

በእስራኤል ለሚገኙ የወጪዎች-ለጠፍ ኢንሹራንስ የወጣድንጋጌ



እና ለኢንሹራንስ መመዘን ቢያውከሄሬቶ ጋር ተያይዞ ይቀርባል፤ ይህም የጠፍ ድንጋጌው የሚይነ ጣጠል አካል ነው።

ይህ ቅጽ የተዘጋጀው ለወንዶችም ለሴቶችም ነው።
እባክዎ ይህንን ቅጽ በትክክል እና ማሉ በማሉ ማጠናቀቅዎን ያረጋግጡ።

ይሙላኩ
ሃረል ኢንሹራንስ ከባንያ የ ወጪዎች የ ሆኑ ተቀጣሪዎች / ተራራት ኢንሹራንስ ቅርንጫፍ
3 Abba Hillel Street, P.O. Box 1951, Ramat Gan 5211802, Fax: 03-7348083 ኢሜል: 4-hil7930@harel-ins.co.il

A የኢንሹራንስ አመልካቹ መረጃ					
ፓስፖርት ቁጥር	የአባት ስም	ስም	የትወልድ ቀን	ጾታ ወ <input type="checkbox"/> ሴ <input type="checkbox"/>	
በዚህ የጠፍ ድንጋጌ የሚከተሉትን ጥያቄዎች ትክክለኛው ላይ "✓" የሚል ምልክት በሚያደርጉበት ሁኔታ ለማንኛውም ጥያቄ መልሱ "አዎ" ከሆነ ከሃኪም ጊዜው ያላለፈ፣ ችግሩን የሚመለከት፣ የምርመራ ወጠቶች የያዘ ሰርተፊኬት ማያያዝ ይኖርብዎታል።					
ክፍል A: ጠቅላላ ጥያቄዎች				አይ	አዎ
1.	ቁመት በሳ.ሜ..... ክብደት በኪሎ.ግ				
2.	<input type="checkbox"/> ማንኛውንም አይነት አደንዛኝ እጽ ይጠቀሙ ወይም ተጠቅመዋል? <input type="checkbox"/> ይጠጣሉ፤ ወይም በተከታታይ አልኮል ማጠጫን ጠጥተዋል? እባክዎ አወሳሰድዎትን ያስቀምጡ በቀን ብር ጭቆ				
3.	ባለፉት 10 አመታት፣ እነዚህን ምርመራዎች አድርገው ነበር (ከተከታታይ ምርመራዎች ወጪ) ወይም አድርገው አያውቁም፡ ወይም የሚጠበቅ ምርመራ ወጠታ አላገኙም፡ ለምሳሌ እንደረዥም ጊዜ በሽታ፣ የሽንት መምጠ፣ አጥንት ልኬት፣ የልብ ምርመራ፣ MRI፣ CT፣ አልትራሳውንድ (ከተለምዶው ወጪ)፣ የናጣ ምርመራ፣ የደም ምርመራ፣ የአንጀት እና የጨረራ ምርመራ፣ በተፈጥሮ የሚጠቀሙ በሽታዎች ለጥሰት ጨምሮ (መልስዎ "አዎ" ከሆነ እባክዎ የተመረጡትን፣ ለምን እንደተመረጡ እና የምርመራ ወጠቱን የሚጻጸብ ሰርተፊኬት ያስገቡ።)				
4.	አሁን ወይም ባለፉት 10 አመታት ወስጥ ቀደ ጥገና / ንቅሌት ተከላ ተደርጎልዎታል? እባክዎ በዝርዝር ያስረዱ፡				
5.	ባለፉት 10 አመታት ሆስፒታል ተኝተው ነበር? እባክዎ ተኝተው የታከሙትን ምክንያት እና ምርመራዎችን በዝርዝር ያስረዱ፡				
6.	ባለፉት 10 አመታት ወስጥ በተከታታይ ሙሉ ህይወትን ይወስዱ ነበር ወይም እንዲወስዱ ተመክረው ነበር? የተመረጡትን ችግር/ እየተመረጡ ያሉበትን ችግር፣ ምርመራውን፣ እና ለምን ያህል ጊዜ ሙሉ ህይወትን ይወስዱ እንደነበር እባክዎ በዝርዝር ያስረዱ?				
7.	አለርጂ አለብዎት ተብሎ ተመርምረው ተነግረዎታል? እባክዎ በዝርዝር ያስረዱ፡				
ክፍል B: ከታች በተቀመጡ ችግሮች በአንድ ወይም ከዛ በላይ እክል ተመርምረው ተነግሩት ታከሙት ወይም ያሉት፡				አይ	አዎ
