

CARE 4 U 保单健康声明/医疗保险

保险申请人详情

姓氏	名字	护照号	性别	出生日期	身高	体重
			男/女			

为便于编制，以下问题均假定申请人为男性，但这些问题同样适用于女性申请人。请在相关方框内画叉 (X)。如果某问题的答案是肯定的，请详细说明。

您是否或曾经患有以下疾病或病症？		是	否	一般问题		是	否
1	神经系统 - 眩晕、头痛、晕厥发作、瘫痪、癫痫、记忆障碍、感觉缺失、退行性疾病、脑出血、脑血管意外、平衡力缺失、阿尔茨海默氏病、帕金森病、智力障碍、痴呆、多发性硬化症、精神疾病。			1	您是否目前患有或在过去五年中曾经患任何疾病，或是您否知道您的健康状况下降或需要手术？如果是，请详细说明疾病以及患病时间。		
2	呼吸系统 - 哮喘、肺结核、肺炎、支气管炎、肺气肿、咯血、呼吸道或胸部反复感染。如果有，请详细说明。			2	您是否目前或过去曾服用药物？如果是，请详细说明所服药物。		
3	心血管系统疾病，包括心律失常、心瓣膜疾病和心脏病。			3	您是否曾经住院？如果是，请详细说明住院时间、住院原因以及接受的治疗。		
4	高血压，包括行走时腿疼、静脉曲张、血液循环疾病、动脉狭窄。如果有，请详细说明。			4	您是否饮酒？如果是，请详细说明酒的种类和饮酒频率。		
5	消化系统 - 消化疾病（消化性溃疡或十二指肠溃疡）、烧心、肠道感染性疾病、消化系统出血、痔疮、肛门疾病、肝脏疾病或肝脏疾病、黄疸、胆囊结石、胰腺感染。如果有，请详细说明。			5	您是否吸烟？如果是，请详细说明每日吸烟数量。您是否或曾经吸毒？		
6	疝气，包括腹股沟疝、横膈疝、腹壁疝或脐疝、手术疤痕、股肌断裂、精索静脉曲张。			6	您是否接受过任何实验室检验？如血液、尿液和/或医疗检查，其中包括心电图、X线检查（胸部、消化系统、肾脏、骨骼和脊柱）、计算机断层扫描（CT）和MRI。如果是，请详细说明原因、时间和结果。		
7	肾脏和泌尿道感染，包括肾结石、泌尿道结石、血尿、蛋白尿、糖尿、肾囊肿、前列腺疾病。如果有，请详细说明。			7	您是否发生过事故或接受过手术？如果是，请详细说明手术和事故时间和类型。		
8	关节和骨骼疾病，包括关节炎、痛风、后背/颈部/脊柱痛、椎间盘/肩/膝/踝/其它关节疾病（椎间盘脱出）、骨疾病。如果有，请详细说明。			8	您是否曾完全或部分丧失工作能力？如果是，请详细说明。		
9	代谢和免疫系统疾病，包括糖尿病、甲状腺疾病、肾上腺疾病、脑下垂体疾病、或其它腺体疾病、高血脂、血液疾病或凝血、贫血。如果有，请详细说明。			9	您是否身有残障？如果是，是何种等级？		
10	恶性疾病（癌症），包括恶性或恶性前期肿瘤或恶性前期疾病、艾滋病/艾滋病病毒携带者。如果有，请详细说明治疗类型、日期和方式。			10	您是否使用任何类型的辅助性医疗器械？		
11	皮肤和性传播性疾病，包括疱疹、梅毒、皮肤过度生长、疣类、艾滋病生殖器官疾病。如果有，请详细说明。			11	在过去的六个月里，您是否有体重下级？如果是，请详细说明。		
12	眼科疾病，包括白内障、斜视、失明、角膜或视网膜疾病、视力障碍、散光、青光眼。您是否戴眼镜？如果是，请详细说明。			12	您是否患有或曾经患有任何传染病？		
13	咽喉疾病，包括咽喉或耳部反复感染、鼻窦炎、听力障碍、睡眠呼吸暂停、打鼾。如果有，请详细说明。			13	您是否患有未在此表格中列出的任何类型健康缺陷（其中包括先天缺陷）？如果是，请详细说明。		
				14	您是否被确诊患自身免疫性疾病（包括狼疮）？如果是，请详细说明。		
				15	您是否患有任何慢性疾病，无论是活动性的还是潜伏性的。如果是，请详细说明。		
				16	您是否正在等待接受任何医学治疗，包括手术或住院。如果是，请详细说明。		
				17	您是否携带 HIV 抗体和/或病毒或有黄疸？如果是，请详细说明。		
				18 妇科疾病（仅限女性）：			
				A	您是否已经怀孕？如果是，请详细说明和胚胎数量。		
				B	您是否患有任何妇科疾病，如月经紊乱、生育疾病、出血、乳房、子宫或卵巢肿块、妇科检查（如宫颈涂片）结果异常或其它妇科疾病。如果是，请详细说明。		
				C	您是否患有乳房疾病或乳房肿块？		
				D	既往妊娠次数。		
				E	您是否曾经或目前仍有妊娠类疾病？如果是，请详细说明。		
				F	您是否接受过剖腹产？		
				G	您有多少子女（包括既往婚姻的子女）？		
				H	您上一次接受妇产科专家检查是什么时候？		

