

चिकित्सा बीमा के लिए स्वास्थ्य वक्तव्य – इज़राइल में विदेशी

यहाँ संलग्न बीमा आवेदन के अधीन, जो स्वास्थ्य विवरण का अविभाज्य हिस्सा है।
यह फ़ॉर्म पुरुषों और महिलाओं दोनों के लिए डिज़ाइन किया गया है।
कृपया सुनिश्चित करें कि आप इस फ़ॉर्म को सही और पूरी तरह से भरें।



06/2025 संस्करण

ध्यान दें।

Harel Insurance Company Ltd. - विदेशी कर्मचारी / पर्यटक बीमा शाखा

3 Abba Hillel St., PO. Box 1951, Ramat Gan 5211802, फ़ैक्स: 03-7348083 ईमेल: fax7930@harel-ins.co.il

(טופס למעמד חוב'ל)

A बीमा आवेदक का विवरण

पासपोर्ट नंबर	उपनाम	नाम	जन्म की तारीख	लिंग
				<input type="checkbox"/> पु <input type="checkbox"/> औ

इस स्वास्थ्य वक्तव्य में आपको उपयुक्त उत्तर के कॉलम पर "✓" चिह्नित करके निम्नलिखित प्रश्नों का उत्तर देना चाहिए। यदि किसी भी प्रश्न का उत्तर "हाँ" है, तो आपको उपस्थित चिकित्सक से एक अप - टू - डेट प्रमाण पत्र संलग्न करना होगा, जिसमें बताई गई समस्या, परीक्षण परिणाम, उपचार के तरीके और वर्तमान स्थिति को संबोधित किया जाएगा।

सेक्शन A: सामान्य प्रश्न

	हाँ	नहीं
1. सेमी में ऊंचाई: किलो में वजन:		
2. <input type="checkbox"/> क्या आप नशीले पदार्थों का उपयोग करते हैं, या क्या आप नशीले पदार्थों का उपयोग कर रहे हैं? <input type="checkbox"/> क्या आप पीते हैं, या क्या आप नियमित रूप से मादक पेय पी रहे हैं? कृपया खपत की मात्रा निर्दिष्ट करें: प्रति दिन गिलास।		
3. पिछले 10 वर्षों के दौरान, क्या आपको निम्नलिखित में से किसी भी जांच (नियमित जांच के हिस्से के अलावा) के लिए संदर्भित किया गया है और अभी तक इसे नहीं लिया गया है, या अभी तक आपके लिए कोई अंतिम निदान निर्धारित नहीं किया गया है, जैसे: पुरानी बीमारियाँ, कैथीटेराइजेशन, बोन मैपिंग, इकोकार्डियोग्राफी, MRI, CT, अल्ट्रासाउंड (नियमित प्रसवपूर्व देखभाल के हिस्से के अलावा), बायोप्सी, गुप्त रक्त, कोलोनोस्कोपी या गैस्ट्रोस्कोपी, ल्यूपस सहित ऑटोइम्यून रोग (यदि "हाँ", तो कृपया उपस्थित चिकित्सक से एक प्रमाण पत्र प्रस्तुत करें, जिसमें परीक्षा, परीक्षा परिणाम और अंतिम निदान करने का कारण बताया गया हो)।		
4. क्या आप अभी हैं, या आप पिछले 10 वर्षों के दौरान किसी समय सर्जरी / प्रत्यारोपण से गुजरने वाले हैं? कृपया विवरण में बताएँ:		
5. पिछले 10 वर्षों के दौरान, क्या आपको अस्पताल में भर्ती कराया गया है? कृपया अस्पताल में भर्ती होने के कारण और आपके द्वारा प्राप्त उपचार का विवरण दें।		
6. पिछले 10 वर्षों के दौरान, क्या आप नियमित रूप से दवाएं ले रहे हैं, या क्या आपको लेने की सिफारिश मिली है? कृपया विवरण में उस समस्या का वर्णन करें जिसके लिए आपका इलाज / उपचार किया गया है, उपचार, और आप उक्त दवा कितने समय से ले रहे हैं?		
7. क्या आपको किसी भी एलर्जी से पीड़ित होने का पता चला है? कृपया विवरण में बताएँ:		