1.	<input type="checkbox"/> የጅምት ስርዓት <input type="checkbox"/> የጭቅላት ደምስር አደጋ (ደም ግፊት) <input type="checkbox"/> ራስ መሳት <input type="checkbox"/> ብዙ ስክለሮሲስ <input type="checkbox"/> የጠንቅ መሰብሰብ ወይም ሌላ በሽታ <input type="checkbox"/> ተከታታይ ማዘር <input type="checkbox"/> ራስ ምታት <input type="checkbox"/> ማዘን መሳት <input type="checkbox"/> ራስን መሳት <input type="checkbox"/> የፓርኪንሰን በሽታ <input type="checkbox"/> አልዛይመር በሽታ <input type="checkbox"/> መንቀጥቀጥ <input type="checkbox"/> የጭቅላት ዝግመት <input type="checkbox"/> አቲዝም <input type="checkbox"/> የአእምሮ እድገት ዝግመት <input type="checkbox"/> ሽባ ማምን <input type="checkbox"/> ፖሊዮ (የልጅነት ፓራሊሲስ) <input type="checkbox"/> የጋወቸር በሽታ <input type="checkbox"/> የስሜን ማጥነት (መደንዘዝ) <input type="checkbox"/> የአትኩሮት ማክስ በሽታዎች <input type="checkbox"/> ከባድ የራስ ህመም <input type="checkbox"/> እየቀነሰ ያለ የሚከታውስ ችሎታ (ዲሜንሻ) ለመርመር ወደ ሃኪም ሄደው ነበር? <input type="checkbox"/> ኤድስ <input type="checkbox"/> ኤችአይቪ አስተላላፊ <input type="checkbox"/> ሉፐስ ከላይ ላሉት አንድ ወይም ከዛ በላይ ጥያቄዎች መልስዎ "አዎ" ከሆነ እባክዎ ጊዜው ያላለፈ ደብዳቤ ከነርቭ ሃኪም አብረው ያያይዙ።				
2.	አይን እና አይታ፡ <input type="checkbox"/> ካታራክት <input type="checkbox"/> የሬቲና እና የኮርኒያ ችግሮች <input type="checkbox"/> ግላኮማ <input type="checkbox"/> አይን ማቃጠል <input type="checkbox"/> ስትራቢስ መከላከል ሌላ የአይን በሽታ/ ችግር፡ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ "አዎ" ከሆነ እባክዎ ያሳዩ፡				
3.	ልብ፡ <input type="checkbox"/> ካርዲዮክ አራት ማክስ <input type="checkbox"/> የልብ በሽታ <input type="checkbox"/> የልብ ስራ ማቆም <input type="checkbox"/> ልብ ድካም <input type="checkbox"/> ኮንጅኒታል የልብ ድካም <input type="checkbox"/> ካተራይዜሽን <input type="checkbox"/> የልብ ቧንቧ በሽታዎች፣ ሌላ የልብ በሽታ/ ችግር፡ <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ "አዎ" ከሆነ እባክዎ ያሳዩ፡				
4.	የደም ስሮች፡ <input type="checkbox"/> ቫሪኮስ (እግር ላይ ያሉ ስሮች ላይ) <input type="checkbox"/> ካሮቲድ አርተሪ (አንገት ላይ ያሉ ደም ስሮች) <input type="checkbox"/> የመርጋት ችግር <input type="checkbox"/> የደም በሽታ DVT (ትሮምቦሊሲስ) <input type="checkbox"/> PVD (የኋለኛው ደምስር በሽታ)፣ ሌሎች የደምስር በሽታዎች / ችግሮች <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ, if "አዎ ከሆነ" እባክዎ ግልጽ ያድርጉ፡				



