



医疗保险健康声明 – 适用于在以色列的外籍人士 הצהרת בריאות ביטוח רפואי לזרים בישראל

本健康声明应与随附的保险申请书同时使用，二者为不可分割的一个整体，请您准确、完整地填写本表格。
本表格同时适用于男性和女性。

בכפוף לבקשת הביטוח המצורפת שהיא חלק בלתי נפרד מהצהרת הבריאות, אנא הקפד למלא טופס זה בצורה מדויקת ומלאה.
טופס זה מיועד לגברים ולנשים כאחד.

护照号码	מספר דרכון	姓名	שם משפחה	名字	שם פרטי	出生日期	תאריך לידה	性別	מין
								<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

在本健康声明中，您应在相应答案栏中使用“✓”回答以下问题。

בהצהרת בריאות זו עליך לענות על השאלות הבאות על ידי סימון "✓" בעמודה של התשובה המתאימה.

A 部分：一般问题		כן	לא	סעיף א': שאלות כלליות
1	身高 (厘米) : _____ 体重 (公斤) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 גובה: _____ ס"מ משקל: _____ ק"ג
2	<input type="checkbox"/> 您是否使用过或正在使用毒品? <input type="checkbox"/> 您是否经常饮酒或饮用含有酒精的饮料? 若答案为是，请注明饮用量：每天 _____ 杯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> האם אתה משתמש, או השתמשת בסמים? <input type="checkbox"/> האם אתה שותה, או שתית בעבר משקאות אלכוהוליים באופן קבוע? נא לציין את כמות הצריכה: _____ ליום.
3	在过去 10 年中，您是否曾接受过以下任何检查 (常规体检除外)，但尚未完成检查或未获得最终诊断结果？例如：慢性疾病、心导管检查、骨骼扫描、心脏超音波、磁共振成像 (MRI)、计算机断层扫描 (CT)、超音波检查 (常规产检除外)、活检、隐血检查、肠镜检查或胃镜检查、自体免疫性疾病 (包括红斑狼疮) 等。(如果答案为“是”，请随附主治医生的证明，说明进行该检查的原因、检查结果及最终诊断。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 האם במהלך 10 השנים האחרונות הופנית לאחת מהבדיקות הבאות (מלבד כחלק מבדיקות שגרתיות) (טרם ביצעת אותה, או שטרם נקבעה לך אבחנה סופית, כגון: מחלות כרוניות, צנתור, מיפוי עצמות, אקו לב, MRI, CT, אולטרסאונד (שלא כחלק מטיפול טרום לידתי שגרתית), ביופסיה, דם סמוי, קולונוסקופיה או גסטרוסקופיה, מחלות אוטואימוניות כולל זאבת. (במידה ותשובתך "כן", נא לצרף אישור מהרופא המטפל, המציין הסיבה לביצוע הבדיקה, תוצאות הבדיקה והאבחנה הסופית).
4	您现在，或在过去 10 年中，是否曾计划进行手术或器官移植？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 האם במהלך 10 השנים האחרונות, עברת או עומדת לעבור ניתוח/השתלה?
5	在过去 10 年中，您是否曾有过住院治疗？ 请详细说明住院原因和您接受的治疗。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 האם במהלך 10 השנים האחרונות אושפדת בבית חולים? מידה ותשובתך "כן", נא לתאר בפירוט את סיבת האשפוז ואת הטיפול שקיבלת.
6	在过去 10 年中，您是否曾定期服用药物，或医生曾建议您定期服用药物？请详细说明您正在接受治疗或曾经治疗的疾病、所使用的治疗方法，以及您服用药物的时间。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 האם במהלך 10 השנים האחרונות אתה נוטל, או קיבלת המלצה ליטול, תרופות באופן קבוע? מידה ותשובתך "כן", נא לתאר בפירוט את הבעיה בה אתה מטופל/טופלת, את הטיפול, ומשך זמן הטיפול התרופתי?
7	您是否被诊断出患有任何过敏症？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 האם אובחנת כסובל מאלרגיה כלשהי?
B 部分: 您是否被诊断出患有与以下一项或多项问题相关的疾病、综合症或障碍？		כן	לא	סעיף ב': האם אובחנת עם כל מחלה, תסמונת, הפרעה הקשורה לאחת או יותר מהנושאים המפורטים להלן:
