

# Health Statement para sa Medical Insurance - Mga Dayuhan sa Israel



Saklaw ng Aplikasyon sa Insurance na nakalakip dito, na bahagi ng Health Statement na hindi maaaring ihiwalay.

Idinisenyo ang Form na ito para sa parehong kalalakihan at kababaihan.

Tiyakin na tumpak at kumpleto ninyong sagutin ang Form na ito.

06/2025 na Edisyon

Attn.

Harel Insurance Company Ltd. - Insurance Branch para sa Mga Dayuhang Empleyado / Turista

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

## A Mga Detalye ng Aplikante sa Insurance

Passport No.	Apelyido	Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Sa Health Statement na ito, kailangan mong sagutin ang mga sumusunod na tanong sa pamamagitan ng paglagay ng "✓" sa kolum ng tamang sagot. Kung ang sagot sa alinman sa mga tanong ay "Oo," kailangan mong maglakip ng kasalukuyang sertipiko mula sa iyong doktor na tumutukoy sa nasabing problema, mga resulta ng pagsusuri, paraan ng paggamot, at kasalukuyang kalagayan.					
<b>Seksyon A: Pangkalahatang Mga Tanong</b>				<b>Oo</b>	<b>Hindi</b>
1.	Taas sa cm: ..... Timbang sa kg: .....				
2.	<input type="checkbox"/> Gumagamit ka ba, o gumagamit ka na ba ng narcotics? <input type="checkbox"/> Umiinom ka ba, o umiinom ka na ba ng mga inuming nakalalasing nang regular? Paki-specify ang dami ng konsumo: ..... baso bawat araw.				
3.	Sa nakaraang 10 taon, na-refer ka ba sa alinman sa mga sumusunod na pagsusuri (maliban sa mga bahagi ng mga regular na checkup) at hindi pa ito naisagawa, o hindi pa natukoy ang huling diagnosis para sa iyo, tulad ng: mga chronic na sakit, catheterization, bone mapping, echocardiography, MRI, CT, ultrasound (maliban sa bahagi ng regular na prenatal care), biopsy, occult blood, colonoscopy o gastroscopy, mga autoimmune na sakit kabilang ang lupus (kung "Oo," magsumite ng sertipiko mula sa iyong doktor, na nagsasaad ng dahilan ng pagsusuri, mga resulta ng pagsusuri at huling diagnosis).				
4.	Ikaw ba ay kasalukuyan, o naging nakatakdang sumailalim sa isang operasyon / transplantasyon sa nakaraang 10 taon? Ilarawan ng detalyado: .....				
5.	Sa nakaraang 10 taon, ikaw ba ay na-ospital? Ilarawan ng detalyado ang dahilan ng iyong pagka-ospital at ang paggamot na natanggap mo.				
6.	Sa nakaraang 10 taon, ikaw ba ay umiinom, o nakatanggap ka ba ng rekomendasyon na uminom ng mga gamot nang regular? Ilarawan ng detalyado ang problema kung saan ka ginagamot / ginamot, ang paggamot, at kung gaano katagal mong iniinom ang nasabing gamot.				
7.	Na-diagnose ka ba na may anumang allergies? Ilarawan ng detalyado: .....				
<b>Seksyon B: Na-diagnose ka ba na may anumang sakit, syndrome, o disorder na may kaugnayan sa isa o higit pa sa mga isyung tinukoy sa ibaba:</b>					
1.	<input type="checkbox"/> Ang nervous system <input type="checkbox"/> Cerebrovascular accident (stroke) <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis <input type="checkbox"/> Muscular dystrophy o ibang atrophic na sakit <input type="checkbox"/> Paulit-ulit na pagkahilo <input type="checkbox"/> Sakit ng ulo <input type="checkbox"/> Mga disorder sa balanse <input type="checkbox"/> Pagkawala ng malay <input type="checkbox"/> Parkinson's syndrome <input type="checkbox"/> Alzheimer's disease <input type="checkbox"/> Panginginig <input type="checkbox"/> Mental retardation <input type="checkbox"/> Autism <input type="checkbox"/> Down's syndrome <input type="checkbox"/> Cerebral palsy <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (infantile paralysis) <input type="checkbox"/> Gaucher's disease <input type="checkbox"/> Pagkawala ng pakiramdam (pamamanhid) <input type="checkbox"/> Attention deficit disorders <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Kumonsulta ka ba sa doktor dahil sa mga reklamo tungkol sa pagbagsak ng memorya (dementia)? <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> HIV carrier <input type="checkbox"/> Lupus Kung ang sagot sa isa o higit pang mga tanong sa itaas ay "Oo," maglakip ng kasalukuyang liham mula sa attending neurologist mo.				
2.	<b>Mga Mata at Paningin:</b> <input type="checkbox"/> Katarata <input type="checkbox"/> Mga problema sa retina at cornea <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Pamamaga ng mata <input type="checkbox"/> Pagkakaroon ng strabismus <input type="checkbox"/> Pagkabulag Ibang sakit/problema sa mata: <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....				
3.	<b>Puso:</b> <input type="checkbox"/> Cardiac arrhythmias <input type="checkbox"/> Sakit sa puso <input type="checkbox"/> Heart failure <input type="checkbox"/> Atake sa puso <input type="checkbox"/> Congenital na depekto sa puso <input type="checkbox"/> Catheterization <input type="checkbox"/> Mga sakit sa valve ng puso, ibang sakit / problema sa puso: Wala Oo, kung "Oo" tukuyin: .....				
4.	<b>Mga Daluyan ng Dugo:</b> <input type="checkbox"/> Varicose vein (sa mga ugat ng mga binti) <input type="checkbox"/> Carotid artery (sa mga ugat sa leeg) <input type="checkbox"/> Coagulation disorders <input type="checkbox"/> Sakit sa dugo DVT (Thrombosis) <input type="checkbox"/> PVD (Peripheral Vascular Disease), ibang vascular na sakit/problema <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....				