भाग B: क्या आपको नीचे निर्दिष्ट एक या अधिक समस्याओं से संबंधित किसी बीमारी, सिंड्रोम, विकार का निदान किया गया है:

1. <input type="checkbox"/> तंत्रिका तंत्र <input type="checkbox"/> सेरेब्रोवास्क्यूलर दुर्घटना (स्ट्रोक) <input type="checkbox"/> मिर्गी <input type="checkbox"/> मल्टीपल स्क्लेरोसिस <input type="checkbox"/> मस्कुलर डिस्टोफी या अन्य एट्रोफिक <input type="checkbox"/> बीमारी चक्कर आना <input type="checkbox"/> सिरदर्द <input type="checkbox"/> संतुलन विकार <input type="checkbox"/> बेहोशी <input type="checkbox"/> पार्किंसंस सिंड्रोम <input type="checkbox"/> अल्जाइमर > रोग <input type="checkbox"/> कांपना <input type="checkbox"/> मानसिक मंदता ऑटिज्म <input type="checkbox"/> डाउन सिंड्रोम <input type="checkbox"/> सेरेब्रल पाल्सी <input type="checkbox"/> पोलियोमाइलाइटिस (शिशु पक्षाघात) <input type="checkbox"/> गौचर रोग संवेदना की <input type="checkbox"/> हानि (सुन्नता) <input type="checkbox"/> अटेंशन डेफिसिट डिस्ऑर्डर <input type="checkbox"/> माइग्रेन <input type="checkbox"/> क्या आपने अस्वीकृत स्मृति (डिमेंशिया) <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> HIV वाहक <input type="checkbox"/> ल्यूपस के बारे में शिकायतों के साथ एक चिकित्सक के पास आवेदन किया है यदि उपरोक्त प्रश्नों में से एक या अधिक का उत्तर "हाँ" है, तो कृपया उपस्थित न्यूरोलॉजिस्ट से एक अप - टू - डेट पत्र संलग्न करें।		
2. आंखें और दृष्टि: <input type="checkbox"/> मोतियाबिंद <input type="checkbox"/> रेटिना और कॉर्निया की <input type="checkbox"/> समस्या <input type="checkbox"/> ग्लूकोमा <input type="checkbox"/> आंखों की सूजन <input type="checkbox"/> स्ट्रेबिस्मस <input type="checkbox"/> ब्लाईंडनेस अन्य नेत्र रोग / समस्या: <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		
3. दिल: <input type="checkbox"/> कार्डियक अतालता <input type="checkbox"/> दिल की बीमारी <input type="checkbox"/> दिल की विफलता <input type="checkbox"/> दिल का दौरा <input type="checkbox"/> जन्मजात हृदय दोष <input type="checkbox"/> कैथीटेराइजेशन <input type="checkbox"/> हृदय वाल्व रोग, अन्य हृदय रोग / समस्या: नहीं हाँ, अगर "हाँ, तो" कृपया बताएँ:		
4. रक्त वाहिकाएं: <input type="checkbox"/> वैरिकाज़ नस (पैरों की नसों में) <input type="checkbox"/> कैरोटिड धमनी (गर्दन की धमनियों में) <input type="checkbox"/> जमावट संबंधी विकार <input type="checkbox"/> रक्त रोग DVT (थ्रोम्बोसिस) <input type="checkbox"/> PVD (परिधीय संवहनी रोग), अन्य संवहनी रोग / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		



