

คำแถลงสุขภาพสำหรับประกันสุขภาพ - ชาวต่างชาติในอิสราเอล



ขึ้นอยู่กับใบสมัครประกันภัยที่แนบมาด้วย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากคำแถลงสุขภาพนี้ได้
 แบบฟอร์มนี้ออกแบบมาสำหรับทั้งชายและหญิง
 โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่านกรอกแบบฟอร์มนี้อย่างถูกต้องและครบถ้วน
 ฉบับวันที่ 01/2025

เรียน
 บริษัทฮาร์เอลอินซัวรันส์จำกัด - สาขาประกันภัยพนักงานและนักท่องเที่ยวต่างชาติ
 3 ถนนแอบบาฮิลเลล รหัสไปรษณีย์ 1951, รามัตกัน 5211802, แฟกซ์: 03-7348083 อีเมล: fax7930@harel-ins.co.il.

ก. รายละเอียดเฉพาะของผู้ขอเอาประกันภัย					
เลขที่หนังสือเดินทาง	นามสกุล	ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	เพศ <input type="checkbox"/> ช <input type="checkbox"/> หญิง	
ในคำแถลงสุขภาพนี้ ท่านต้องตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย "✓" ในคอลัมน์ที่ตรงกับคำตอบที่เหมาะสม หากคำตอบของท่านสำหรับคำถามใดคำถามหนึ่งคือ "ใช่" ท่านต้องแนบใบรับรองที่ออกโดยแพทย์ผู้รักษาปัจจุบัน โดยระบุถึงปัญหาที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจ วิธีการรักษา และสถานะปัจจุบัน					
ส่วน ก: คำถามทั่วไป				ใช่	ไม่
1.	ความสูงหน่วยเป็น ซม.: น้ำหนักหน่วยเป็น กก.:				
2.	<input type="checkbox"/> ท่านใช้ยาเสพติดหรือเคยใช้ยาเสพติดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่? โปรดระบุปริมาณการบริโภค: แก้วต่อวัน				
3.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจสุขภาพใด ๆ ต่อไปนี้ (นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพทั่วไป) และยังไม่ได้ดำเนินการตรวจนั้น หรือยังไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างสมบูรณ์หรือไม่ เช่น โรคเรื้อรัง การสวนหัวใจ การตรวจมวลกระดูก เอกซเรย์หัวใจ MRI CT อัลตราซาวด์ (นอกเหนือจากการตรวจขณะตั้งครรภ์ตามปกติ) การตรวจชิ้นเนื้อ การตรวจเลือดแฝง การส่องกล้องลำไส้ใหญ่หรือกระเพาะอาหาร โรคมะเร็งผิวหนังตัวเอง รวมถึงโรคลูปัส (หาก "ใช่" กรุณาแนบใบรับรองจากแพทย์ผู้ให้การรักษาปัจจุบัน โดยระบุเหตุผลของการตรวจ ผลการตรวจ และการวินิจฉัยสุดท้าย)				
4.	ท่านกำลังจะเข้ารับการรักษาหรือการปลูกถ่ายอวัยวะในขณะนี้ หรือเคยมีแผนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? โปรดอธิบายในรายละเอียด:				
5.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่? โปรดอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุผลในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรักษาที่ท่านได้รับ				
6.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่อง หรือได้รับคำแนะนำให้รับประทานยาหรือไม่? โปรดอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาที่ท่านได้รับการรักษา วิธีการรักษา และระยะเวลาที่ท่านใช้ยาดังกล่าว				
7.	ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งหรือไม่? โปรดอธิบายในรายละเอียด:				
