

Sigortalanmaya aday kişi Sağlık Durumu Beyanı'ndaki tüm detayları cevaplandırılmalı, ve soru formu bölümündeki "evet" veya "hayır" bölümünü işaretlemelidir. Cevap olumlu olduğu takdirde ("evet"), sorunun numarası olumlu sonuçlar için ayrılmış haneye yazılacak, ve bu bulgular, hastalık raporu ve halihazırındaki durumu belirten bir rapor ile desteklenecektir.

**GENEL SORULAR**

		Hayır	Evet
1.	Bu güne kadar hiç bir tıbbi enstitü ya da hastaneye yatırıldınız mı ? (ne tür, ne zaman, nedeni neydi) Hastalık raporlarınızı ve şu andaki durumunuz ile ilgili bilgiyi ekleyin.		
2.	Bu güne kadar hiç bir ameliyat geçirdiniz mi, ya da ameliyat olma önerisi ile karşılaştınız mı (Detaylandırınız).		
3.	Hiç yaralandınız mı ? Herhangi bir maluliyetiniz var mı ? (Detaylandırınız).		
4.	Bu güne kadar hiç kan, idrar ya da EKG gibi rutin testler yaptırdınız mı ? Test sonuçları normal mıydı ? (Detaylar)		
5.	Bu güne kadar hiç değişik Röntgen görüntüleme tetkikleri (göğüs, ince barsak, böbrek, kemik, vb.), sintigrafi, kateter, bilgisayarlı tomografi (CT), MR, ultrason yaptırdınız mı ? (Nedenini, tarihini ve sonuçlarını belirtin).		
6.	Halen herhangi bir hastalığınız var mı, bir sağlık sorununuz olabileceği hakkında bir hissiniz var mı, hiç bir tedavi aldınız mı, ya da halen alıyor musunuz ? (Doz ve tedavi süresi dahil açıklayınız)		
7.	Sadece kadınlar için : Adet düzensizlikleri, kısırlık sorunları, kanama, memede kitle, rahim ya da yumurtalık sorunları, jinekolojik muayenede (örn. PAP smear) normal dışı sonuçlar, ya da diğer jinekolojik hastalıklar gibi herhangi bir kadın hastalığı sorunu yaşadınız mı ? Evet ise, detaylandırın :  Halen hamile misiniz ? Kaç cenin var ? _____ Daha önceki gebelik ya da gebeliklerinizde hiç sorun yaşadınız mı ? Evet ise, detaylandırın : _____ Hiç sezaryen doğum yaptınız mı ? _____		
8.	Bu güne kadar hiç kısmen ya da tamamen çalışamaz duruma geldiğiniz oldu mu ? (Detaylandırın).		

**HASTALIKLAR ÜZERİNE SORULAR (GEÇİRMİŞ YA DA GEÇİRMENDE OLDUĞUNUZ)**

		Hayır	Evet
9.	Kardiyovasküler (kalb ve kan damarları) – A. Kalb hastalığı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, angina pectoris, miyokard enfarktüsü (kalb krizi), aritmi, kalb kapakçığı hastalığı, doğmalık kalb kusurları, miyokard ya da perikard hastalıkları B. Yüksek tansiyon. C. Kan damarları – yürürken bacakta ağrı, kan pıhtılaşması, varisler, dolaşım bozuklukları, arter stenozu (daralma).		
10.	Sinir sistemi – Baş dönmesi, baş ağrıları, bilinç kaybı, paralizisi (felç), paralizis, konvülsiyonlar (epilepsi – sar'a) hafıza bozuklukları, duyu kaybı, dejeneratif hastalıklar, inme nöbeti, beyin kanaması (CVA), el titremesi (tremor), denge bozuklukları, Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, ruhsal yorgunluk, yaşlılık bunaması.		
11.	Ruhsal bozukluklar – ruhsal hastalıklar, depresyon, şizofreni, anksiyete, intihar teşebbüsü.		
12.	Solunum sistemi – astım, kronik bronşit, amfizem, tüberküloz, kan tükürme, solunum yolu enfeksiyonlarında nöksler		
13.	Sindirim sistemi ve karaciğer – ülser (mide ya da duodenum), mide ekşimesi, kronik barsak enflamatuvar hastalığı, ince barsak kanaması, hemoroid (basur), anus sorunları, kronik karaciğer hastalıkları, sarılık, safra taşları, pankreatit (pankreas iltihabı), hepatit (viral ya da diğer)		
14.	Böbrekler ve idrar yolları– böbrek taşları, nefrit (böbrek iltihabı), idrar yolu defektleri, idrarda kan ya da protein bulunması, böbrek kistleri, böbrek fonksiyon bozuklukları, prostat bezi büyümesi		
15.	Endokrin (metabolik) bozukluklar – diabet (şeker hastalığı), tiroid bezi hastalıkları, böbrek üstü bezi hastalıkları, böbrek kistleri, hipofiz ve diğer bezlerin hastalıkları, kanda lipidlerin yüksek olması (kolesterol, trigliseridler).		
16.	Deri ve üreme organları – sifiliz (frengi), herpes (uçuk), deri tümörleri, benler, sigil ve / veya kısırlık ve / veya üreme sorunları.		
17.	Habis hastalıklar (kanser) ve AIDS – habis ya da pre-habis tümör/ler, ya da AIDS (taşıyıcılık durumu dahil) (tip, tarih ve tedavi yöntemi belirtilecek).		
18.	Eklem ve kemikler – artrit, gut, sırt ya da boyun ağrısı , disk yırtılması, omuz, diz ve kemik hastalıkları.		
19.	Gözler – katarakt, glokom, strabismus (şaşıklık), körlük, retina hastalıkları, kornea hastalıkları, görme bozuklukları, kırılma kusurları ve gözlük numarası _____.		
20.	Kulak, burun, boğaz – boyun ya da kulakta nöks eden enfeksiyonlar, sinüzit, duyma bozuklukları, gece gelen nefes darlığı nöbetleri (PND)		
21.	Fıtık – karın duvarı, kasık, ameliyat nedbesi, göbük ya da diyaphragma'da.		
22.	Diğer sağlık sorunları, ya da yukarıda açıklanmamış hastalıklar.		