dt33539

A बीमा आवेदक का विवरण		हाँ	नहीं
भाग B: क्या आपको नीचे निर्दिष्ट एक या अधिक समस्याओं से संबंधित किसी बीमारी, सिंड्रोम, विकार का निदान किया गया है:			
5.	चयापचय रोग: <input type="checkbox"/> थायराइड ग्रंथि <input type="checkbox"/> लसीका नोड <input type="checkbox"/> लार ग्रंथि <input type="checkbox"/> पसीना ग्रंथि <input type="checkbox"/> पित्तवृद्धि <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> उच्च <input type="checkbox"/> रक्तचाप वसा / कोलेस्ट्रॉल का उच्च स्तर, अन्य चयापचय रोग / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		
6.	श्वसन प्रणाली: <input type="checkbox"/> अस्थमा <input type="checkbox"/> तपेदिक <input type="checkbox"/> सीओपीडी (क्रोनिक ऑब्सट्रक्टिव पल्मोनरी डिजीज) <input type="checkbox"/> हे फीवर <input type="checkbox"/> आवर्ती श्वसन संक्रमण और सांस की तकलीफ <input type="checkbox"/> संकुचित फेफड़े (न्यूमोथोरेक्स) <input type="checkbox"/> सिस्टिक फाइब्रोसिस अन्य श्वसन प्रणाली रोग / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		
7.	पाचन तंत्र: <input type="checkbox"/> अल्सर (ग्रहणी / गैस्ट्रिक) <input type="checkbox"/> हार्टबर्न <input type="checkbox"/> क्रोहन रोग <input type="checkbox"/> कोलाइटिस <input type="checkbox"/> रिफ्लक्स <input type="checkbox"/> बवासीर <input type="checkbox"/> फिशर / फिस्टुला <input type="checkbox"/> आंत्र रुकावट <input type="checkbox"/> अग्नाशय रोग / संक्रमण <input type="checkbox"/> एसोफेगस <input type="checkbox"/> पित्ताशय की थैली पित्ताशय की <input type="checkbox"/> थैली की पथरी अन्य पाचन तंत्र रोग / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		
8.	लीवर: <input type="checkbox"/> पीलिया <input type="checkbox"/> हेपेटाइटिस B, C, D <input type="checkbox"/> फैटी लीवर <input type="checkbox"/> सिरोसिस, अन्य पाचन तंत्र रोग / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		
9.	हर्निया: हर्निया की जगह: डायफ्राम में/नाभि में/दाहिनी कमर में/बाई कमर में क्या आपने हर्निया के इलाज के लिए सर्जरी कराई है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, कब (तारीख)? क्या समस्या हल हो गई है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ		
10.	गुर्दे और मूत्र पथ: <input type="checkbox"/> बार - बार संक्रमण <input type="checkbox"/> गुर्दे और मूत्र पथ <input type="checkbox"/> गुर्दे की पुटी मूत्र पथ की <input type="checkbox"/> विसंगतियाँ <input type="checkbox"/> गुर्दे की विफलता, अन्य गुर्दे और मूत्र पथ रोग / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		
11.	जोड़ और हड्डियाँ: <input type="checkbox"/> गठिया <input type="checkbox"/> गठिया <input type="checkbox"/> पीठ / रीढ़ की हड्डी <input type="checkbox"/> घुटने अन्य <input type="checkbox"/> जोड़ और हड्डियाँ रोग / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		
12.	त्वचा और यौन रोग: <input type="checkbox"/> त्वचा ट्यूमर <input type="checkbox"/> त्वचा के घाव <input type="checkbox"/> सोरायसिस <input type="checkbox"/> यौन संचारित रोग <input type="checkbox"/> उपदंश अन्य त्वचा और सेक्स रोग रोग / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		
13.	घातक ट्यूमर / रोग (कैंसर)।		
14.	महिलाओं के लिए: <input type="checkbox"/> स्तन (स्तन वृद्धि सहित) <input type="checkbox"/> स्त्री रोग प्रणाली, रोग / अन्य स्त्री समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें: <input type="checkbox"/> क्या आप गर्भवती हैं? <input type="checkbox"/> क्या आपने सिजेरियन डिलीवरी कराई है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, अगर "हाँ, तो" कृपया बताएँ कि कब (तारीख):		
15.	पुरुषों के लिए: <input type="checkbox"/> प्रोस्टेट की समस्याएं <input type="checkbox"/> वैरिकोसेले / हाइड्रोसेले अन्य मर्दाना बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, अगर "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		
16.	मानसिक रोग: मानसिक बीमारी जिसका निदान मनोवैज्ञानिक, मनोचिकित्सक या पारिवारिक चिकित्सक द्वारा किया गया था।		
17.	नाक, कान और गले के रोग: <input type="checkbox"/> स्लीप एपनिया सिंड्रोम <input type="checkbox"/> नाक पॉलीप <input type="checkbox"/> साइनसाइटिस अन्य नाक, कान और गले की बीमारी / समस्या <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ, यदि "हाँ तो" कृपया निर्दिष्ट करें:		