1	<input type="checkbox"/> 神经系统 <input type="checkbox"/> 脑血管意外 (中风) <input type="checkbox"/> 癫痫 多发性硬化症 <input type="checkbox"/> 肌肉萎缩症或其他萎缩性疾病 <input type="checkbox"/> 反复性头晕 <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 平衡障碍 <input type="checkbox"/> 昏厥 <input type="checkbox"/> 帕金森综合征 <input type="checkbox"/> 阿尔茨海默症 <input type="checkbox"/> 颤抖症 <input type="checkbox"/> 智力障碍 <input type="checkbox"/> 自闭症 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症 <input type="checkbox"/> 脑瘫 <input type="checkbox"/> 脊髓灰质炎 (小儿麻痹症) <input type="checkbox"/> 高切尔病 <input type="checkbox"/> 感觉丧失 (麻木) <input type="checkbox"/> 注意力缺陷障碍 <input type="checkbox"/> 偏头痛 <input type="checkbox"/> 您是否曾因记忆力下降 (痴呆症) 向医生求诊 <input type="checkbox"/> 艾滋病 <input type="checkbox"/> HIV 携带者 <input type="checkbox"/> 红斑狼疮 如果上述一个或多个问题的答案为“是”，请附上主治医生的最新证明信。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> מערכת העצבים <input type="checkbox"/> אירוע מוחי (שבץ מוחי) <input type="checkbox"/> אפילפסיה <input type="checkbox"/> טרשת נפוצה <input type="checkbox"/> ניוון שרירים או מחלה אטרופית אחרת <input type="checkbox"/> סחרחורות <input type="checkbox"/> כאבי ראש <input type="checkbox"/> הפרעות שיווי משקל <input type="checkbox"/> התעלפויות <input type="checkbox"/> פרקינסון <input type="checkbox"/> מחלת אלצהיימר <input type="checkbox"/> רעד <input type="checkbox"/> פיגור שכלי <input type="checkbox"/> אוטיזם <input type="checkbox"/> תסמונת דאון <input type="checkbox"/> שיתוק מוחין <input type="checkbox"/> פוליומיאליטיס (שיתוק תינוקות) <input type="checkbox"/> מחלת גושה <input type="checkbox"/> אובדן תחושה (קהות) <input type="checkbox"/> הפרעות קשב <input type="checkbox"/> מיגרנה <input type="checkbox"/> האם פנית לרופא עם תלונות על ירידה בזיכרון (דמנציה) <input type="checkbox"/> איידס <input type="checkbox"/> נשאי HIV <input type="checkbox"/> זאבת. אם התשובה לאחת או יותר מהשאלות לעיל היא "כן", נא לצרף מכתב עדכני מרופא מטפל.
2	2 心脏: <input type="checkbox"/> 心律失常 <input type="checkbox"/> 心脏疾病 <input type="checkbox"/> 心脏衰竭 <input type="checkbox"/> 心脏病发作 <input type="checkbox"/> 先天性心脏缺陷 <input type="checkbox"/> 心导管 <input type="checkbox"/> 心脏瓣膜疾病 <input type="checkbox"/> 其他心脏疾病/问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 לב: <input type="checkbox"/> הפרעות קצב לב <input type="checkbox"/> מחלת לב <input type="checkbox"/> אי ספיקת לב <input type="checkbox"/> התקף לב <input type="checkbox"/> מום לב מולד <input type="checkbox"/> צנתור <input type="checkbox"/> מחלות מסתמי לב <input type="checkbox"/> מחלת לב/בעיה אחרת
3	3 血管: <input type="checkbox"/> 静脉曲张 (腿部静脉) <input type="checkbox"/> 颈动脉 (颈部动脉) <input type="checkbox"/> 凝血障碍 <input type="checkbox"/> 血液疾病 <input type="checkbox"/> DVT (血栓症) <input type="checkbox"/> PVD (外周血管病) <input type="checkbox"/> 其他血管疾病/问题	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 כלי דם: <input type="checkbox"/> דליות (בוורידים של הרגליים) <input type="checkbox"/> עורק הצוואר (בעורקי הצוואר) <input type="checkbox"/> הפרעות קרישה <input type="checkbox"/> מחלת דם <input type="checkbox"/> DVT פקקת <input type="checkbox"/> PVD (מחלת כלי דם היקפית) <input type="checkbox"/> מחלה אחרת/בעיה בכלי דם.