## A Mga Detalye ng Aplikante sa Insurance

Seksiyon B: Na-diagnose ka ba na sa may alamang sakit, syndrome, o disorder na may kaugnayan sa isa o higit pa sa mga isyung tinukoy sa ibaba:		Oo	Hindi
5.	<b>Mga Sakit sa Metabolismo:</b> <input type="checkbox"/> Thyroid gland <input type="checkbox"/> Lymph node <input type="checkbox"/> Salivary gland <input type="checkbox"/> Sweat gland <input type="checkbox"/> Pituitary gland <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Mataas na antas ng taba / kolesterol, ibang metabolic na sakit/problema <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....		
6.	<b>Sistema ng Paghinga:</b> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> COPD (chronic obstructive pulmonary disease) <input type="checkbox"/> Hay fever <input type="checkbox"/> Paulit-ulit na impeksyon sa paghinga at Hirap sa paghinga <input type="checkbox"/> Pagbagsak ng baga (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis Ibang sakit/problema respiratory system: <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....		
7.	<b>Sistema ng Pagtunaw:</b> <input type="checkbox"/> Ulcer (duodenum / gastric) <input type="checkbox"/> Heartburn <input type="checkbox"/> Crohn's disease <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Reflux <input type="checkbox"/> Almoranas <input type="checkbox"/> Punit / Fissure <input type="checkbox"/> Pagbara ng bituka <input type="checkbox"/> Mga sakit / impeksyon sa pancreas <input type="checkbox"/> Esophagus <input type="checkbox"/> Gallbladder <input type="checkbox"/> Gall-bladder stones Ibang sakit/problema sistema ng pagtunaw: <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....		
8.	<b>Atay:</b> <input type="checkbox"/> Jaundice <input type="checkbox"/> Hepatitis B, C, D <input type="checkbox"/> Fatty liver <input type="checkbox"/> Cirrhosis, ibang sakit/problema sa sistema ng pagtunaw <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....		
9.	<b>Hernia:</b> Lokasyon ng hernia: Sa diaphragm / sa pusod / sa kanang bahagi ng singit / sa kaliwang bahagi ng singit Sumailalim ka ba sa operasyon upang gamutin ang hernia? <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kailan (petsa)? ..... Naresolba ba ang problema? <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo		
10.	<b>Bato at Urinary Tract:</b> <input type="checkbox"/> Paulit-ulit na impeksyon <input type="checkbox"/> Mga bato sa bato at urinary tract <input type="checkbox"/> Mga cyst sa bato <input type="checkbox"/> Mga anomaliya sa urinary tract <input type="checkbox"/> Pagkabigo sa bato, ibang sakit/problema sa bato at urinary tract <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....		
11.	<b>Mga Kasu-kasuhan at Buto:</b> <input type="checkbox"/> Arthritis <input type="checkbox"/> Gout <input type="checkbox"/> Likod / gulugod <input type="checkbox"/> Mga kasu-kasuhan <input type="checkbox"/> Mga tuhod Ibang sakit/problema sa kasu-kasuhan at buto <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....		
12.	<b>Mga Sakit sa Balat at sex:</b> <input type="checkbox"/> Mga tumor sa balat <input type="checkbox"/> Mga sugat sa balat <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Mga sakit na nakukuha sa pakikipagtalik <input type="checkbox"/> Syphilis Ibang sakit/problema sa balat at sex: <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....		
13.	Mga malignant na tumor / sakit (kanser).		
14.	<b>Sa mga kababaihan:</b> <input type="checkbox"/> Dibdib (kasama ang pagpapalaki ng suso) <input type="checkbox"/> Sistema ng gynecological, sakit / ibang problema sa kababaihan <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: ..... <input type="checkbox"/> Buntis ka ba? <input type="checkbox"/> Sumailalim ka ba sa cesarean delivery? <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin kung kailan (petsa): .....		
15.	<b>Sa mga kalalakihan:</b> <input type="checkbox"/> Mga problema sa prostate <input type="checkbox"/> Varicocele / Hydrocele Ibang sakit/problema sa kalalakihan <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....		
16.	<b>Mga Sakit sa Isipan:</b> Sakit sa isipan na na-diagnose ng psychologist, psychiatrist, o family physician.		
17.	<b>Mga Sakit sa Ilong, Tainga, at Lalamunan:</b> <input type="checkbox"/> Sleep apnea syndrome <input type="checkbox"/> Nasal polyp <input type="checkbox"/> Sinusitis Ibang sakit/problema sa ilong, tainga, at lalamunan <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo, kung "Oo" tukuyin: .....		