कृपया विवरण दें:

B पिछली बीमा पॉलिसियों का विवरण				
क्या आपने कभी हरेल या किसी अन्य बीमा कंपनी द्वारा बीमा करवाया है? <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ				
यदि हां, तो कंपनी और पॉलिसी नंबर/स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता सदस्यता संख्या इंगित करें:				
बीमा अवधि	टू	कंपनी का नाम	पॉलिसी नं.	सदस्यता संख्या
1 से 1				

C पॉवर ऑफ़ अटॉर्नी ऑफ़ एजेंट		
मैं एतद्वारा अपने बीमा एजेंट को पॉलिसी से संबंधित किसी भी मामले को संभालने के लिए पॉलिसी के लिए अधिकृत करता हूँ, जिसमें पॉलिसी में शामिल करने की प्रक्रिया, अंडरराइटिंग प्रक्रियाएं, अतिरिक्त अवधि के लिए पॉलिसी का नवीनीकरण या विस्तार, दावों को प्रस्तुत करना, मेरे नाम और मेरे लिए पॉलिसी में परिवर्तन और अन्य कार्य शामिल हैं। इसमें उपर्युक्त मामलों से संबंधित सभी पत्राचार और/या दस्तावेजों को "Harel" में जमा करना और उन्हें "Harel" से प्राप्त करना शामिल है। मैं एतद्वारा आपको अपनी सहमति देता हूँ कि बीमा एजेंट पॉलिसी के संबंध में किसी भी मामले में मेरे प्रतिनिधि के रूप में कार्य करता है और पॉलिसी से संबंधित किसी भी कार्रवाई में बीमा एजेंसी को उसके द्वारा आवश्यक सभी विवरण भेजने की मेरी अनुमति देता है, जिसमें अन्य पॉलिसियों का विवरण भी शामिल है जिसके साथ मैं Harel में बीमाकृत हूँ, जो जरूरी नहीं कि ऐसी पॉलिसियां हैं जिनमें बीमा एजेंट जिसे मैं अपने इस समझौते में पावर ऑफ़ अटॉर्नी देता हूँ, वह उपस्थित एजेंट है।		
.....
तारीख	नाम	बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर
आपकी जानकारी के लिए, पत्राचार की प्रतियां और/या दावे से संबंधित दस्तावेजों को किसी भी मामले में पॉलिसी के लिए आपके बीमा एजेंट को भेजा जाएगा।		

1. मैं, अधोहस्ताक्षरी, इस प्रस्ताव में उक्त के आधार पर मुझे बीमा करने के लिए हरेल इंश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (यहां: "बीमाकर्ता/ कंपनी/हरेल") का अनुरोध करता हूँ।

(a) गोपनीयता

Harel Insurance Company Ltd. और Harel Pension and Provident Ltd. ("Harel") उत्पादों में नामांकन, सेवाएं प्रदान करने, उत्पाद जीवनचक्र के संचालन और प्रबंधन, दावों, भुगतानों और प्रक्रियाओं को संभालने, हरेल द्वारा प्रदान किए जाने वाले व्यवसाय और सेवाओं को प्रबंधित करने और सुधारने, कानून के अनुपालन, व्यक्तिगत विशेषताओं के आधार पर उत्पादों और सेवाओं को अनुकूलित करने और पेश करने और अन्य वेध उद्देश्यों के लिए जानकारी एकत्र करते हैं। सामान्यतः, आप पर जानकारी प्रदान करने का कोई कानूनी दायित्व नहीं है, तथापि जानकारी प्रदान न करने का चयन करने से हमारे लिए अनुरोध का मूल्यांकन करना और सेवा प्रदान करना असंभव हो सकता है। जानकारी को बीमा एजेंट (यदि कोई है) को स्थानांतरित किया जाएगा ताकि एजेंट उत्पादों और सेवाओं के प्रबंधन और संचालन से संबंधित सभी पहलुओं तथा अनुरोधों से निपट सके, साथ ही सेवा प्रदाताओं और अन्य तीसरे पक्षों को भी जो इन उद्देश्यों के संबंध में जानकारी प्राप्त करने के लिए अधिकृत हैं।

