

הצעה לביטוח רפואי - לשוהים זרים בישראל
Proposal Form Health Insurance - Foreigners in Israel

הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

א.רוזן סוכנות לביטוח
משרד 03-6735915

No Agent / מספר סוכן / 322460	Name of Agent / שם סוכן / אריק רוזן
-------------------------------	-------------------------------------

למשלוח הטפסים חזרה למשרדנו - בדוא"ל info@rozen-ins.co.il או בפקס: 03-6729025 משרד : 03-6735915

Status of insurance / סטטוס ביטוח
ביטוח חדש / New insurance הארכה / חידוש

:The purpose for coming to Israel / נא סמן את סיבת הגעתך לישראל

Other / אחר Industry / תעשייה Construction / בניין Agriculture / חקלאות Nursing care / יעוד

1. תוכנית ביטוח מבוקשת / Insurance program wanted (נא לסמן X בריבוע המתאים. / Please mark X at the correct square)

פוליסה לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף / Policy for Foreign worker with permit to work in Israel

Tourist Medical Insurance / ביטוח רפואי לתיירים בישראל

תקופת הביטוח המבוקשת / Insurance period requested
Up to Date / עד תאריך / from date / מתאריך

2. פרטי המועמד לביטוח / Insurance applicant personal details

Gender / מין / F / נ <input type="checkbox"/> M / ז <input type="checkbox"/>	Date of birth / תאריך לידה	First Name / שם פרטי	Last Name / שם משפחה	Passport No / מספר דרכון
e-mail / כתובת דואר אלקטרוני		Israel entry day / תאריך כניסה לישראל		Country of birth / ארץ לידה
Address / כתובת בית בישראל			Another phone No / טלפון נוסף	Mobile phone / טלפון נייד
Zip code / מיקוד	Town / עיר	street,house no. / רחוב, מס' בית		
Insurance Co / חברת ביטוח			Previous Insurances in Israel / ביטוחים קודמים בישראל	
Membership No / מס' חבר קופ"ח			No / לא Yes / כן	
Up to date / עד תאריך			From date / מתאריך	

3. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק / Details of policy holder

טלפון של איש קשר	שם איש קשר	שם פרטי / First Name	שם משפחה / Last Name	מספר זהות / ID No
e-mail / כתובת דואר אלקטרוני		Another phone No / טלפון נוסף		Mobile phone / טלפון נייד
Address / כתובת בית				
Zip code / מיקוד	Town / עיר	street,house no. / רחוב, מס' בית		

4. דמי הביטוח / Insurane premium

Total cost in NIS / סה"כ פרמיה בש"ח	No. of days / מס' ימי ביטוח	Daily cost in NIS / פרמיה יומית בש"ח
-------------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

5. אופן התשלום / Payment method

המחאה הוראת קבע הפקדה בנקאית

מסוג: אשראי / Credit Card ויזה דינירס אחר

Telephone No. / מס' טלפון	ID No / מס' זהות	Name of card holder / שם בעל הכרטיס
No. of payments / מס' תשלומים	Exp. date / תוקף	Credit card No. / מספר כרטיס אשראי

Signature of policy holder / חתימה	Name of policy holder / שם בעל הפוליסה	Date / תאריך
------------------------------------	--	--------------

