

ผู้ขอทำประกันสุขภาพต้องตอบรายละเอียดทั้งหมดของคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ และทำเครื่องหมายบนคำตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ในตัวแบบสอบถาม หากคำตอบคือใช่ ("ใช่/เคย") จะต้องเขียนหมายเลขของคำถามนั้นในที่ว่างสำหรับคำตอบของข้อมูลที่ต้องตอบว่าใช่ และจะต้องระบุรายละเอียดของข้อมูลเหล่านั้น รวมถึงรายงานการเจ็บป่วยและสถานภาพปัจจุบัน

**คำถามเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป**

|    |  |               |         |
|----|--|---------------|---------|
| 1. | ท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถาบันทางการแพทย์หรือไม่? (โรงพยาบาลหรือสถาบันประเภทไหน เมื่อไร เหตุผลการเข้ารับรักษา) แนบรายงานการเจ็บป่วยและข้อมูลปัจจุบันด้วย  | ไม่ใช่/ไม่เคย | ใช่/เคย |
| 2. | ท่านเคยได้รับการผ่าตัดหรือเคยได้รับการแนะนำให้เข้ารับการรักษาผ่าตัดหรือไม่? (อธิบาย)   |               |         |
| 3. | ท่านเคยได้รับบาดเจ็บหรือไม่? ท่านมีความพิการใดๆ หรือไม่? (อธิบาย)  |               |         |
| 4. | ท่านเคยเข้ารับการตรวจเลือด บัสสวาระหรือ EKG เป็นประจำหรือไม่? ผลการตรวจเป็นปกติหรือไม่? (อธิบาย)   |               |         |
| 5. | ท่านเคยเข้ารับการตรวจด้วยภาพถ่าย อาทิ การฉายรังสีเอ็กซเรย์บริเวณต่างๆ (หน้าอก ลำไส้ ไต กระดูก เป็นต้น) การทดสอบแบบ mapping test การใช้หลอดสวน (catheterization) การถ่ายภาพเอ็กซเรย์โดยใช้เครื่องที่ควบคุมด้วยคอมพิวเตอร์ (CT), MRI, US? (บอกเหตุผล วันที่ และผลลัพธ์)  |               |         |
| 6. | ปัจจุบันท่านเจ็บป่วยเป็นโรคใดหรือไม่ และท่านรู้ตัวว่ามีอาการผิดปกติใดๆ หรือไม่ และท่านเคยได้รับและ/หรือกำลังได้รับการรักษาหรือได้รับยาหรือไม่? (อธิบาย โดยแจ้งปริมาณยาที่ใช้และระยะเวลาการรักษา)   |               |         |
| 7. | สำหรับสตรีเท่านั้น ท่านกำลังเป็นทุกข์หรือเคยเป็นทุกข์จากโรคของสตรี อาทิ ประจำเดือนมาไม่ปกติ ปัญหาการมีบุตรยาก การตกเลือด ก่อนเนื้อที่เต้านม ปัญหาเกี่ยวกับมดลูกหรือรังไข่ การพบสิ่งผิดปกติในการตรวจโรคเฉพาะสตรีทางระบบสืบพันธุ์ (เช่นการทดสอบเพื่อตรวจมะเร็ง PAP smear) หรือความผิดปกติอื่นๆ ที่เกี่ยวกับโรคเฉพาะสตรีทางระบบสืบพันธุ์หรือไม่?<br>ถ้าใช่ โปรดอธิบาย:<br>ท่านกำลังตั้งครรภ์หรือไม่? มีทารกในครรภ์กี่คน? ____ท่านมีปัญหาในการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้หรือไม่? หากมี โปรดอธิบาย<br>____ท่านเคยคลอดบุตรด้วยการผ่าท้องหรือไม่? |               |         |
| 8. | ท่านเคยถูกทำให้ไร้ความสามารถหรือกำลังอยู่ในสภาพไร้ความสามารถบางส่วนหรือโดยสิ้นเชิงและไม่สามารถทำงานได้หรือไม่? (อธิบาย)  |               |         |

**คำถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย (ท่านเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหรือกำลังป่วยด้วยโรคเหล่านี้หรือไม่)**

|     |   |               |         |
|-----|---|---------------|---------|
| 9.  | หัวใจและหลอดเลือดหัวใจ<br>A. โรคหัวใจ อาการเจ็บหน้าอก หายใจถี่ อาการใจเต้นเร็ว อาการปวดเค้นอก กล้ามเนื้อหัวใจตาย (หัวใจวาย) หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ลิ้นหัวใจผิดปกติ หัวใจบกพร่องมาแต่กำเนิด โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจหรือถุงหุ้มหัวใจ<br>B. ความดันโลหิตสูง<br>C. หลอดเลือด - เจ็บขาขณะเดิน โลหิตจับเป็นก้อน หลอดโลหิตดำโป่งขด การไหลเวียนโลหิตผิดปกติ ทางเดินเส้นเลือดแดงใหญ่ตีบ (แคบ) | ไม่ใช่/ไม่เคย | ใช่/เคย |
| 10. | ระบบประสาท - เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หมดสติ อัมพาต อากาศชัก (โรคลมบ้าหมู) TIA ความผิดปกติเกี่ยวกับความจำ การสูญเสียประสาทสัมผัส โรคเสื่อมโทรม เป็นลม เลือดออกในสมอง (CVA) อาการสั่นกระตุก ความผิดปกติในการทรงตัว โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน อาการอ่อนล้าทางจิต โรคจิตเสื่อม ในวัยชรา   |               |         |
| 11. | ความผิดปกติทางจิต - โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท วิตกกังวล พยายามฆ่าตัวตาย  |               |         |
| 12. | ระบบทางเดินหายใจ - โรคหอบ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง วัณโรค อากาศไอเป็นโลหิต การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่กำเริบขึ้นมา   |               |         |
| 13. | ทางเดินอาหารและตับ - แผลอักเสบ (ที่กระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็ก) อากาศจุกเสียดที่หลอดอาหาร โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง เลือดออกในลำไส้ โรคจิตสตีวงทวาร ปัญหาเกี่ยวกับทวารหนัก โรคตับเรื้อรัง ตีขาน ผนังถุงน้ำดี ตับอ่อนอักเสบ ตับอักเสบ (ที่เกิดจากเชื้อไวรัส หรือสาเหตุอื่น)   |               |         |
| 14. | ไตและทางเดินปัสสาวะ - นิ่วที่ไต ไตอักเสบ ทางเดินปัสสาวะบกพร่อง มีเลือดหรือโปรตีนในปัสสาวะ ถุงไต ไตวาย ต่อมลูกหมาก   |               |         |
| 15. | ความผิดปกติเกี่ยวกับน้ำของต่อมไร้ท่อ (ที่เกี่ยวกับการเผาผลาญพลังงาน) - โรคเบาหวาน ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ต่อมแอดรีนัล ถุงไต ต่อมพิทูอิทารีและต่อมอื่นๆ กรดไขมันในเลือดสูง (คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์)  |               |         |
| 16. | ผิวหนังและระบบสืบพันธุ์ - ซีฟิลิส ไรต์ โรคผิวหนังเป็นเม็ดพุพอง เนื่องจากผิวหนัง ฝ่ หูด และ/หรือเป็นหมัน และ/หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการมีบุตร   |               |         |