Harel वेबसाइट पर गोपनीयता नीति से संबंधित अतिरिक्त जानकारी उपलब्ध है, जिसमें हरेल के डेटा संरक्षण अधिकारी से संपर्क करने के तरीके, निरीक्षण और संशोधन के अधिकार की जानकारी, साथ ही डायरेक्ट मेलिंग से बाहर निकलने (ऑप्ट आउट) के अधिकार की जानकारी भी शामिल है। यह सब निम्नलिखित लिंक पर पाया जा सकता है: <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

(b) मैं एतद्वारा घोषणा करता हूँ कि सभी उत्तर सही और पूर्ण हैं और मेरी अपनी इच्छा से प्रदान किए गए हैं।

(c) स्वास्थ्य घोषणा में निर्दिष्ट उत्तर और कंपनी को प्रदान की गई कोई अन्य जानकारी, साथ ही इस मामले के संबंध में कंपनी की प्रथागत शर्तें आपके और कंपनी के बीच बीमा अनुबंध की मौलिक शर्तों के रूप में कार्य करेंगी और इसका एक अभिन्न अंग बनेंगी।

2. मृत्यु के मामले में लाभार्थी

आप "मृत्यु के मामले में लाभार्थियों के अद्यतन / परिवर्तन के लिए आवेदन" फॉर्म का उपयोग करके लाभार्थियों को नियुक्त कर सकते हैं। लाभार्थी की नियुक्ति के अभाव में, विरासत या प्रोबेट आदेश के अनुसार कानून के तहत कानूनी उत्तराधिकारियों को राशि का भुगतान किया जाएगा।

3. शामिल होने की प्रक्रिया: कंपनी को प्रस्ताव को स्वीकार या अस्वीकार करने का निर्णय लेने की अनुमति है। आपकी जानकारी के लिए, बीमा अनुबंध तभी प्रभावी होगा जब कंपनी बीमा के लिए उम्मीदवार की स्वीकृति की लिखित पुष्टि जारी करेगी। यदि आगे की प्रक्रिया के लिए बीमा के लिए शर्तों, हमीदारी और स्वीकृति के स्पष्टीकरण की आवश्यकता होती है, तो बीमा उम्मीदवार के लिए पॉलिसी जारी नहीं की जाएगी और बीमा उम्मीदवार के लिए प्रक्रियाओं के पूरा होने तक प्रभावी नहीं होगी।

4. (a) मैं अपने बीमा एजेंट को पॉलिसी के लिए अधिकृत करता/करती हूँ, जिसका विवरण इस प्रस्ताव की शुरुआत में दिखाई देता है, कि वह Harel को सबमिट करे और Harel से मेरे नाम से और मेरे लिए अंडरराइटिंग की प्रक्रिया और इस पॉलिसी में शामिल होने की प्रक्रिया से संबंधित सभी नोटिस और/या दस्तावेज़ प्राप्त करे।

(b) मैं इस बात से सहमत हूँ कि इस प्रस्ताव में अनुरोध की गई बीमा योजनाओं की बीमा पॉलिसी मुझे उस एजेंट के माध्यम से वितरित की जाए जिसका विवरण इस प्रस्ताव की शुरुआत में दिखाई देता है।

(c) यदि आप अंडरराइटिंग प्रक्रिया के ढांचे में नीति और/या जानकारी प्राप्त करना चाहते हैं और इस नीति में सीधे शामिल होने की प्रक्रिया भी चाहते हैं, तो आप Harel (*2735) को फोन करके किसी भी समय हरेल से संपर्क कर सकते हैं।

5. मैं एतद्वारा पुष्टि करता हूँ कि मुझे बीमा के संबंध में आवश्यक जानकारी प्राप्त हुई है, जिसमें कम से कम कवरेज के मुख्य तत्वों, बीमा प्रीमियम, बीमा अवधि, मुख्य बीमा राशियों और देयता की मुख्य सीमाओं का विवरण शामिल है, तथा उनके बारे में पूर्ण विवरण प्राप्त करने की मेरी संभावना के बारे में भी जानकारी शामिल है।