23.	ආහාර ජීරණ පද්ධතිය - ජාවන ආබාධ (ජාවක වරණය හෝ ග්‍රහණය වරණය), අජීරණ, බඩවැල්වල බෝවන රෝග, ක්‍රෝන්ගේ රෝගය, වරණමය පුරිතන්දාහය, ආමාශ ආන්ත්‍රික රුධිර වහනය, රක්තජාත රෝග, ගුද මාර්ගයේ ආබාධ, අක්මා ආබාධ හෝ අක්මා රෝග, සෞඛ්‍යමාලය, පින්තාශයේ ආබාධ, පින්තාශයේ රෝග, අන්තශ්‍රෝණයේ ආබාධ, අන්තාසයේ ආසාදන ඇතුළුව		
24.	කැපුම් හර්නියා ඇතුළු ඕනෑම ආකාරයක හර්නියා		
25.	වකුගඩු සහ මුත්‍රා ආසාදන - වකුගඩු ගල්, වකුගඩු හෝ මුත්‍රා ආසාදන හෝ අවහිරතා, මුත්‍රාවල රුධිරය හෝ ප්‍රෝටීන, නිදන්ගත වකුගඩු රෝග, වකුගඩු ගෙඩි, පුරස්ථි ග්‍රන්ථි ගැටළු ඇතුළුව		
26.	සන්ධි සහ අස්ථි - සන්ධි ප්‍රදාහය, රක්තවාතය, පිටුපස, කොඳු ඇට පෙළ, දණහිස සහ අනෙකුත් සන්ධි ආබාධ, අස්ථි බිඳීමේ සැත්කම්, අස්ථි රෝග ඇතුළුව		
27.	පරිවෘත්තීය හා ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතිය - දියවැඩියාව, තයිරොයිඩ් ආබාධ, අධිවෘක්ක ග්‍රන්ථියේ ආබාධ, පිටියුටරි ග්‍රන්ථිය, වසා ග්‍රන්ථිය, බෙට් ග්‍රන්ථිය හෝ වෙනත් ග්‍රන්ථි, අධි රුධිර රෝග, රුධිර රෝග හෝ රුධිර කැටි ගැසීම, රක්තහීනතාවය ඇතුළුව		
28.	මාරාන්තික රෝග (පිළිකා)- මාරාන්තික හෝ පූර්ව මාරාන්තික වායු ගෙඩි, හෝ පූර්ව මාරාන්තික රෝග ඇතුළුව. කරුණාකර වර්ගය, රෝග විනිශ්චය දිනය සහ ප්‍රතිකාරය සඳහන් කරන්න.		
29.	වර්ම රෝග හා ලිංගාශ්‍රිත රෝග - සමේ වර්ධක, සෝරොසිස්, විසජ්ජව, ගිනියම් රෝග, ඉන්නන්, පැපිලෝමාව / කොන්ඩිලෝමාව ඇතුළුව		
30.	අක්මි ආබාධ සහ රෝග - ඇසේ සුද, වපරය, අන්ධභාවය, කනිකා හෝ ජාලිකා ගැටළු, විකෘති වූ පෙනීම, ඇස්විග්මැටිස්වාදය, ග්ලූකෝමා ඇතුළුව		
31.	කන නාසය සහ උගුර - පුනරාවර්ති ආසාදන, රයිනොසිනුසයිටිස්, පොලිප්ස්, ටොන්සිලයිටිස්, ශ්‍රවණාබාධ, නින්දේ හුස්ම හිරවීම, ගෙරවීම ඇතුළුව		

කරුණාකර ඔබ "ඔබ" ලෙස පිළිතුරු දී ඇති ඕනෑම ප්‍රශ්නයකට අදාළ වැඩිපුර තොරතුරු ලබා දෙන්න. ප්‍රමාණවත් ඉඩක් නොමැති නම් කරුණාකර වෙනත් පත්‍රයක ඉදිරියට ගෙන යන්න සහ ඕනෑම වෛද්‍ය ලේඛනයක් අමුණන්න.