28718.19 05/2020

A	የኢንቲራንስ አመልካቹ መረጃ	አይ	አዎ
	ክፍል B: ከታች በተቀመጡት ችግሮች በአንድ ወይም ከዛ በላይ እክል ተመርምረው ተገኝተዎት ታከሙ ያወቃሉ:		
5.	የ ሜትቦሊዝም በሽታዎች: <input type="checkbox"/> የ እንቅርት እጢ <input type="checkbox"/> ሊምፍ ኖድ <input type="checkbox"/> የ ምራቅ እጢ <input type="checkbox"/> የ ላብ እጢ <input type="checkbox"/> ፒቱታሪ እጢ <input type="checkbox"/> ስኳር በሽታ <input type="checkbox"/> ደም ግፊት <input type="checkbox"/> ከፍተኛ መጠን የ ስብ / ኮሌስትሮል: ሌላ የ ሜትቦሊዝም በሽታ / ችግር <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
6.	የ መተንፈሻ ስልት: <input type="checkbox"/> አስም <input type="checkbox"/> ቲቢ <input type="checkbox"/> COPD (ተመላላሽ የ ማደፍን የ ሳንባ በሽታ) <input type="checkbox"/> ከፍተኛ ትኩሳት <input type="checkbox"/> ተመላላሽ የ መተንፈሻ አካል መሚዝ እና የ ትንፋሽ መቆራረጥ <input type="checkbox"/> የ ፈረስ ሳንባ (ኒሞኖራክስ) <input type="checkbox"/> ሲስቲክ ፊብሮሲስ ሌላ የ መተንፈሻ አካል በሽታ / ችግር <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
7.	የ ምግብ መፍጫ ስልት: <input type="checkbox"/> ቁስለት (ዳድኒ የ ም / ጩራ) <input type="checkbox"/> ልብ ማቃጠል <input type="checkbox"/> የ ክሮን በሽታ <input type="checkbox"/> ኮሊቲስ <input type="checkbox"/> ማቃር <input type="checkbox"/> ሄሞሮይድ <input type="checkbox"/> መቀደድ / ፊስቱላ <input type="checkbox"/> የ ሰገራ መስተጓጎል <input type="checkbox"/> የ እጢ በሽታዎች / ኢንፌክሽኖች <input type="checkbox"/> ኤሶፋገስ <input type="checkbox"/> የ ሽንት ፊኛ <input type="checkbox"/> የ ኩላሊት ጠጠር ሌሎች የ ምግብ መፍጫ አካላት በሽታዎች / ችግር <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
8.	ጉብት: <input type="checkbox"/> የ ወፍ በሽታ <input type="checkbox"/> የ ጉብት በሽታ B, C, D <input type="checkbox"/> ስብ ያለው ጉብት <input type="checkbox"/> ሲሮሲስ, ሌሎች የ መተንፈሻ አካላት በሽታዎች / ችግር <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ, if "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
9.	ቡአ: የ ቡአ መገኛ: በ ዳያቆራም ወስጥ / እንብርት ወስጥ / በ ቀኝ ፍሬ ወስጥ / በ ግራ ፍሬ ወስጥ በአወን ለ መከምቀዶ ጥገና አድርገው ነበር? <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ ፣ መቼ (ቀን)? ችግሩ ተፈታ? <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ		
