

## ประกันภัยสุขภาพ

### ประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวหรือนักท่องเที่ยว

#### 1. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย

นามสกุล	ชื่อ	หมายเลขหนังสือเดินทาง	เพศ	วันเกิด	น้ำหนัก	ส่วนสูง
			ช / ญ			

#### 2. ประกาศด้านสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องที่เกี่ยวข้อง หากคุณตอบว่า ใช่ สำหรับคำถามใด ๆ โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติม คุณอาจจำเป็นต้องแนบเอกสารใบรับรองแพทย์เพิ่มเติม เกี่ยวกับอาการทางการแพทย์ ผลการตรวจ/ทดสอบ และรายละเอียดของการรักษาใด ๆ ที่คุณได้รับ

คำถามทั่วไป		ใช่	ไม่ใช่
1.	ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา คุณได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการผ่าตัดหรือไม่?		
2.	ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา คุณเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่? หากใช่ โปรดระบุเวลาและเหตุผล พร้อมแนบรายงานทางการแพทย์จากโรงพยาบาลและรายงานเกี่ยวกับสุขภาพปัจจุบันของคุณ		
3.	ปัจจุบันคุณทานยาเป็นประจำหรือเคยทานในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุชื่อยาและเหตุผลที่รับประทาน		
4.	คุณดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยดื่มมาก่อนหรือไม่? โปรดระบุว่าดื่มชนิดใดและความถี่เท่าใด		
5.	คุณเสพยาหรือเคยเสพยามาก่อนหรือไม่?		
6.	คุณเคยสูบบุหรี่ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาหรือไม่?		
7.	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณลดน้ำหนักได้มากกว่า 5 กก. (นอกเหนือจากการควบคุมอาหาร) หรือไม่? หากเป็นเช่นนั้น โปรดระบุรายละเอียด		
8.	คุณเคยผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เลือดหรือปัสสาวะ (ที่มีผลผิดปกติ) หรือการทดสอบทางการแพทย์ใดๆ รวมถึงการตรวจหลอดเลือด, การตรวจหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, การส่องกล้อง, การทดสอบแบบ Invasive เพื่อตรวจหามะเร็ง, การตรวจชิ้นเนื้อ, ECG, เอ็กซเรย์หรืออัลตราซาวด์, สแกน, CT, MRI หรือไม่ ถ้าใช่โปรดระบุเหตุผล วันที่ และผลลัพธ์		
9.	คุณหรือเคยประสบภาวะไร้ความสามารถทั้งหมดหรือบางส่วนในการทำงานหรือไม่?		
10.	คุณเป็นผู้ทุพพลภาพหรือไม่?		
11.	คุณใช้เครื่องมือแพทย์หรือไม่?		
12.	คุณมีความผิดปกติแต่กำเนิดหรือไม่?		
13.	คุณเป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเอง รวมถึงโรคภูมิแพ้หรือไม่?		
14.	คุณกำลังรอรับการรักษาทางการแพทย์หรือการรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่หรือเปล่า?		

15	คุณเป็นพาหะของแอนติบอดีและ/หรือไวรัส HIV หรือไม่?		
16	<b>นรีเวชวิทยา – เฉพาะผู้หญิง:</b>		
	ก. คุณกำลังตั้งครรภ์?		
	ข. คุณหรือเคยเป็นโรคทางนรีเวช เช่น ประจำเดือนมาไม่ปกติ ภาวะมีบุตรยาก เลือดออกผิดปกติ โรคเกี่ยวกับมดลูก ความผิดปกติของรังไข่ ผลการตรวจทางนรีเวชที่ผิดปกติ (เช่น PAP) หรือความผิดปกติทางนรีเวชอื่นๆ หรือไม่?		
	ค. คุณมีความผิดปกติของเต้านมหรือมีก้อนที่เต้านมหรือไม่?		
	ง. คุณเคยผ่านการผ่าตัดคลอดหรือไม่?		