අත්සන සහ දිනය	රක්ෂිතයාගේ නම	සේවයෝජකයාගේ / රක්ෂණ ඔප්පුහිමියාගේ අත්සන
---------------	---------------	---

<p>යෝජකයා සඳහා තොරතුරු</p> <ol style="list-style-type: none"> ඔප්පුවේ කොන්දේසිවලට අනුකූලව, ඔප්පුව කල් ඉකුත් වී දින 90ක් ඇතුළත, ඔප්පුව කල් ඉකුත්වීම සහ දිගුව ආරම්භය අතර කාලසීමාව සඳහා වාරික ගෙවීමට යටත්ව (එවැනි ගෙවීමක් කළ හැක්කේ රක්ෂිතයා හෝ සේවයෝජකයා විසින්) ඔබ විදේශ සේවකයෙකු ලෙස ඊශ්‍රායලයේ රැඳී සිටින තෙක් දිගු කරගත හැකිය. ඔප්පුව කල් ඉකුත් වී දින 90ක් ගත වූ පසු, නව වෛද්‍ය ප්‍රතිරක්ෂණ ක්‍රියාවලියක් අවශ්‍ය වනු ඇත. ආබාධිත පුද්ගලයන් සඳහා සමාන අයිතිවාසිකම් පනත - 1988 හි නිර්වචනය කර ඇති පරිදි ඔබ කිසියම් ආබාධයකින් පීඩා විදින්නේ නම්, එයින් අදහස් වන්නේ ඔබ සාමාන්‍ය දෛනික ක්‍රියාකාරකම්වලදී ඔබේ ක්‍රියාකාරිත්වය දැඩි ලෙස සීමා කරන ස්ථිර හෝ තාවකාලික හෝ ඕනෑම ශාරීරික ආබාධයකින්, මානසික හෝ සංජානන දුර්වලතාවයකින් පෙළෙන බවය, කරුණාකර මෙම පෝරමයේ විස්තර ඇති රක්ෂණ නියෝජිතයාට දන්වන්න.
--

