

投保人必须如实填写下列健康表的全部内容，并在问题后的空格内选择“是”与“否”。如果回答“是”，请将序号和实际情况写在问题后的空白处，需详细写出病历报告和现在状况。

**般问题**

1.	您是否曾经住院或在医疗机构进行治疗？(医院名、时间、原因)。请附上病历报告和现在状况。	否	是
2.	您是否曾经接受过手术治疗或被建议接受手术治疗？（请详细说明）		
3.	您是否曾经受过伤？是否有任何残疾？（请详细说明）		
4.	您是否例行检查健康状况(血检、尿检或心电图)？检查结果是否正常？（请详细说明）		
5.	您是否曾经接受过任何成像检查，如 X 光(胸、肠、肾、骨骼等)、波形测试、导管插入术、计算机 X 线断层摄影(CT)、核磁共振成像(MRI)、超声波(US)? (请说明原因、日期和结果)		
6.	当前您是否有任何疾病？是否感觉有身体不适？是否接受过或正在接受一般治疗或者药物治疗？（请详细说明，写明服药的剂量和治疗持续的时间）		
7.	只须妇女填写——您是否患有或曾患任何妇科疾病，如月经不调、生育障碍、子宫出血、乳房积瘤、子宫或卵巢疾病、妇科检查(如阴道抹片检查)中有无不正常结果或其它妇科功能紊乱？ 如果有，请详细说明：  您是否怀孕？几胎？_____这次或以前怀孕是否有任何问题？如果有，请详细说明。_____ 您是否接受过剖腹产？_____		
8.	您是否曾经部分或完全不能参加工作？（请详细说明）		

**您过去是否患过或目前正罹患下列疾病？**

9.	心血管系统—— A. 心脏病、胸痛、气短、心悸、心绞痛、心肌梗塞(心脏病发作)、心律不齐、心脏瓣膜紊乱、先天性心脏病、心肌或心包疾病。 B. 高血压 C. 血管——行走时腿疼、血凝块、静脉曲张、循环紊乱、动脉狭窄(收缩)。	否	是
10.	神经系统——头晕眼花、头痛、意识丧失、瘫痪、痉挛(癫痫症)、短暂性缺血性发作(TIA)、记忆紊乱、感觉丧失、变性疾病、中风、脑出血(脑血管意外)、颤抖、平衡紊乱、早老性痴呆症、帕金森氏症、精神疲惫、老年痴呆症。		
11.	精神疾病——精神疾病、沮丧、精神分裂症、焦虑、有自杀倾向。		
12.	呼吸道——哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、肺结核、咳血、周期性呼吸道感染。		
13.	消化道和肝脏——溃疡(胃或十二指肠)、胃灼热、慢性炎症性肠病、肠出血、痔疮、肛门疾病、慢性肝炎、黄疸、胆结石、胰腺炎、肝炎(病毒性或其它)。		
14.	肾脏与尿道——肾结石、肾炎、尿尿疾病、血尿或尿蛋白、肾囊肿、肾功能紊乱、前列腺炎。		
15.	内分泌(新陈代谢)紊乱——糖尿病、甲状腺功能紊乱、肾上腺疾病、肾囊肿、脑下垂体或其它腺疾病、高血脂(胆固醇、甘油三酸脂)。		
16.	皮肤和生殖道——梅毒、疱疹、皮肤瘤、肿瘤、疣 和不孕或多孕问题。		
17.	恶性疾病(癌症)或艾滋病——恶性或良性肿瘤、艾滋病、艾滋病病毒携带者（请写明类型、患病日期和治疗方法）。		
18.	关节和骨骼——关节炎、痛风、颈部或背部疼痛、安全隔膜、肩、膝、骨骼疾病。		
19.	眼——白内障、青光眼、斜视、失明、视网膜疾病、角膜疾病、视觉功能紊乱、屈光度_____。		
20.	耳、鼻、喉——复发的喉炎和耳炎、鼻窦炎、听力功能紊乱、突发性夜间呼吸困难。		
21.	疝气——腹壁、腹股沟、外科手术伤疤、肚脐、横膈膜。		
22.	以上没有列出的其它疾病或身体不适。		

## 阳性详情

序号	详细情况

## 投保人声明

本人，即在下面签名的投保人，在此申请按这份投保单（以下称“投保单”）投保。

### 1. 本人知晓：

- A. 在保单生效、签署投保单和在健康告知书上签字，这三个日期中最后一个日期前，任何已经存在或发生的疾病、征兆或身体不适，保险公司将不承担任何责任，也不会对关于此的申请进行任何直接或间接理赔。
- B. 本人在此声明以下内容属实并愿意承担相应的责任：本人填写在投保单和健康告知上的内容是真实且完整的，本人没有对保险公司隐瞒任何可以影响这份投保单生效的信息。如果本人提供的信息有任何虚假或隐瞒，那么这份保险合同将从一开始就是无效的。投保书和其它任何本人给予保险公司的书面信息，连同保险公司关于此提出的条款，将成为本人和保险公司之间的保险合同中重要部分。
- C. 本人在此同意并确认，是否接受这份投保书完全由保险公司决定（保险公司有权决定是否接受这份投保书，并不需要对此决定作任何解释）。

### 2. 放弃健康资料保密权的声明

- A. 本人（以下称申请人），在此签名并声明对任何医疗机构、医疗实验室、医疗委员会和任何医疗人员、医疗工作维护人员以及 Cital 保险公司和 ArieH 保险公司放弃本人的健康资料保密权。

- B. 本人在此允许对所有上述机构和人员，包括国家保险委员会、保险公司、卫生部、地方卫生局、IDF 当局、国防部和其它任何在此未提及的机构和人员，以及本人先前投保和目前正在投保的保险公司（所有或其中任一机构和人员），无例外地公开保险申请人和其受益人所有的相关资料，包括本人的健康资料 and 任何过去、现在或未来将要发生的任何疾病情况、住院报告、书面医疗记录、本人曾经接受过诊断的医生的名单和/或参加过的保健机构的日期。
- C. 本人授权所有的保险公司和相关机构，向申请人查询或索取相关的资料与证明，提供告知相关的保险政策。
- D. 本人在此声明，本人将不会对上述所有或其中任一机构和人员泄露前面所述的信息提出索赔或指控其侵权。
- E. 这份申请书适用于 1741-1981 年的保护隐私法，同样适用于所有留在上述机构数据库里的医疗及相关信息，包括保健机构及其医生、工作人员、受益人以及前面提到的服务人员。
- F. 这份弃权声明书对本人、本人的财产、本人的律师及任何代理人具有约束力。
- G. 这份弃权声明书适用于本人在此投保书上出现过的未成年子女。

## 投保人签名

日期 \_\_\_\_\_ 投保人姓名 \_\_\_\_\_ 护照号码 \_\_\_\_\_ 签名 \_\_\_\_\_