|     |   |  |  |
|-----|---|--|--|
| 17. | โรคร้ายแรงต่างๆ ที่ทำให้เสียชีวิตได้ (มะเร็ง) และเอดส์ - เนื่องจากชนิดที่เป็นมะเร็งหรือชนิดก่อนที่จะเป็นมะเร็งหรือเอดส์ ซึ่งรวมถึงสถานะที่เป็นพาหะ (ระบุชนิด วันที่ และวิธีการดูแล) |  |  |
| 18. | ข้อต่อและกระดูก - ข้ออักเสบ โรคเก๊าท์ โรคปวดหลังหรือคอ แขนงกระดูกข้ออื่นอีก โรคเกี่ยวกับไหล่ เข่า กระดูก  |  |  |
| 19. | ตา - ต้อกระจก ต้อหิน ตาเหล่ ตาบอด โรคเกี่ยวกับเรตินา โรคเกี่ยวกับกระจกตา ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น หมายเลข diopter   |  |  |
| 20. | หู จมูก คอ - การอักเสบของคอหรือหูที่กำเริบขึ้นมา ไช้สอักเสบ ความผิดปกติในการได้ยิน การหายใจขัดในเวลากลางคืนที่กำเริบหนักอย่างฉับพลัน (PND)  |  |  |
| 21. | อวัยวะหรือเนื้อเยื่อไหลออกมา - จากผนังช่องท้อง บริเวณขาหนีบ แผลเป็นจากการทำศัลยกรรม สะดือ กระบังลม  |  |  |
| 22. | ความผิดปกติทางสุขภาพอื่นๆ และ/หรือโรคอื่นๆ ที่ไม่ได้กล่าวถึงข้างต้น   |  |  |

## แบบแจ้งประวัติสุขภาพ ส่วน A

แบบฟอร์มนี้ใช้สำหรับทั้งชายและหญิง

## รายละเอียดเกี่ยวกับอาการ/โรคที่พบ

| หมายเลขคำถาม | รายละเอียดของข้อมูลที่พบ |
|--------------|--------------------------|
|              |                          |
|              |                          |
|              |                          |

## คำแถลงของผู้ขอทำประกันสุขภาพ

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ผู้ลงนามไว้ข้างล่างนี้

ในฐานะผู้ขอทำประกันสุขภาพ ขอเอาประกันตามข้อเสนอนี้ (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ข้อเสนอ")

1. ข้าพเจ้าตระหนักดีว่า:

- ก. ผู้รับประกันจะไม่รับผิดชอบและจะไม่ชำระข้อเรียกร้องสิทธิใดๆ อันเกิดจากสภาพร่างกายที่ตรวจพบซึ่งเป็นสภาพที่มีอยู่ก่อนแล้ว ปรากฏการณ์หรือโรคภัย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่มีมาก่อนวันเริ่มการประกัน หรือวันที่สรุปข้อเสนองการประกันภัย หรือวันที่ลงนามในคำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพ แล้วแต่ว่าวันใดจะหลังสุด

ข. โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอแถลง ตกลงและปฏิบัติตามดังต่อไปนี้:

- คำตอบทั้งหมดที่ระบุไว้ในข้อเสนองและ/หรือคำแถลงเกี่ยวกับสุขภาพถูกต้องและสมบูรณ์ และข้าพเจ้าไม่ได้บิดเบ่งข้อมูลใดๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อตัดสินใจที่จะยอมรับข้อเสนองในการรับประกันจากผู้รับประกัน
- ในกรณีที่มีการบิดเบ่งข้อมูลหรือให้คำตอบที่ไม่ถูกต้อง สัญญาประกันสุขภาพนั้นจะถือว่าไม่ขณะตั้งแต่นั้น
- คำตอบที่ระบุในข้อเสนองและข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับผู้รับประกันและเงื่อนไขที่เป็นที่ยอมรับซึ่งผู้รับประกันใช้ในเอกสารฉบับนี้จะใช้เป็นเงื่อนไขสำหรับสัญญาประกันสุขภาพระหว่างข้าพเจ้าและผู้รับประกัน และจะถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาทั้งหมด

ค. โดยหนังสือฉบับนี้

ข้าพเจ้ายืนยันและยินยอมที่จะให้การยอมรับหรือปฏิเสธข้อเสนองนั้นขึ้นอยู่กับดุลพินิจของผู้รับประกัน (ซึ่งมีสิทธิตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธข้อเสนองโดยไม่ต้องชี้แจงเกี่ยวกับการตัดสินใจ) แต่เพียงผู้เดียว