ส่วน ข: ท่านได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติใดๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งอย่างที่เราได้ด้านล่าง:					
1.	<input type="checkbox"/> ระบบประสาท <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> ลมบ้าหมู <input type="checkbox"/> โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อเสื่อม หรือโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> วังเวียนศีรษะบ้าง ๆ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> สมดุลผิดปกติ <input type="checkbox"/> เป็นลมหมดสติ <input type="checkbox"/> โรคพาร์กินสัน <input type="checkbox"/> โรคอัลไซเมอร์ <input type="checkbox"/> มือสั่น <input type="checkbox"/> พัฒนาการล่าช้า <input type="checkbox"/> ออทิสติก <input type="checkbox"/> ความซึ้นโครม <input type="checkbox"/> สมรรถภาพ <input type="checkbox"/> โรคโปลิโอ (โรคโปลิโอในวัยเด็ก) <input type="checkbox"/> โรคโกเช่ <input type="checkbox"/> การสูญเสียความรู้สึก (ชา) <input type="checkbox"/> สมาธิสั้น <input type="checkbox"/> ไมเกรน <input type="checkbox"/> ท่านเคยพบแพทย์เกี่ยวกับปัญหาความจำเสื่อมหรือไม่ <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> พหุเชื้อเอชไอวี <input type="checkbox"/> โรคลูปัส หากคำตอบของคำถามหนึ่งหรือมากกว่าคือ "ใช่" กรุณาแนบใบรับรองแพทย์ล่าสุดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทที่ท่านได้รับการรักษา				
2.	ดวงตาและการมองเห็น: <input type="checkbox"/> ต้อกระจก <input type="checkbox"/> ปัญหาจอประสาทตาและกระจกตา <input type="checkbox"/> ต้อหิน <input type="checkbox"/> การอักเสบของดวงตา <input type="checkbox"/> ตาเข <input type="checkbox"/> ตาบอด โรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับดวงตา: <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:				
3.	หัวใจ: <input type="checkbox"/> หัวใจเต้นผิดจังหวะ <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> หัวใจล้มเหลว <input type="checkbox"/> หัวใจวาย <input type="checkbox"/> ความผิดปกติของหัวใจตั้งแต่กำเนิด <input type="checkbox"/> การสวนหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคเส้นหัวใจ หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับหัวใจ: <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:				
4.	หลอดเลือด: <input type="checkbox"/> เส้นเลือดอุดตัน (บริเวณขา) <input type="checkbox"/> หลอดเลือดแดงคาโรติด (บริเวณคอ) <input type="checkbox"/> ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> ลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก (DVT) <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (PVD) หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับหลอดเลือด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:				