10.	ኩላሊት እና መሽኛ አካላት: <input type="checkbox"/> ተመላላሽ ኢንፌክሽኖች <input type="checkbox"/> ኩላሊት እና መሽኛ አካላት ጠጠር <input type="checkbox"/> የ ኩላሊት ቁስለት <input type="checkbox"/> የ መሽኛ ቱቦ አለ መስማማቶች <input type="checkbox"/> የ መሽኛ አካል አለ መስራት: ሌላ የ ኩላሊት እና የ መሽኛ አካል በሽታ / ችግር <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
11.	መግጠምዎች እና አጥንቶች <input type="checkbox"/> አርትራይቲስ <input type="checkbox"/> ጋወት <input type="checkbox"/> ጀርባ / ህብሉሰረሰር <input type="checkbox"/> በገ ጣጠም <input type="checkbox"/> ጉልበት ሌላ የ መግጠምዎች እና የ አጥንት በሽታ / ችግር <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ: "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
12.	የ ቆዳ እና የ አባላዘር በሽታ <input type="checkbox"/> የ ቆዳ እጠቃሚ <input type="checkbox"/> የ ቆዳ ቁስለት <input type="checkbox"/> ሶሪያሲስ <input type="checkbox"/> የ አባላዘር በሽታዎች <input type="checkbox"/> ቂጥኝ ሌሎች የ ቆዳ እና የ አባላዘር በሽታዎች / ችግሮች <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
13.	ሜሊግናንት እጠቃሚ/በሽታዎች(ካንሰር):		
14.	ለሴቶች: <input type="checkbox"/> ጠቶች (የ ጠት ማደግ የ ማጭ ጠቃልል) <input type="checkbox"/> የ ማህጸን ስርዓት: በሽታ / ሌላ የ ሴትነት ችግሮች <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ: "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ: <input type="checkbox"/> ነ ፍሰጠ፤ ነ ዎት?? <input type="checkbox"/> በ ቀዶ ጥገና ወልደው ያወቃሉ? <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ, "አዎ" እባክዎ መቼ እንደሆነ ግልጽ ያድርጉ (ቀን):		
15.	ለወንዶች: <input type="checkbox"/> የ ፕሮስቴት ችግር <input type="checkbox"/> ቫሪኮክል / ሃይድሮክል ሌላ የ ወንድነት በሽታዎች / ችግሮች <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ, "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		
16.	የ አእምሮ ህመሞች: በ አእምሮ ሃኪም: አ ማክሪ ወይም በቤተሰብ ሃኪም የ ተረጋገጠ የ አእምሮ ህመም		
17.	የ አፍንጫ ጀሮ እና ጉሮሮ በሽታዎች: <input type="checkbox"/> እንቅልፍ እጦት <input type="checkbox"/> የ አፍንጫ መደፈን <input type="checkbox"/> ሳይነስ ሌላ የ አፍንጫ ጀሮ እና ጉሮሮ ህመሞች / ችግር <input type="checkbox"/> አይ <input type="checkbox"/> አዎ: "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ:		