<b>คุณหรือเคยเป็นโรคหรืออาการดังต่อไปนี้หรือไม่?</b>		<b>ใช่</b>	<b>ไม่ใช่</b>
17	<b>ความผิดปกติทางระบบประสาท</b> ได้แก่ อาการบ้านหมุน ปวดศีรษะ ไมเกรน เป็นลม อัมพาต โรคลมบ้าหมู ความผิดปกติของหน่วยความจำ ความผิดปกติของการประมวลผลทางประสาทสัมผัส โรคความเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง เลือดออกในสมอง ซีวีเอ สูญเสียการทรงตัว โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน .		
18	<b>ความผิดปกติทางจิตเวช</b> – ความผิดปกติทุกประเภทหรือการพยายามฆ่าตัวตาย		
19	<b>อาการแพ้</b> – โปรระบุรายละเอียดของอาการแพ้และการรักษาใด ๆ ที่คุณได้รับ		
20	<b>ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ</b> - รวมถึงโรคหอบหืด วัณโรค โรคปอดอักเสบกำเริบ โรคซิสติกไฟโบรซิส หลอดลมอักเสบ ภาวะถุงลมโป่งพอง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดบวม		
21	<b>ความผิดปกติของหัวใจและความดันโลหิต</b> - รวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, หัวใจวาย, หัวใจเต้นผิดจังหวะ, โรคลิ้นหัวใจ, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ, โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูงหรือความดันโลหิตผันผวน		
22	<b>ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด</b> - รวมทั้งการแข็งตัวของเลือดมากเกินไป, เส้นเลือดตีบ, เส้นเลือดขาด, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดส่วนปลาย		
23	<b>ระบบย่อยอาหาร</b> - รวมถึงความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร (แผลในกระเพาะอาหารหรือแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น), หัวใจไหม้, โรคติดเชื้อในลำไส้, โรคโครห์น, ลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผล, เลือดออกในทางเดินอาหาร, ริดสีดวงทวาร, ความผิดปกติของช่องทวารหนัก, ความผิดปกติของตับหรือโรคตับ, ดีซ่าน, การติดเชื้อในถุงน้ำดี, นิ่วในถุงน้ำดี ความผิดปกติของหลอดอาหาร, การติดเชื้อในตับอ่อน		
24	<b>ไตเสื่อม</b> ทุกประเภทรวมถึงไตเสื่อมแบบกริด		
25	<b>การติดเชื้อในไตและทางเดินปัสสาวะ</b> – รวมถึงนิ่วในไต การติดเชื้อหรืออุดตันในไตหรือทางเดินปัสสาวะ เลือดหรือโปรตีนในปัสสาวะ โรคไตเรื้อรัง ซีสต์ในไต ปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก		
26	<b>ข้อต่อและกระดูก</b> – รวมถึงโรคข้ออักเสบ โรคเกาต์ หลัง กระดูกสันหลัง ข้อเข่า และความผิดปกติของข้อต่ออื่นๆ การผ่าตัดกระดูกหัก โรคกระดูก		
27	<b>การเผาผลาญอาหารและระบบภูมิคุ้มกัน</b> – รวมถึงโรคเบาหวาน, ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์, ความผิดปกติของต่อมหมวกไต, ต่อมไต้สมอง, ต่อมน้ำเหลือง, ต่อมน้ำลายหรือต่อมอื่น ๆ, ไขมันในเลือดสูง, โรคเลือดหรือการแข็งตัวของเลือด, โรคโลหิตจาง		
28	<b>โรคร้าย (มะเร็ง)</b> – รวมถึงเนื้องอกร้ายหรือก้อนมะเร็ง หรือการเจ็บป่วยก่อนมะเร็ง โปรระบุชนิด วันที่วินิจฉัยและการรักษา		

29	โรคผิวหนังและกามโรค - รวมถึงการเจริญเติบโตของผิวหนัง, โรคสะเก็ดเงิน, เริม, ซิฟิลิส, หูด, ตี๋เนื้อ / หูดหงอนไก่		
30	ความผิดปกติและโรคทางตา - รวมถึงต่อกระจก ตาเข ตาบอด ปัญหากระจกตาหรือเรติคูลัม การมองเห็นบิดเบี้ยว สายตาเอียง ต้อหิน		
31	หู คอ จมูก - รวมถึงการติดเชื้อซ้ำ ไซนัสอักเสบ ตี๋เนื้อ ต่อมทอนซิลอักเสบ การได้ยินผิดปกติ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ การนอนกรน		

โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำถามใดๆ ที่คุณตอบว่า “ใช่” หากมีเนื้อที่ไม่พอ โปรดต่อในหน้าอื่น และแนบเอกสารทางการแพทย์ใดๆ

---



---



---



---

ประกาศโดยผู้ถือกรรมธรรม์		
<p>ข้าพเจ้าขอประกาศว่า ข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในคำชี้แจงเกี่ยวกับสุขภาพนี้เป็นความจริงและถูกต้อง และข้าพเจ้าไม่ทราบถึงความผิดปกติอื่นใด ความพิการแต่กำเนิด หรือโรคทางกรรมพันธุ์ และ/หรือสภาวะทางการแพทย์ และ/หรือการเจ็บป่วย และ/หรือโรค และ</p> <p>ผลกระทบไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากและ/หรือแยงลงจากอาการเจ็บป่วยใด ๆ</p> <p>ที่ข้าพเจ้าได้รับก่อนที่จะมีการจัดทำกรรมธรรม์ประกันภัย และ/หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่อาจทำให้ผู้รับประกันภัยปฏิเสธข้อเสนอนี้ หรือปฏิเสธที่จะทำประกันภัยต่อผู้ยื่นขอเอาประกันภัย</p> <p><b>ประกาศนี้ลงนามโดยผู้เอาประกันภัย หลังจากอธิบายให้เขาหรือเธอเข้าใจในภาษาที่พวกเขาเข้าใจ</b></p>		
ลายเซ็นและวันที่	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	ลายเซ็นของผู้ขอเอาประกันภัย ↓

ข้อมูลสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย
<ol style="list-style-type: none"> <li>ตามเงื่อนไขของกรรมธรรม์ สามารถต่ออายุกรรมธรรม์ได้ภายใน 90 วัน หลังจากกรรมธรรม์หมดอายุ โดยขึ้นอยู่กับชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาระหว่างกรรมธรรม์หมดอายุจนถึงวันเริ่มต้นการต่ออายุ (สามารถชำระได้ โดยผู้ประกันตนหรือนายจ้าง) トラบเท่าที่คุณอาศัยอยู่ในอิสราเอลในฐานะแรงงานต่างชาติ หลังจาก 90 วันผ่านไปนับตั้งแต่กรรมธรรม์หมดอายุ จะต้องมีการพิจารณาการรับประกันภัยทางการแพทย์ใหม่</li> <li>หากคุณประสบความสำเร็จตามข้อกำหนดไว้ในกฎหมายสิทธิเท่าเทียมกันสำหรับผู้พิการ - 1988 หมายความว่าความพิการทางร่างกาย ความบกพร่องทางจิตใจหรือสติปัญญา ไม่ว่าจะเป็นการชั่วคราวหรือชั่วคราว ซึ่งจำกัดการทำงานของคุณในกิจกรรมประจำวันโดยทั่วไปอย่างรุนแรง โปรดแจ้งตัวแทนประกันที่มีรายละเอียดตามแบบฟอร์มนี้</li> </ol>

ประกาศของผู้ขอเอาประกันภัย
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>ข้าพเจ้าขอประกาศ ตกลง และรับรองว่า:</b> (1) คำตอบทั้งหมดเป็นความจริง สมบูรณ์ และได้รับการจัดเตรียมโดยเจตจำนงเสรีของข้าพเจ้าเอง (2) คำตอบที่ปรากฏในประกาศสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้รับประกันภัยพร้อมกับเงื่อนไขมาตรฐานของผู้รับประกัน ในเรื่องนี้เป็นข้อกำหนดพื้นฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับผู้รับประกันภัยและจะเป็นส่วนสำคัญของสัญญาประกันภัย. (3) ผู้รับประกันภัยมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธใบสมัครนี้โดยไม่ต้องพิสูจน์การตัดสินใจของตน ข้าพเจ้าทราบว่าสัญญาประกันภัยจะมีผลก็ต่อเมื่อผู้รับประกันภัยยืนยันการยอมรับประกันภัยเป็นลายลักษณ์อักษร และหลังจากชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกครบถ้วนแล้ว</li> </ol>