StudioHarel 44089_48 01/2025



คำประกาศของผู้เอาประกันภัย						
1.	<p>ข้าพเจ้า ผู้ลงนามด้านล่างนี้ ขอให้บริษัท ฮาเรล อินชัวร์นซ์ จำกัด (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัทประกันภัย/บริษัท/ฮาเรล") ทำการประกันภัยแก่ข้าพเจ้าตามรายละเอียดในคำเสนอการประกันภัยนี้</p> <p>(1) แม้ว่าไม่ได้เป็นข้อกำหนดทางกฎหมายว่าท่านต้องให้ข้อมูลบางประการในเอกสารนี้ แต่ข้อมูลดังกล่าวมีความจำเป็นสำหรับการเพิ่มชื่อของท่านในกรมธรรม์และการจัดการเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจะถูกจัดเก็บ รักษา และดำเนินการโดยบริษัทและบริษัทอื่น ๆ ในกลุ่มฮาเรล (ฮาเรล อินชัวร์นซ์ อินเวสเมนต์ แอนด์ ไฟแนนเชียล เซอร์วิสেস จำกัด และบริษัทย่อย) และบุคคลที่สามที่ปฏิบัติงานแทนและ/หรือในนามของกลุ่มฮาเรลจะใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดการกรมธรรม์ และวัตถุประสงค์อื่นที่ขออนุญาตกฎหมาย รวมถึงการคำนวณทางคณิตศาสตร์ประกันภัย ข้อมูลเพิ่มเติมสามารถดูได้ในนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทบนเว็บไซต์ของบริษัท</p> <p>(2) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำตอบทั้งหมดที่ให้ไว้ถูกต้องและครบถ้วน และได้ให้ด้วยความสมัครใจ</p> <p>(3) คำตอบในคำประกาศสุขภาพและข้อมูลใด ๆ ที่ให้ไว้แก่บริษัท ตลอดจนเงื่อนไขที่เป็นไปตามมาตรฐานของบริษัทเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว จะถือเป็นเงื่อนไขพื้นฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท และจะถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยนั้น</p>					
2.	<p>ผู้รับผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิต</p> <p>ท่านสามารถระบุผู้รับผลประโยชน์ได้ โดยใช้แบบฟอร์ม "คำขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิต" ในกรณีที่ไม่มีกรระบุผู้รับผลประโยชน์ จำนวนเงินจะถูกจ่ายให้แก่ทายาทตามกฎหมาย ตามคำสั่งศาลหรือพินัยกรรม</p>					
3.	<p>ขั้นตอนการเข้าร่วมประกันภัย: บริษัทมีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจว่าจะรับหรือปฏิเสธคำเสนอการประกันภัย สำหรับข้อมูลของท่าน สัญญาประกันภัยจะมีผลบังคับใช้เฉพาะเมื่อบริษัทออกเอกสารยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อยอมรับผู้สมัครเป็นผู้เอาประกันภัย หากมีความจำเป็นต้องดำเนินการเพิ่มเติมเพื่อชี้แจงเงื่อนไข การพิจารณารับประกัน และการรับเข้าเป็นผู้เอาประกันภัย กรมธรรม์จะไม่ถูกออกให้กับผู้สมัครและจะไม่ผลบังคับใช้จนกว่ากระบวนการดังกล่าวจะเสร็จสิ้น</p>					
4.	<p>(1) ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัวแทนประกันภัยของข้าพเจ้า ซึ่งรายละเอียดปรากฏอยู่ในคำเสนอการประกันภัยนี้ ส่งเอกสารและ/หรือแจ้งให้บริษัททราบในนามของข้าพเจ้าเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณารับประกันและการเข้าร่วมในกรมธรรม์นี้</p> <p>(2) ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมธรรม์ของแผนประกันภัยตามคำขอในข้อเสนอนี้ถูกส่งมอบให้แก่ข้าพเจ้าโดยผ่านตัวแทนประกันภัย ซึ่งรายละเอียดปรากฏอยู่ในตอนต้นของคำเสนอการประกันภัยนี้</p> <p>(3) หากท่านประสงค์จะรับกรมธรรม์และ/หรือข้อมูลในกระบวนการพิจารณารับประกันภัย และกระบวนการเข้าร่วมในกรมธรรม์นี้โดยตรง ท่านสามารถติดต่อบริษัทฮาเรลได้ตลอดเวลา โดยโทรไปที่หมายเลข (*2735)</p>					
5.	<p>ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประกันภัย ซึ่งรวมถึงอย่างน้อยที่สุด รายละเอียดขององค์ประกอบหลักของความคุ้มครอง ค่าเบี้ยประกันภัย ระยะเวลาประกันภัย จำนวนเงินประกันภัยหลัก และข้อจำกัดความรับผิดชอบหลัก พร้อมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ข้าพเจ้าจะได้รับรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว</p>					