እባክዎ ተጨማሪ መረጃ ይስጡ:

B.	<p>የኢንፎርሜሽን ጠያቂው ድንጋጌ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. በዚህ ክፍል ያሉት ማሳሰቢያዎች ተከክል፣ ማሉ እና በፍቃድኝነት የተሰጡትን ደሆኑ አረጋግጧል። 2. በጠፍ ድንጋጌው ላይ የተሰጠው ማሳሰቢያ እና ማንኛውም ለኢንፎርሜሽን ስጪው የተሰጠ ሌላ መረጃ እንዲሁም በዚህ ረገድ በኢንፎርሜሽን አቅራቢው ተቀባይነት ያገኘው ቅድመ ሁኔታ በእርስዎ እና በኢንፎርሜሽን አቅራቢው መካከል እንደ መስማማት ቀርቦ የማይለያይ መሆን አለበት። 3. ኢንፎርሜሽን አቅራቢው ማህበረሰቡን የመቀበልም ያለመቀበልም ማሉ መበት አለው። ያስተውሉ ይህ የኢንፎርሜሽን ወል ወደስራ የሚገባው ኢንፎርሜሽን አቅራቢው በጽሁፍ ስምምነት ካሳገባ እና የቅድሚያ ክፍያው ማሉ ከተከፈለ በኋላ መሆኑን ነው። ይህ የክፍያ ቅድመ ሁኔታ የማይሰራው ኢንፎርሜሽን አቅራቢው በሌላ የገቢ ምንጭ የቅድሚያ ክፍያው ካገኘ ነው። 4. በዚህ ሰነድ ወስጥ ያለው መረጃ ለሌሎች ወስጥ ለመገባት እና ማንኛውም ከፖሊሲዎቹ ጋር የተያያዘ መረጃ ለመረዳት አስፈላጊ ነው። ከባንደው እና በሃረፊ ቡድን (ሃረፊ የኢንፎርሜሽን ኢንቨስትመንት እና የገንዘብ አገልግሎቶች እና ቅርንጫፎች) ያሉ ሌሎች ከባንደዎች እና/ወይም የነገሩ ማንኛውም ተወካይ ይጠቀሙ ከፖሊሲዎቹ እና ማንኛውም ህጋዊ ጉዳይ ጋር የተያያዘ ስራ፣ ማኖር፣ እና ጥቅም ላይ ማዋል፣ እንዲሁም ለሶስተኛ ወገን መረጃ ማድረስ በሃረፊ ቡድን ስም ይችላል። 5. የእርስዎን የጠፍ ኢንፎርሜሽን ማህበረሰብ ያልተቀበለ ወይም የሰረዘ ድርጅት አለ አይ አዎ፤ "አዎ" ከሆነ እባክዎ ግልጽ ያድርጉ። 6. የጠፍ ምክጫብነት የማይጠበቅበት ጊዜ፡ እኔ፣ ከስር የፈረምኩት፣ ለ HMO እና/ወይም የጠፍ ተቋማት፣ እንዲሁም ሃኪሞች እና/ወይም የአእምሮ ሃኪሞች፣ የህክምና ተቋማት እና ሌሎች ሆስፒታሎች እና /ወይም ማንኛውም ኢንፎርሜሽን ከባንደ እና/ወይም ማንኛውም ተቋም እና አካል እነዚህን በኢንፎርሜሽን ምክንያት ስር ያሉ መብቶች እና ግዴታዎች ለማስረዳት እስኪታዩ ድረስ እና/ወይም ለማህበረሰቡ መዝናኛ ጊዜ ርዝመት ያህል፣ ወደ ሃረፊ ለማገባት፣ በከባንደው የተያዙትን ማንኛውም አይነት ዝርዝር ያለ ቀሪ እና በጠያቂው (ዎች) አካላት ፍላጎት መሰረት በሆነ አቀራረብ፣ ስለጠፍ ሁኔታዬ፣ በፊት ኖረውኝ ስለነበሩ በሽታዎች እና / ወይም አሁን ያሉኝን እና/ወይም ወደፊት ስለማጭበኝ እና "በጠያቂው አካል" ፍላጎት መሰረት የጠፍ ምክጫብነትን እንዲያነሱ ፍቃድ ሰጥቻለሁ፡፡ ይህ በጽሁፍ ያለ ልዩ ሁኔታ የኔን ህጋዊ ገላጭን እና ማንኛውም የእኔን ወኪል በህግ ይገድባል፡፡
-----------	--

የመደህን ሽፋን ገዢ አጩው ይህንን የጤና ሁኔታ መግለጫ ቅጽ ስለ ይዘቱ እሱ/እርሷ በሚገባቸው ቋንቋ ማብራሪያ ካገኘ ፈርሟል።

ቀን _____ የመደህን ሽፋን ገዢ አጩው ፊርማ _____ የምስክር ፊርማ _____

C.	<p>የቅበላ ማረጋገጫ ወል እና ቅድመ ሁኔታዎች</p> <p>በግልጽ በቅድሚያ እኔን ለሚጠበቅተው ሂደት ስምምነት ኔን አስቀምጧል። ምክንያቱም የተጠየቀው የኢንፎርሜሽን ምክንያት ከስር ያሉት የቅበላ ወሎች እና ቅድመ ሁኔታዎች በኢንፎርሜሽን ምክንያት አለባቸው ይህም ለእኔ እንደሚሰራ ሆኖ ይቀርባል። ከዛም፡ ከሚከተለው የኢንፎርሜሽን ዝግጅት ጋር የሚገናኝ ምንም የገንዘብ ሽፋን አይደረግም፡</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>ቀን _____ ስም _____ ፓስፖርት ቁጥር _____ ፊርማ _____</p>
-----------	---