2. ข้าพเจ้าทราบดีว่าตามนโยบายนี้ ผู้ประกันตนจะได้รับการยกเว้นจากการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับคามผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด หรือโรคทางกรรมพันธุ์ และ/หรือสภาวะทางการแพทย์ และ/หรือความเจ็บป่วย และ/หรือโรค และผลกระทบของมัน ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงหรือโดยอ้อมจากและ/หรือแยงจากอาการทางการแพทย์ใด ๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับก่อนที่จะมีการจัดทำกรมธรรม์ประกันภัย โดยขึ้นอยู่กับบทบัญญัติของกฎหมายแรงงานต่างตัวและข้อกำหนดและเงื่อนไขของกรมธรรม์
  3. ข้าพเจ้าขอประกาศว่าข้าพเจ้าไม่เคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัยจากบริษัทประกันภัยอื่นใด
  4. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประกันภัย รวมถึงคำอธิบายของความคุ้มครองหลัก เบี้ยประกัน ระยะเวลาประกันภัย จำนวนเงินเอาประกันภัยหลักและขีดจำกัดความรับผิด และความเป็นไปได้ที่จะได้รับข้อความในกรมธรรม์ฉบับสมบูรณ์
  5. การจัดนโยบายนี้ถือว่าคุณให้สิทธิ์ตัวแทนประกันของคุณในการส่งและรับหนังสือแจ้งและ/หรือเอกสารใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณารับประกันภัยและกระบวนการจัดทำนโยบายนี้ในนามของคุณ / สำหรับคุณ
  6. ข้าพเจ้าตกลงให้ตัวแทนประกันภัยจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยที่มีรายละเอียดในแบบฟอร์มนี้ให้แก่ข้าพเจ้า
  7. **การสละสิทธิ์ในการรักษาความลับทางการแพทย์**  
ข้าพเจ้า ผู้ส่งนามข้างต้นนี้ อนุญาตให้อังค์ รุดแลสุขภาพ และ/หรือ สถาบันทางการแพทย์ และแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลอื่นๆ และ/หรือ บริษัทประกันภัย และ/หรือ สถาบัน และ/หรือ นิติบุคคลใดๆ ในการจัดหาให้กับ Ayalon Insurance Company Ltd. (ต่อไปนี้: "บริษัทประกันภัย") ข้อมูลทั้งหมดโดยไม่มีข้อยกเว้นและอยู่ในรูปแบบที่บริษัทประกันภัยร้องขอเกี่ยวกับอาการป่วยของข้าพเจ้า และ/หรือการเจ็บป่วยหรืออาการป่วยใดๆ ที่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้าทั้งในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคต.
- หากคุณต้องการได้รับข้อความในกรมธรรม์ฉบับเต็มและ/หรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณารับประกันและขั้นตอนการจัดทำกรมธรรม์นี้โดยตรงจากบริษัทประกันภัยโปรดติดต่อเราได้ตลอดเวลา

**การให้และการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมายคุ้มครองความเป็นส่วนตัว**

โปรดทราบว่าท่านไม่มีภาระผูกพันทางกฎหมายในการให้ข้อมูลส่วนบุคคลแก่ Ayalon และการดำเนินการดังกล่าวขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของคุณ อย่างไรก็ตาม หากท่านไม่ได้ให้ข้อมูลส่วนบุคคลในบางเรื่อง Ayalon อาจไม่สามารถให้บริการหรือตอบคำถามได้

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านให้มาจะถูกเก็บไว้ในฐานข้อมูลของ Ayalon Insurance Company Ltd. ฐานข้อมูลของ Ayalon ได้รับการบริหารจัดการตามกฎหมายและ Ayalon เคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของคุณ รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลโดย Ayalon (รวมถึงจุดประสงค์ในการใช้ข้อมูล บุคคลที่สามารถแบ่งปันข้อมูลได้ และเพื่อจุดประสงค์ใด) รายละเอียดการติดต่อ Ayalon และสิทธิของคุณที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่ Ayalon ประมวลผล (รวมถึงสิทธิในการตรวจสอบและสิทธิในการขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล) ปรากฏอยู่ในเอกสารนโยบายความเป็นส่วนตัวของ Ayalon ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของ Ayalon ที่: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

วันที่ลงนาม	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	ลายเซ็นของผู้ขอเอาประกันภัย ↓
-------------	-----------------------	----------------------------------