4 代代谢疾病： <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 淋巴结 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 汗腺 <input type="checkbox"/> 脑垂体 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 高血脂/胆固醇 <input type="checkbox"/> 其他代谢疾病/问题			4 מחלות מטבוליות: <input type="checkbox"/> בלוטת התריס <input type="checkbox"/> בלוטת לימפה <input type="checkbox"/> בלוטת רוק <input type="checkbox"/> בלוטת זיעה <input type="checkbox"/> בלוטת יותרת המוח <input type="checkbox"/> סכרת - סכרת - במידה והתשובה חיובית יש לציין סוג סכרת (סכרת סוג 1/2) <input type="checkbox"/> יתר לחץ דם <input type="checkbox"/> רמות גבוהות של שומנים/כולסטרול <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה מטבולית אחרת
5 呼吸系统： <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 结核病 <input type="checkbox"/> COPD (慢性阻塞性肺病) <input type="checkbox"/> 花粉症 复发性呼吸道感染和呼吸困难 <input type="checkbox"/> 气胸 (肺萎陷) <input type="checkbox"/> 囊性纤维化 <input type="checkbox"/> 其他呼吸系统疾病/问题			5 מערכת הנשימה: <input type="checkbox"/> אסטמה <input type="checkbox"/> שחפת <input type="checkbox"/> COPD (מחלת ריאות חסימתית כרונית) <input type="checkbox"/> קדחת השחת זיהומים חוזרים בדרכי הנשימה וקוצר נשימה <input type="checkbox"/> חזה אויר (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> סיסטיק פיברוזיס <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת הנשימה
6 消化系统： <input type="checkbox"/> 溃疡 (十二指肠/胃溃疡) <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"/> 裂隙/瘻管 <input type="checkbox"/> 肠梗阻 <input type="checkbox"/> 胰脏疾病/感染 <input type="checkbox"/> 食道 <input type="checkbox"/> 胆囊 <input type="checkbox"/> 胆囊结石 <input type="checkbox"/> 其他消化系统疾病/问题			6 מערכת העיכול: <input type="checkbox"/> כיב (תריסרון/קיבה) <input type="checkbox"/> צרבת <input type="checkbox"/> מחלת קרוהן <input type="checkbox"/> קוליטיס <input type="checkbox"/> רפלוקס <input type="checkbox"/> טחורים <input type="checkbox"/> פיסורה/פיסטולה <input type="checkbox"/> חסימת מעיים <input type="checkbox"/> מחלות לבלב / זיהומים <input type="checkbox"/> ושט <input type="checkbox"/> כיס מרה <input type="checkbox"/> אבנים בכיס המרה <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול
7 肝脏： <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 乙型、丙型、丁型肝炎 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 <input type="checkbox"/> 肝硬化 <input type="checkbox"/> 其他消化系统疾病/问题			7 כבד: <input type="checkbox"/> צהבת הפטיטיס B, C, D <input type="checkbox"/> כבד שומני <input type="checkbox"/> שחמת <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת במערכת העיכול