对于回答“是”的任何问题，请详细说明：

人特此声明，我在此健康声明中提供的信息都是准确和完整的。如果发现我所提供的信息是不准确和不完整的，Ayalon 将不担负根据保险合同法所应承担的责任。

医疗保密豁免

通过在以下签字栏签字，我兹此授权健康基金和/或其所属医疗机构和/或办事处和/或所有医生、医疗机构和/或其它医院和/或其它保险公司和/或其它机构和/或其它方向 Ayalon 保险有限公司（以下称为请求人）以所要求的形式、毫无保留地提供有关本人健康状况和/或过去曾环和/或目前所患和/或将来可能患病的详情。本人兹此免除他们保守医疗秘密的责任，豁免请求人受此责任约束。本保密豁免适用于我本人、我的法律代表和可能取代法律代表的任何方。

保险申请人声明

- 本人在此声明、同意并保证以下事项：(1) 所有回答案均是准确、完整和并出于本人意愿。(2) 在健康声明中提供的回答和提供给保险公司的其它信息连同保险公司在此方面要求的条件，共同构成本人和保险公司之间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) 保险公司有权决定接受或拒绝本申请而无需说明理由。本人理解，只有在保险公司出具书面证书以确认接受我的申请并且在收到全额首期保费后，保险合同方才生效。
- 本人理解，根据本保单，对于在本保险开始日期前已发生的和/或因既有健康状况造成已恶化的任何缺陷、先天性缺陷，包括医学状况和/或医学征候症状和/或疾病，无论是否已经治疗和/或直接或间接后果，保险公司均将免除理赔的义务。所有这些均受外国劳工条例中与 Care4U 保单有关的条款的约束。

特别接受条款协议


本人同意根据以下条款购买此保险：

- 因医疗状况而支付额外保费，但不会超过该状况保费的 175%。
- 保险公司将不负责申请人的任何现有残障和/或健康问题及其后果和并发症。
- 。

保单持有人声明

就本人所知，我的声明是准确的。本人不知道本人患有在本保险开始日期前已发生的和/或因既有健康状况造成已恶化的、先天性缺陷、遗传性疾病和/或健康状况和/或医学状况和/或疾病，无论是否已经治疗和/或直接或间接后果。本人也不知道可能会导致保险公司会根据这些信息拒绝以本保单承保的任何其它信息。

已用被保险人能够理解的语言向其解释本声明，由被保险人签字。

雇主/保单持有人签字	雇主/保单持有人姓名	签字日期	雇主/保单持有人签字
			
被保险人签字	保险申请人姓名	签字日期	保险申请人姓名
			