  
我，即下方签名者，特此授权任何医疗保健组织和/或医疗机构、任何医生、医院或其他医疗机构和/或任何保险公司和/或机构和/或实体向 Ayalon 保险有限公司（以下简称“保险公司”）提供一切信息，不受任何例外，并以保险公司要求的格式提供有关我目前、过去或将来的健康状况和/或任何疾病或医疗状况的信息。我在此免除以上各方的医疗保密义务，并且也免除保险公司的此项义务。本豁免书对我本人、我的继承人、法定代理人以及任何代替他们的人具有约束力。

如果您希望直接从保险公司获得完整的保单合同条款和/或任何其他有关核保流程和办理本保单流程的信息，请随时联系我们。

### 个人信息的提供与处理须符合隐私保护法律规定

请注意，您无须承担向 Ayalon 提供个人信息的法律义务，是否提供完全由您自行决定。然而，若您未能提供某些必要的个人信息，Ayalon 可能无法向您提供相应服务或答复相关咨询。

您提供的个人信息将被保存于 Ayalon 保险有限公司的数据库中。该数据库依法管理，Ayalon 充分尊重并保护您的隐私权。有关 Ayalon 如何处理您的个人信息（包括用途、可共享对象及其目的）、Ayalon 的联系方式，以及您就该等个人信息所享有的权利（如查阅权、纠正权等），详见 Ayalon 隐私政策文件，您可在 Ayalon 官方网站下载：

<https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

签名日期	投保人姓名	投保人签名 ↓
------	-------	------------

7.2025