Magbigay ng mga detalye: .....

## B Mga Detalye ng mga Nakaraang Polisiya ng Insurance

Nag-insure ka ba ng Harel o anumang ibang kompanya ng insurance? <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Oo Kung oo, pakitukoy ang kompanya at ang numero ng polisiya / numero ng membership sa health care provider:									
Insurance period		Hanggang		Pangalan ng Kompanya		No. ng Polisiya		No. ng Membership	
Mula 1 1									

## C Power of Attorney ng Agent

Dahil dito, binibigyan ko ng kapangyarihan ang aking insurance agent sa Polisiya, G. / Ginang, upang pangasiwaan ang anumang bagay kaugnay ng Polisiya, kabilang ngunit hindi limitado sa proseso ng pagsasama sa Polisiya mga pamamaraan ng underwriting, pag-renew o pagpapalawig ng Polisiya para sa karagdagang mga panahon, pagsusumite ng mga claim, mga pagbabago at iba pang mga hakbang sa Polisiya, at iba pa, sa aking pangalan at para sa akin. Kasama rito ang pagsusumite ng lahat ng liham at/o dokumento na may kaugnayan sa nabanggit na mga bagay sa "Harel" at pagtanggap ng mga ito mula sa "Harel". Dahil dito, binibigyan ko kayo ng aking pahintulot na magsilbing kinatawan ko ang insurance agent sa anumang bagay kaugnay ng Polisiya at ang aking pahintulot na ipadala sa insurance agent ang lahat ng mga detalye na kinakailangan sa kanya, sa anumang hakbang na may kaugnayan sa Polisiya, kabilang ang mga detalye ng ibang mga Polisiya kung saan ako ay na-insure sa Harel, na hindi kinakailangang mga polisiya kung saan ang insurance agent na binibigyan ko ng kapangyarihan sa kasunduan kong ito ay ang kasalukuyang agent.

Petsa	Pangalan	Pirma ng Na-insure
-------	----------	--------------------

Para sa inyong kaalaman, ang mga kopya ng liham at/o mga dokumento na may kaugnayan sa claim ay ipapadala sa inyong insurance agent sa polisiya sa anumang pagkakataon.

## D Insurance Applicant's Statement

1. Ako, ang lumagda, ay humihiling sa Harel Insurance Company Ltd. (tinutukoy dito bilang "ang Insurer/Kompanya/Harel") na i-insure ako batay sa mga nabanggit sa proposal na ito.