6.	<p>การยินยอมในการใช้ข้อมูลและการรับสื่อประชาสัมพันธ์</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ไม่ยินยอม</th> <th>ยินยอม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	ไม่ยินยอม	ยินยอม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ไม่ยินยอม	ยินยอม					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<p>(ก) ท่านยินยอมหรือไม่ ที่จะให้ข้อมูลที่ระบุในเอกสารนี้ รวมถึงข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวท่านที่อยู่ในความครอบครองของบริษัทในกลุ่มฮาเรล (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. และบริษัทย่อย) ถูกนำไปใช้โดยกลุ่มฮาเรล และ/หรือผู้แทนของกลุ่มฮาเรล เพื่อวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์และบริการอื่น ๆ ของบริษัทในกลุ่มฮาเรล (ในด้านประกันภัย การออมระยะยาว และการเงิน) รวมถึงการตลาด เช่น การแจ้งให้ท่านทราบเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการเหล่านั้น นอกจากนี้ ยังรวมถึงการจัดการกรมธรรม์อื่น ๆ หรือผลิตภัณฑ์ประกันภัย การออมระยะยาว และการเงินที่ท่านถือครองอยู่ การประมวลผลและการจัดเก็บข้อมูล ตลอดจนการใช้งานเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการดำเนินการดังกล่าวเสร็จสมบูรณ์ และเพื่อวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงการโอนข้อมูลดังกล่าวให้แก่บุคคลที่สามที่ดำเนินการในนามของกลุ่มฮาเรล</p>					
	<p>(ข) เราขอแจ้งให้ท่านทราบว่าท่านอาจได้รับข้อเสนอทางการตลาดและเอกสารประชาสัมพันธ์จากบริษัทหรือบริษัทในกลุ่มฮาเรลที่ได้รับข้อมูลของท่าน (ในกรณีที่ท่านยินยอมให้ข้อมูลของท่านแก่พวกเขา) เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัทและ/หรือบริษัทในกลุ่มฮาเรล ผ่านทางแฟกซ์ อีเมล ระบบโทรศัพท์อัตโนมัติ หรือข้อความ SMS หากท่านไม่ประสงค์ที่จะรับข้อเสนอทางการตลาดและเอกสารประชาสัมพันธ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งการปฏิเสธหรือเปลี่ยนแปลงการเลือกเดิมได้ตลอดเวลา โดยใช้แบบฟอร์ม "ปฏิเสธการรับข้อเสนอทางการตลาดและประชาสัมพันธ์" ซึ่งสามารถหาได้จากเว็บไซต์ของบริษัทที่ www.hrl.co.il/pirsurum หรือโดยการติดต่อเป็นลายลักษณ์อักษรไปที่ อาคารฮาเรล แผนกสุขภาพ แผนกสุขภาพส่วนบุคคลในต่างประเทศ และแผนกสุขภาพผู้อยู่อาศัยในต่างประเทศ เลขที่ 3 ถ.อบา ฮิลเลล ตูโปน. 10951 รามัดگان 5252202 หรือโทรไปที่: 03-7547777 ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวของหน่วยงานสถาบันของ Harel Group ได้ที่เว็บไซต์ของกลุ่มบริษัท www.harel-group.co.il.</p>					
7.	<p>บริษัทประกันภัยเคยปฏิเสธหรือยกเลิกใบสมัครประกันสุขภาพของท่านหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก "เคย" โปรดระบุรายละเอียด:</p> <p>.....</p>					
8.	<p>การยกเว้นการรักษาความลับทางการแพทย์: ข้าพเจ้าขออนุญาตแก่หน่วยงาน HMO และ/หรือสถาบันการแพทย์ต่าง ๆ รวมถึงแพทย์ทุกท่าน นักจิตแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ โรงพยาบาล และ/หรือบริษัทประกันภัย หรือหน่วยงานใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้เปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อความจำเป็นในการพิจารณาสิทธิและหน้าที่ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และ/หรือกระบวนการตรวจสอบการเข้าร่วมในประกันภัยที่ข้าพเจ้าได้สมัครไว้ ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในความลับทางการแพทย์ และการสงวนสิทธิ์นี้จะครอบคลุมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตที่ข้าพเจ้าอาจมี โดยไม่มีข้อยกเว้นและในรูปแบบที่ฝ่ายผู้ร้องขอต้องการ ข้าพเจ้าขอปลดเปลื้องความรับผิดชอบของท่านในการเก็บรักษาความลับทางการแพทย์และสิทธินี้ให้แก่ "ผู้ร้องขอ" การสงวนสิทธิ์นี้จะผลบังคับใช้กับทรัพย์สินทางกฎหมายของข้าพเจ้า ผู้แทนทางกฎหมายของข้าพเจ้า และบุคคลที่มาสืบพยานหลักฐานที่ของข้าพเจ้า</p>					

ผู้สมัครประกันภัยได้ลงนามในแบบฟอร์มแถลงการณ์สุขภาพนี้หลังจากได้รับการอธิบายเนื้อหาในภาษาที่ตนเข้าใจดี

วัน

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลายมือชื่อพยาน