

סינית 1

保单编号

CARE 4U (关爱您) 保单健康声明

被保险人详情

护照号码

姓

名

性别

出生日期

男 / 女

一般问题		否	是			否	是
1	是否现在身患疾病或在过去 5 年中曾经患病, 或是否知晓任何健康问题或需要手术? 请详述何种疾病以及何时。				您及您的直系亲属是否有或曾经有过下列疾病或现象?		
2	现在或过去是否接受过药物治疗? 详述何种药物。			1	神经系统和脑部疾病: 瘫痪、多发性硬化症、眩晕、关节炎、痛风、癫痫、阿尔茨海默症、帕金森症、运动障碍? 请述详情。		
3	是否在任何时候曾在医院或机构中住院? 请详细说明何时住院, 住院原因以及接受何种治疗?			2	呼吸系统疾病, 哮喘、肺结核、慢性肺炎? 请述详情。		
4	是否饮酒?			3	任何心脏和血液疾病, 高血压? 请述详情。		
5	是否吸烟? 每天吸几根? 是否饮酒? 请说出喝什么和多少量? 是否吸毒或曾经吸毒?			4	消化系统疾病、肝脏疾病、黄疸? 请述详情。		
6	在过去 5 年中, 是否接受过无论何种实验室测试和/或医疗测试? 详述原因, 时间和任何非正常结果。			5	肾脏和泌尿系统疾病? 请述详情。		
7	是否发生过意外或手术? 详述时间和手术或意外的性质。			6	关节和骨骼疾病、骨折、颈背痛? 请述详情。		
8	在过去两年中, 是否有连续 3 天以上缺席工作?			7	代谢疾病和免疫系统疾病、糖尿病、甲状腺、高血脂、血液和凝血疾病、骨质增生、黄疸、贫血? 请述详情。		
9	是否曾被定级为伤残?			8	癌症 (恶性疾病), 慢性病变? 请述详情。		
10	是否借助任何医疗器械?			9	皮肤病和性病: 梅毒、爱滋病、未愈合的伤口。		
				10	眼耳疾病包括听觉障碍、咽喉疾病? 请述详情。		
				11	以下问题仅限妇女回答 a. 是否怀孕? b. 妇科疾病: 月经紊乱、乳房疾病包括经乳房造影法发现的乳房肿块, 以及经检查发现的子宫和卵巢癌细胞生长。请述详情。 c. 子女人数 (包括前次婚姻子女) d. 怀孕的次数。请陈述怀孕期间有否出现问题。 e. 最近一次妇科检查是在何时?		

对于健康状况调查中回答“是”的项目, 请述详情:

סינית 2

本人特此声明，此健康声明中陈述的所有详细情况是正确和全面的。如有任何错误和遗漏，Ayalon 将免除其根据保险合同法应承担的责任。

医疗秘密弃权声明

本签字人特此授权 Sick Funds（疾病基金）和/或其专属医疗机构和/或所有保险公司、和/或每个医疗机构和/或每个其它代理机构的所有医生、医疗机构和/或其它医院，以该保险公司（以下称为请求人）要求的形式、毫无保留地向其提供有关本人的健康状况和/或过去、现在或将来可能的所有患病情况的所有详情。本人特此免除你们保守医疗秘密的责任，对请求人放弃该秘密。本弃权书对于本人、本人的财产、本人的律师和任何代位人均有约束力。

被保险人姓名 _____ 护照号码 _____

被保险人签名 _____ 日期: _____

证人姓名 _____ 身份证号码 _____

证人签名 _____ 日期 _____

被保险人声明

1. 本人在此声明、同意并保证:

- (1) 所有答案均正确、完整，并出于本人意愿。
- (2) 健康声明中的回答和所有其他给予承保人的信息和所有为此被承保人接受的条件，将成为本人和承保人之间的保险合同的基础条件，并将成为保险合同的不可分割的组成部分。
- (3) 承保人有权决定接受本申请或拒绝本申请而无须说明理由。本人明白保险合同只有在承保人签发书面证书接受我的投保并且在首期保费完全给付后方生效。

2. 本人知晓:

根据本保单，对于先天性疾病和缺陷，包括本人无论是否正在治疗中的健康状况和/或医疗征候症状和/或医疗疾病、和/或因为本人在本保险开始日期前的健康状况直接或间接地导致的、和/或加重的后果，承保人均将免除理赔的义务。所有这些受均上述 Foreign Workers Order（外国劳工制度）的约束。

3. 本人在此声明没有保险公司拒绝过我的健康保险申请。

保单持有人声明

就本人所知，被保险人的声明是正确的。本人不知晓有任何先天性疾病和缺陷，包括无论是否治疗过的基因疾病和/或健康状况和/或医疗症状和/或疾病，和/或在本保险开始前存在的健康状况直接或间接引起的、和/或加重的后果；以及/或如果承保人知悉，就不会签发本保单和承保保险的任何其它信息。

♥ 本声明用被保险人能够理解的语言向其解释后，由被保险人签字。

同意接受非受保条款协议

我同意签发本保险申请:

☐ 享有一项医疗追加补偿（若其未超过 75%）。

☐ 公司责任中含有一项非受保条款：其不对保险申请人现有的残疾和/或健康限制及其导致的结果和后果负责。

投保人签字 _____

雇主签名

雇主姓名 _____ 雇主签名盖章 _____ 签名日期 _____

被保险人签名

被保险人姓名 _____ 被保险人签名 _____ 签名日期 _____