**(a) Pagkapribado**

Ang Harel Insurance Company Ltd. at Harel Pension and Provident Ltd. ("Harel") ay nangangalap ng impormasyon para sa layunin ng pagpaparehistro sa mga produkto, pagbibigay ng mga serbisyo, pagpapatakbo at pamamahala ng mga siklo ng produkto, pagproseso ng mga claim, pagbabayad at iba pang proseso, pamamahala at pagpapabuti ng negosyo at mga serbisyong ibinibigay ng Harel, pagsunod sa batas, pag-angkop at pag-aalok ng mga produkto at serbisyo batay sa personal na katangian, at para sa iba pang lehitimong layunin. Sa pangkalahatan, wala kang legal na obligasyong magbigay ng impormasyon, subalit ang hindi pagbibigay ng impormasyon ay maaaring maging hadlang upang masuri namin ang isang kahilingan at makapagbigay ng serbisyo. Ang impormasyon ay ililipat sa ahente ng seguro (kung mayroon man) upang matugunan ng ahente ang mga kahilingan at patungkol sa lahat ng aspeto ng pamamahala at pagpapatakbo ng mga produkto at serbisyo, gayundin sa mga provider ng serbisyo at iba pang ikatlong partido na awtorisadong tumanggap ng impormasyon, kaugnay ng mga layuning ito..

Ang karagdagang impormasyon tungkol sa patakaran sa pagkapribado ay makukuha sa website ng Harel, kasama ang mga paraan ng pakikipag-ugnayan sa Opisyal ng Proteksyon ng Data sa Harel, impormasyon tungkol sa karapatan ng pag-inspeksyon at pagbabago pati na rin ang karapatang mag-opt out sa direktang pagpapadala ng koreo, ay matatagpuan sa pamamagitan ng sumusunod na link: <https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB>.

- (b) Dahil dito, ipinapahayag ko na ang lahat ng mga sagot ay tama at kumpleto at ibinigay ng buong kusang-loob.
- (c) Ang mga sagot na tinukoy sa Health Declaration at anumang iba pang impormasyon na ibinigay sa Kompanya, pati na rin ang mga karaniwang termino ng Kompanya kaugnay sa bagay na ito, ay magsisilbing mga pangunahing termino ng kontrata ng insurance sa pagitan mo at ng Kompanya at magiging bahagi nito.

**2. Mga benepisyaryo sa kaso ng pagkamatay**

Maaari kang magtalaga ng mga benepisyaryo gamit ang form na "Aplikasyon sa Pag-update / Pagbabago ng mga benepisyaryo sa kaso ng pagkamatay." Kung walang itinalagang benepisyaryo, ang mga halaga ay ibabayad sa mga lehitimong tagapagmana ayon sa batas, alinsunod sa kautusan ng pamamana o probate.

3. **Pamamaraan ng Pagsali:** Ang kumpanya ay may karapatang magdesisyon kung tatanggapin o tatanggihan ang proposal. Para sa inyong kaalaman, magkakaroon lang ng bisa ang kontrata ng insurance pagkatapos magbigay ang Kompanya ng nakasulat na kumpirmasyon ng pagtanggap sa kandidato sa insurance. Kung nangangailangan ang karagdagang proseso ng paglilinaw ng mga termino, underwriting, at pagtanggap sa insurance, hindi ipagkakaloob ang polisiya sa kandidato sa insurance at hindi magiging epektibo hangga't hindi natatapos ang mga pamamaraan sa kandidato ng insurance.

4. (a) Binibigyan ko ng kapangyarihan ang aking insurance agent sa polisiya, na ang mga detalye ay makikita sa simula ng proposal na ito, na magsumite sa Harel at tumanggap mula sa Harel sa aking pangalan at para sa akin ng lahat ng mga abiso at/o dokumento na may kaugnayan sa proseso ng underwriting at proseso ng pagsali sa polisiya na ito.
- (b) Sumasang-ayon ako na ang polisiya ng insurance para sa insurance plans na hiniling sa proposal na ito ay ihahatid sa akin sa pamamagitan ng agent na ang mga detalye ay makikita sa simula ng proposal na ito.
- (c) Kung nais mong matanggap ang polisiya at/o ang impormasyon sa ilalim ng proseso ng underwriting at proseso ng pagsali sa polisiya nang direkta, maaari kang makipag-ugnayan sa Harel anumang oras, sa pamamagitan ng pagtawag sa Harel (\*2735).