8 疝气： 疝气位置：在横膈膜/在肚脐/在右侧腹股沟/在左侧腹股沟。您是否接受过疝气治疗手术？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，什么时候 (日期)？_____			8 בקע: <input type="checkbox"/> מיקום הבקע: בסרעפת / בטבור / במפשעה הימנית / במפשעה השמאלית. עברת ניתוח לטיפול בבקע? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, מתי (תאריך)? _____
9 肾脏和泌尿道： <input type="checkbox"/> 复发性感染 <input type="checkbox"/> 肾结石和泌尿结石 <input type="checkbox"/> 肾囊肿 <input type="checkbox"/> 泌尿道异常 <input type="checkbox"/> 肾衰竭， <input type="checkbox"/> 其他肾脏和泌尿道疾病/问题			9 כליות ודרכי השתן: <input type="checkbox"/> זיהומים חוזרים <input type="checkbox"/> אבנים בכליות ובשתן <input type="checkbox"/> ציסטות בכליות <input type="checkbox"/> אנומליות בדרכי השתן <input type="checkbox"/> אי ספיקת כליות <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה אחרת בדרכי השתן
10 关节和骨骼： <input type="checkbox"/> 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"/> 其他关节和骨骼疾病/问题			10 מפרקים ועצמות: <input type="checkbox"/> דלקת פרקים <input type="checkbox"/> גאوت <input type="checkbox"/> גב / עמוד שדרה <input type="checkbox"/> מפרקים <input type="checkbox"/> ברכיים <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה במפרקים ועצמות אחרות
11 皮肤病和性病： <input type="checkbox"/> 皮肤肿瘤 <input type="checkbox"/> 皮肤病变 <input type="checkbox"/> 银屑病 <input type="checkbox"/> 性传播疾病 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 其他皮肤病和性病/问题			11 מחלות עור ומין: <input type="checkbox"/> גידולי עור <input type="checkbox"/> נגעי עור <input type="checkbox"/> פסוריאזיס <input type="checkbox"/> מחלות המועברות במגע מיני <input type="checkbox"/> עגבת <input type="checkbox"/> מחלות/בעיה עור ומין אחרות
12 恶性肿瘤/疾病 (癌症)			12 גידולים/מחלות ממאירים (סרטן)
13 耳鼻喉疾病： <input type="checkbox"/> 睡眠呼吸暂停综合症 <input type="checkbox"/> 鼻息肉 <input type="checkbox"/> 鼻窦炎 其他耳鼻喉疾病/问题			13 מחלות אף אוזן וגרון: <input type="checkbox"/> תסמונת דום נשימה בשינה <input type="checkbox"/> פוליפ באף <input type="checkbox"/> סינוסיטיס <input type="checkbox"/> מחלות/בעיות אחרות באף, אוזן וגרון
14 对于女性： <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"/> 您现在是否怀孕? <input type="checkbox"/> 您是否进行过剖腹产? 如果答案为“是”, 请注明何时 (日期):			14 לנשים: <input type="checkbox"/> שדיים (כולל הגדלת חזה) <input type="checkbox"/> מערכת גינקולוגית <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה נשית אחרת <input type="checkbox"/> את בהריון? <input type="checkbox"/> עברת לידה קיסרית? אם "כן" נא לציין מתי (תאריך)
15 对于男性： <input type="checkbox"/> 前列腺问题 <input type="checkbox"/> 静脉曲张/阴囊积水 <input type="checkbox"/> 其他男性疾病/问题			15 לגברים: <input type="checkbox"/> בעיות בערמונית <input type="checkbox"/> דליות אשכים / אשך טמיר <input type="checkbox"/> מחלה/בעיה גברית אחרת