<p>යෝජකයාගේ ප්‍රකාශනය</p> <ol style="list-style-type: none"> මම මෙයින් ප්‍රකාශ කර, එකඟ ව භාර ගන්නා වග නම්: (1) සියලුම පිළිතුරු සත්‍ය සහ සම්පූර්ණ වන අතර මගේම කැමැත්තෙන් ලබා දී ඇත. (2) සෞඛ්‍ය ප්‍රකාශනයේ දැක්වෙන පිළිතුරු සහ රක්ෂකයා වෙත සපයන ලද වෙනත් ඕනෑම තොරතුරු, මේ සම්බන්ධව රක්ෂකයාගේ සම්මත කොන්දේසි සමඟ මා සහ රක්ෂකයා අතර ඇති රක්ෂණ ගිවිසුමේ මූලික කොන්දේසියක් වන අතර එය රක්ෂණ ගිවිසුමේ අනිවාර්ය අංගයක් වනු ඇත. (3) තම තීරණය සාධාරණීකරණය නොකර මෙම අයදුම්පත භාර ගැනීම හෝ ප්‍රතික්ෂේප කිරීම තීරණය කිරීමට රක්ෂකයාට නිදහස තිබේ. රක්ෂණ ගිවිසුම ක්‍රියාත්මක වන්නේ රක්ෂකයා ලිඛිතව රක්ෂණය භාර ගැනීම තහවුරු කිරීමෙන් පසුව සහ පළමු වාරිකය සම්පූර්ණයෙන් ගෙවීමෙන් පසුව පමණක් බව මම දනිමි. මෙම ඔප්පුවට අනුව රක්ෂකයා කිසියම් ආබාධයක්, උපන් ආබාධයක් හෝ පාරම්පරික රෝගයක් සහ/හෝ වෛද්‍ය තත්ත්වයක් සහ/හෝ රෝගාබාධ සහ/හෝ රෝග සහ එහි බලපෑම, ප්‍රතිකාර කළද නොකළද, විදේශ සේවා නියුක්තික ආදාපනතේ විධිවිධානවලට සහ ඔප්පුවේ නියම සහ කොන්දේසිවලට යටත්ව, රක්ෂණ ඔප්පුව සැකසීමට පෙර මා පීඩාවට පත් වූ සෘජුව හෝ වක්‍රව පැනනැඟුණු සහ/හෝ නරක අතට හැරී ඇති කිසියම් වෛද්‍ය තත්ත්වයක් නිසා ඊට අදාළව ඕනෑම සේවාවක් සැපයීමෙන් නිදහස් කරන බව මම දනිමි. වෙනත් කිසිදු රක්ෂණ සමාගමක් විසින් මා රක්ෂණවරණයෙන් ප්‍රතික්ෂේප කර නොමැති බව මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි. ප්‍රධාන ආවරණ, රක්ෂණ වාරිකය, රක්ෂණ කාලසීමාව, ප්‍රධාන රක්ෂිත මුදල සහ වගකීම් සීමාවන් සහ සම්පූර්ණ ප්‍රතිපත්ති ලේඛන ලබා ගැනීමේ හැකියාව ඇතුළුව රක්ෂණය සම්බන්ධ තොරතුරු මා වෙත ලැබී ඇති බව මම තහවුරු කරමි. මෙම ඔප්පුව සැකසීමෙන් ඔබ ප්‍රතිරක්ෂණ ක්‍රියාවලියට සහ මෙම ප්‍රතිපත්තිය සැකසීමේ ක්‍රියාවලියට අදාළව ඕනෑම දැනුම්දීමක් සහ/හෝ ලේඛන ඔබේ නමට ඉදිරිපත් කිරීමට සහ ලබා ගැනීමට ඔබ ඔබේ රක්ෂණ නියෝජිතයාට බලය පවරයි. මෙම පෝරමයේ විස්තර ඇති රක්ෂණ නියෝජිතයා විසින් රක්ෂණ ඔප්පුව මා වෙත එවනු ඇති බවට මම එකඟ වෙමි. වෛද්‍ය රහස්‍යභාවය අත්හැරීම පහත අත්සන් කර ඇති මම, මෙයින් ඕනෑම සෞඛ්‍ය නඩත්තු සංවිධානයකට සහ/හෝ වෛද්‍ය ආයතනයකට සහ ඕනෑම වෛද්‍යවරයෙකුට, රෝහලකට හෝ වෙනත් සෞඛ්‍ය පහසුකමකට සහ/හෝ ඕනෑම රක්ෂණ සමාගමකට සහ/හෝ ආයතනයකට සීමාසහිත Ayalon Insurance Company වෙත මගේ වෛද්‍ය තත්ත්වය සහ/හෝ අතීතයේ, වර්තමානයේ හෝ අනාගතයේ මට බලපාන ඕනෑම අසනීපයක් හෝ වෛද්‍ය තත්ත්වයක් සම්බන්ධයෙන් රක්ෂණ සමාගම විසින් ඉල්ලා සිටින වියම්බර්කයකින් තොරව සහ ආකෘතියෙන් සියලුම තොරතුරු සැපයීමට බලය පවරමි (මෙතැන් පටන්: "රක්ෂණ සමාගම") සහ මම මෙයින් ඔබට වෛද්‍ය රහස්‍යභාවයේ කටයුත්තෙන් නිදහස් කරන අතර රක්ෂණ සමාගම ද මෙම කටයුත්තෙන් නිදහස් කරමි. මෙම අත්හැරීම මා, මගේ උරුමකරුවන් සහ නීත්‍යානුකූල නියෝජිතයින් සහ ඔවුන් ජර්නිස්ථාපනය කරන ඕනෑම අයෙකු බැඳ තබයි. රක්ෂණ සමාගමෙන් සෘජුවම ප්‍රතිරක්ෂණ ක්‍රියාවලිය සහ මෙම ඔප්පුව සැකසීමේ ක්‍රියාවලිය සම්බන්ධව සම්පූර්ණ ඔප්පු ලේඛන සහ/හෝ වෙනත් ඕනෑම තොරතුරු ලබා ගැනීමට ඔබට අවශ්‍ය නම්, කරුණාකර ඕනෑම වෛලාවක අප හා සම්බන්ධ වන්න.

අත්සන් කළ දිනය	යෝජකයාගේ නම	යෝජකයාගේ අත්සන
----------------	-------------	----------------