## POZİTİF BULGULARLA İLGİLİ DETAYLAR

Soru no.	Bulgularla ilgili detaylar

### SİGORTA ADAYININ BEYANI

Aşağıda imzası bulunan ve sigorta adayı olan ben, işbu teklife "aşağıda" olarak anılacaktır) uygun olarak, sigortalanmak istediğimi beyan ederim.

1. Aşağıdaki şartları bildiğimi beyan ederim :
  - A. Sigortacı sigorta başlangıç tarihi, veya sigorta teklifi işleminin tamamlanması, ya da sağlık durumu beyannamesinin imza tarihi öncesinde (aralarından en geç olanı) teşhis edilebilir ve önceden mevcut bir sağlık sorunu, hastalık veya durumdan doğrudan ya da dolaylı olarak kaynaklanan hiç bir talepten sorumlu tutulamayacak ve ödemedede bulunmayacaktır.
  - B. Aşağıdaki şartlara uyacağımı beyan eder, onaylar, ve üstlenirim : Teklif ve / veya sağlık durumu beyanında açıklanan tüm cevaplar eksiksiz ve doğru olup, sigortacının, sigorta Teklifini kabul etmek konusundaki kararını etkileyebilecek hiç bir şeyi gizlemedim. Herhangi bilgiyi unuttuğum ya da yanlış cevap durumunda sigorta sözleşmesi en başından hükümsüz olacaktır. Teklif ve sigortacıya tarafıma verilen diğer yazılı bilgiler ile sigortacının bu konuda koymuş olduğu şartlar benle sigortacı arasında sigorta sözleşmesinin hükümlerini oluşturacak ve bu bakımdan sözleşmenin ayrılmaz bir parçasını oluşturacaktır.
  - C. İşbu teklifi kabul ya da reddetme yetkisinin sadece sigortacıya (kabul ya da red kararını hiç bir açıklama yapmak zorunda olmadan almaya yetkili kimse) ait olduğunu onaylar ve kabul ederim.
2. Tıbbi gizlilik hakkından feragat beyanı
  - A. Aşağıda imzası bulunan ben, tüm tıbbi kuruluşlar, tüm tıbbi laboratuvarlar, tüm tıbbi komisyonların, bunların tıbbi ve diğer personelinin tıbbi ve diğer konulardaki gizlilik konusunda Clal Sigortacılık Limited Şirketi ya da Arieh Sigortacılık Limited Şirketi (aşağıda "Başvuran" olarak anılacaktır) lehinde serbest bıraktığımı bildiririm.

- B. Yetkili taraflara – Ulusal Sağlık Kurumu, sigortacılar, Sağlık Bakanlığı, Bölge Sağlık Bürosu, İsrail Silahlı Kuvvetler yetkilileri, savunma Bakanlığı ile adı burada verilmemiş tüm diğer kuruluşlar dahil – ve gerekse eskiden sigorta yaptırmış, gerekse halihazırda sigortalısı olduğum tüm sigorta kuruluşlarına Başvuran'a ya da onun yetkili personeline (birlikte ya da ayrı ayrı) sağlık durumum ve geçirmiş ya da halen geçirmekte olduğum, veya ileride geçirebileceğim hastalıklar, varsa hastaneye yatışlarım, ziyaret etmiş olduğum hekimlerin tıbbi kayıtlarını ya da listelerini ve / veya sağlık kuruluşuna giriş tarihimini açıklamak iznini veriyorum.
- C. Tüm sigorta şirketlerine ve / veya diğer kuruluşlara Başvuran tarafından istenebilecek her türlü bilgi ve / veya belge ve / veya sigorta poliçesini verme yetkisini tanyorum.
- D. Yukarıda adı geçen yetkili kuruluşlara karşı yukarıda bahsedilen bilgileri Başvuran'a ya da tayin ettiği kişiye (birlikte ya da ayrı ayrı) vermesinden dolayı hiç bir iddia ya da davanın söz konusu olmayacağını beyan ederim.
- E. Bu başvuruyu gerek 5741 – 1981 sayılı Mahremiyeti Koruma Kanunu'na, gerekse sağlık kuruluşları ve / veya hekimlerinin ve / veya diğer personelinin ve / veya yetkili kıldıkları kişilerin ve / veya yukarıda belirtilen hizmetleri sunanlar dahil, tüm kuruluşların veri tabanlarında bulunan tüm tıbbi ve diğer bilgilere de tatbik edilecektir. and/or their appointees and/or the aforesaid service providers.
- F. İşbu feragat beni, mülkümü, hukuk danışmanlarımı ve adıma hareket eden herkesi bağlar.
- G. İşbu feragat, Teklif'te geçmek kaydıyla, adları belirtilen yaşı küçük çocuklarım için de geçerli olacaktır.

### SİGORTA ADAYININ İMZASI

Tarih \_\_\_\_\_ Adayın Adı ve Soyad \_\_\_\_\_ Passport no. \_\_\_\_\_ İmza \_\_\_\_\_