6. विज्ञापन सामग्री भेजना

(a) कंपनी से विज्ञापन सामग्री प्राप्त करने के संबंध में अधिसूचना:

आपके द्वारा प्रदान की गई जानकारी का उपयोग कंपनी द्वारा ईमेल, स्वचालित डायलिंग सिस्टम (ऑटोडायलर) या टेक्स्ट संदेश (SMS) के माध्यम से विज्ञापन सामग्री भेजने के लिए किया जाएगा। *2735 डायल करके आप किसी भी समय सदस्यता रद्द कर सकते हैं:

<https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; unsubscribe1@harel-ins.co.il; या नीचे दिए गए क्यूआर कोड के माध्यम से ऐसा कर सकते हैं:



(b) अतिरिक्त विज्ञापन सामग्री प्राप्त करने की सहमति:

☐ उपरोक्त सूचना के आधार पर कंपनी द्वारा मुझे भेजे जाने वाले विज्ञापनों के अतिरिक्त, मैं हरेल समूह की सभी कंपनियों, उनके व्यावसायिक साझेदारों और तीसरे पक्षों की सेवाओं और उत्पादों से संबंधित विज्ञापन सामग्री भी ईमेल, ऑटो डायलर या एसएमएस के माध्यम से प्राप्त करना चाहता/चाहती हूँ।

*Harel Group - Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. और इसकी सहायक कंपनियां।

कृपया ध्यान दें - आपकी प्राथमिकता को चिह्नित करने में विफलता को कंपनी से विज्ञापन सामग्री प्राप्त करने से इनकार नहीं माना जाएगा (जैसा कि ऊपर अनुभाग ए में विस्तृत है) और यह किसी भी पूर्व सहमति को अमान्य नहीं करता है। आप अपनी सहमति के बारे में कभी भी अपना निर्णय बदल सकते हैं।

7. क्या किसी बीमा कंपनी ने कभी आपके स्वास्थ्य बीमा आवेदन को खारिज या रद्द किया है? ☐ नहीं, ☐ हाँ, अगर "हाँ" कृपया निर्दिष्ट करें:

8. चिकित्सा गोपनीयता की छूट: मैं, अधोहस्ताक्षरी, इसके द्वारा HMO और / या इसके चिकित्सा संस्थानों के साथ - साथ सभी चिकित्सकों और / या मनोचिकित्सकों, चिकित्सा संस्थानों और अन्य अस्पतालों, और/या किसी भी बीमा कंपनी और / या किसी और संस्था और इकाई को बीमा पॉलिसी के तहत अधिकारों और दायित्वों को स्पष्ट करने के लिए आवश्यक सीमा तक, और / या बीमा में मेरे प्रवेश की समीक्षात्मक प्रक्रिया के प्रयोजनों के लिए, हरेल को प्रस्तुत करने के लिए, कंपनी के पास रखी गई किसी भी जानकारी और विवरण सहित और अनुरोध करने वाले पक्ष (ओं) द्वारा आवश्यक रूप में, मेरी स्वास्थ्य स्थिति के बारे में, किसी भी बीमारी जो मुझे अतीत में हुई है और / या वर्तमान में है और / या भविष्य में होगी, और मैं आपको चिकित्सा गोपनीयता बनाए रखने और "अनुरोध करने वाली पार्टी" के पक्ष में इस गोपनीयता से छूट के कर्तव्य से मुक्त करता हूँ। लिखित में यह छूट मेरी कानूनी संपत्ति और मेरे कानूनी प्रतिनिधियों के साथ - साथ मेरे स्थान पर आने वाले किसी भी व्यक्ति को बाध्य करती है।

बीमा उम्मीदवार ने एक ऐसी भाषा में इसकी सामग्री का स्पष्टीकरण प्राप्त करने के बाद इस स्वास्थ्य स्थिति विवरण फॉर्म पर हस्ताक्षर किए हैं जिसमें वह धाराप्रवाह है।

तारीख बीमा अभ्यर्थी के हस्ताक्षर गवाह के हस्ताक्षर