5. Dahil dito, kinukumpirma ko na natanggap ko ang mahahalagang impormasyon tungkol sa insurance, na kinabibilangan, sa pinakamababa, ng paglalarawan ng mga pangunahing elemento ng coverage, ang premium ng insurance, ang insurance period, ang pangunahing insurance amounts, at ang mga pangunahing limitasyon ng pananagutan, pati na rin ang tungkol sa aking posibilidad na makuha ang kumpletong mga detalye tungkol sa mga ito.

**6. Pagpapadala ng materyal sa advertising**

**(a) Abiso tungkol sa pagtanggap ng materyal sa advertising mula sa Kumpanya:**

Ang impormasyong ibinigay mo ay gagamitin para sa pagpapadala ng materyal sa advertising ng Kumpanya sa pamamagitan ng email, sistema ng awtomatikong pag-dial (autodialer) o mga text message (SMS). Maaari kang mag-unsubscribe anumang oras sa: <https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS>; [unsubscribe1@harel-ins.co.il](mailto:unsubscribe1@harel-ins.co.il); sa pamamagitan ng pag-dial sa \*2735; o sa pamamagitan ng QR code sa ibaba:



**(b) Pahintulot na makatanggap ng karagdagang materyal sa advertising:**

- ☐ Bilang karagdagan sa mga advertisement na maaaring ipadala sa akin ng Kumpanya batay sa aking nabanggit na abiso, nais ko ring makatanggap ng materyal sa advertising tungkol sa mga serbisyo at produkto mula sa lahat ng kumpanya ng Harel Group, kanilang mga kasosyo sa negosyo at mga ikatlong partido, sa pamamagitan ng email, autodialer o SMS.

\*Harel Group - Harel Insurance Investments & Financial Services Ltd. at mga subsidiary nito.

**Mangyaring tandaan** - ang kabiguang markahan ang iyong kagustuhan ay hindi ituturing na pagtanggap na tumanggap ng materyal sa advertising mula sa Kumpanya (gaya ng nakadetalye sa Seksyon A sa itaas) at hindi nito pinapawalang-bisa ang anumang paunang pahintulot. Maaari mong baguhin ang iyong isip tungkol sa iyong pahintulot anumang oras.

**D Insurance Applicant's Statement**

7. Mayroon bang alinmang kompanya ng insurance na nagtanggap o nagkansela ng aplikasyon mo sa health insurance? ☐ Hindi ☐ Oo, kung "Oo" tukuyin:
8. **Pag-waive ng medical confidentiality:** Ako, ang lumagda sa ibaba, ay nagbibigay ng pahintulot sa HMO at/o mga medikal na institusyon nito, pati na rin sa lahat ng mga doktor at/o psychiatrist, mga medikal na institusyon at iba pang ospital, at/o anumang kompanya ng insurance at/o anumang ibang institusyon at entidad, sa lawak na kinakailangan upang linawin ang mga karapatan at obligasyon sa ilalim ng Patakaran sa Insurance, at/o sa layunin ng pagsusuri sa aking pagtanggap sa inaasam na insurance, na magsumite sa Harel, kabilang ang anumang impormasyong hawak ng kompanya at mga detalye nang walang pagbubukod at sa anyo na kinakailangan ng Requesting Party(s), hinggil sa aking kalusugan, anumang sakit na aking naranasan noon at/o kasalukuyan at/o maaaring maranasan sa hinaharap, at inaalis ko kayo sa tungkulin na panatilihin ang kumpidensyalidad ng medikal at isinusumpa ko ang kumpidensyalidad na ito pabor sa "Requesting Party". Nag-uukol ang waiver na ito sa pagsulat ng obligasyon sa aking legal na ari-arian at mga legal na kinatawan, pati na rin sa sinumang hahalili sa aking lugar.

Pinirmahan ng Kandidato sa Insurance ang Health Condition Statement Form na ito matapos makatanggap ng paliwanag ukol sa nilalaman nito sa wika na siya ay bihasa.

Petsa ..... Pirma ng Kandidato sa Insurance  .....

Pirma ng witness  .....