请提供详细资料 **פירוט ממצאים חיוביים**

C. 医疗保密豁免：		ג. ויתור סודיות רפואית	
<p>本人，即下述签名人，特此授权医疗机构和/或您机构的员工和/或任何您机构的代表或您机构的代理人，向 Hashara Insurance Ltd. 保险有限公司（以下简称“请求方”）提供有关我的医疗状况和/或我过去和/或现在所患疾病的所有详细信息，包括我所接受过的任何精神或心理治疗方面的信息（根据请求方的要求），我也特此免除您机构和/或您机构员工和/或任何您机构的代表或您机构的代理人对与我的医疗状况和/或疾病相关所有事项的医疗保密义务，我放弃对请求方行使该保密义务，且就上述事项对您不提出任何索赔或要求，包括但不限于根据《隐私保护法》和/或《患者权益法》关于医疗保密义务的索赔，以及任何其他法律规定的索赔。</p>	<p>אני החתום מטה נותן בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור ל"הכשרה חברה ביטוח בע"מ" (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שהנני חולה בה כעת, לרבות מידע על טיפולים פסיכיאטריים או נפשיים אחרים שקיבלתי ובאופן שידרש על ידי המבקש והנני משחרר אתכם ו/או את עובדיכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלותיי כן"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.</p>		
D. 申请人/投保人声明		ד. הצהרת המבקש/ המועמד לביטוח	
<p>本人，即下述签名人，作为投保人，特此请求上述保险公司根据本申请表中所列示的详细信息为本人提供保险（以下简称“投保申请书”）。 本人特此声明、同意并承诺：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本投保申请书和/或健康声明中列示的所有回答均真实、完整，且本人未向上述保险公司隐瞒任何可能影响其评估本保险申请的任何事项。 2. 本投保申请书中列示的答案以及我向保险公司提供的任何其他书面信息，以及保险公司在该事项中的惯常条款，应作为保险公司与我之间保险合同的条款，并构成其不可分割的一部分。 3. 本人特此确认并同意，保险公司将自行决定接受或拒绝的投保申请书，且其有权根据法律决定是否接受或拒绝本申请书。 4. 我同意本投保申请书中所列示的保险单可通过本申请书中所述的代理人交付给我。 5. 如果您希望直接获得本保险单以及相关息，包括承保程序和加入本保险单的程序，您可随时拨打电话 *3453 与 Hashara 保险公司联系。 	<p>אני החתום מטה, המועמד לביטוח, מבקש בזה לבטח את המועמד לביטוח לפי רישום בטופס זה (להלן: "ההצעה"). אני מצהיר מסכים ומתחייב בזה כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. כל התשובות המפורטות בהצעה ו/או בהצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות, ולא העלמתי מן המבטח דבר העלול להשפיע על החלטתו לקבל את ההצעה לביטוח. 2. התשובות המפורטות בהצעה וכן כל מידע אחר בכתב שימסר למבטח על-ידי וכן התנאים המקובלים אצל המבטח לעניין זה ישמשו תנאי לחוזה הביטוח ביני לבין המבטח ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו. 3. אני מאשר ומסכים בזה כי קיבולת או דחייתה של הצעתי זו נתון לשיקול דעתו הבלעדי של המבטח והוא ראשי להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה בכפוף להוראות הדין. 4. אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכניות הביטוח המבוקשות בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. 5. במידה וברצונך לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות הכשרה חברה לביטוח בכל עת בטלפון מס' *3453 		
E. 同意根据以色列隐私法使用信息		ה. הסכמה לשימוש במידע לפי חוק הגנת הפרטיות	
<p>请注意，您没有法律义务提供所要求的个人信息。但是，如果您选择不提供个人信息，我们将无法为您提供服务或处理您的申请。 您提供的信息将用于以下目的，包括但不限于：出具保险建议书、签订保险合同、提供与现有保单相关的服务、处理理赔以及进行保险中介和养老金业务。Hachshara 保险公司也会将上述信息用于处理与公司客户相关的数据。 上述信息将被传输至支持本公司保险业务的实体、供应商及其他第三方，包括与上述目的相关的实体。 有关上述信息的其他使用目的以及信息披露对象的详细情况，请参阅本公司网站中的隐私政策：www.hcsra.co.il 本公司的隐私政策还包括您有权根据适用法律查看并要求更正的信息。 如果您对本公司数据库（包括数据库负责人）事宜存在疑问并需联系本公司，请联系公司数据保护官或公共咨询官。</p>	<p>תשומת ליבך, כי לא חלה עליך חובה חוקית למסור את המידע, אך יהיה ולא תסכים למסור את המידע, לא נוכל להעניק לך את השירות/ לטפל בפנייתך. המידע המבוקש נדרש לנו, בין היתר, לצורך מתן הצעה לביטוח ו/או התקשרות בעסקת ביטוח ו/או מתן שירות לפוליסה קיימת ו/או טיפול בתביעות ו/או תיווך בביטוח ושיווק פנסיוני, המידע משמש את הכשרה גם לצורך עיבוד נתונים על לקוחות החברה. המידע יימסר לגורמים התומכים בפעילות הביטוחית של החברה וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים, בין היתר, גם בקשר למטרות אלו. לפירוט בדבר מטרות נוספות שלשמן מבוקש המידע ולמי הוא יימסר, ניתן לעיין במדיניות הפרטיות של החברה המצויה באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.hcsra.co.il במדיניות הפרטיות של החברה, תמצא גם מענה באשר לאופן מימוש זכותך לעיין במידע השמור אודותיך ולתקנו במידת הצורך ובכפוף לדין. ליצירת קשר בכל נושא בנוגע למאגרי המידע של החברה, ובכלל זה עם בעלי השליטה במאגרי המידע, ניתן לפנות לממונה על הגנת הפרטיות או לממונה על פניות הציבור.</p>		
保险申请人签名		חתימת המועמד לביטוח	
<p>签名 _____ X</p>	<p>חתימה</p>	<p>שם המועמד לביטוח</p>	<p>תאריך</p>
		<p>שם המועמד לביטוח</p>	<p>תאריך</p>