2. คำแถลงเกี่ยวกับการสละสิทธิการรักษาความลับทางการแพทย์

- ก. โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า ผู้ลงนามไว้ข้างล่างนี้ จะเปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ ที่องตลองทางการแพทย์ และคุณธรรมทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งบุคลากรอื่นๆ ที่มีหน้าที่ดูแลความลับทางการแพทย์และความลับอื่นๆ ให้กับ

Clai Insurance Company Ltd. หรือ Arieh Insurance Company Ltd. (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้แจ้งความจำนง")

- ข. โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บุคคลต่อไปนี้ อันได้แก่ คณะกรรมการของสถาบันประกันภัยแห่งชาติ ผู้รับประกัน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสุขภาพประจำเขต เจ้าหน้าที่ IDF กระทรวงกลาโหม และองค์กรหรือสถาบันที่ไม่ได้กล่าวชื่อไว้ ณ ที่นี้ และบริษัทประกันภัยอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าได้ทำประกันไว้ก่อนหน้านั้นหรือได้ทำประกันอยู่ในปัจจุบันเปิดเผยรายละเอียดทั้งหมดโดยไม่มีข้อยกเว้นเกี่ยวกับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยเป็นหรือเป็นอยู่ในปัจจุบัน หรือจะเป็นในอนาคต
- ข้อมูลการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของข้าพเจ้า หรือบันทึกทางการแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือรายงานของแพทย์ที่ข้าพเจ้าเข้าพบและ/หรือวันที่ที่ข้าพเจ้าเข้าร่วมในองคการดูแลรักษาสุขภาพให้แก่ผู้แจ้งความจำนงหรือผู้ได้รับมอบหมาย ร่วมกันและเพียงลำพัง
- ค. ข้าพเจ้าอนุญาตให้บริษัทประกันภัยทุกบริษัทและ/หรือสถาบันอื่นๆ ส่งข้อมูลและ/หรือเอกสาร และ/หรือกรรมกรรรมประกันภัยตามคำขอของผู้แจ้งความจำนงให้แก่ผู้แจ้งความจำนง
- ง. โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอแถลงว่าข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องสิทธิหรือยืนยันสิทธิใดๆ ต่อบุคคลหรือองคการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยข้อมูลดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ให้แก่ผู้แสดงความจำนงหรือผู้ได้รับมอบหมาย ร่วมกันและเพียงลำพัง
- จ. เงื่อนไขนี้ยังใช้กับกฎหมายที่ทักษีความเป็นส่วนตัว 5741 - 1981 (Privacy Protection Law of 5741 - 1981) และข้อมูลทางการแพทย์หรือข้อมูลอื่นๆ ทั้งหมดที่เก็บไว้ในฐานข้อมูลของสถาบัน รวมทั้งองคการดูแลรักษาสุขภาพ และ/หรือแพทย์ และ/หรือบุคลากรของสถาบันเหล่านี้ และ/หรือผู้ได้รับมอบหมาย และ/หรือผู้ให้บริการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว
- ฉ. การสละสิทธินี้มีผลบังคับใช้กับข้าพเจ้า ทรัพย์มรดกของข้าพเจ้า และทายาทตามกฎหมายของข้าพเจ้าและบุคคลอื่นๆ ที่ทำหน้าที่แทนข้าพเจ้า
- ช. การสละสิทธินี้มีผลบังคับใช้กับบุตรผู้เยาว์ของข้าพเจ้าที่จะบุชื่อไว้หากมีระบุไว้ในข้อเสนอง

## ลายมือชื่อของผู้ขอทำประกันสุขภาพ

วันที่ \_\_\_\_\_ ชื่อของผู้ขอทำประกัน \_\_\_\_\_

หมายเลขหนังสือเดินทาง \_\_\_\_\_ ลายมือชื่อ \_\_\_\_\_