

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
 New insurance / ביטוח חדש
 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 לתיירים בישראל / Medical insurance

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

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		טלפון נוסף / Another phone No		טלפון נייד / Mobile phone
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 דינינס 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
------------------------------------	--	--------------



HEAD OFFICE: AYALON HOUSE, 12 Abba Hillel Silver St., Ramat Gan 52008
mail@ayalon-ins.co.il www.ayalon-ins.co.il P.O.B. 10957 ISRAEL

ประกันสุขภาพ

ประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวหรือนักท่องเที่ยว

1. รายละเอียดของผู้ขอประกันภัย

นามสกุล	ชื่อ	หมายเลขหนังสือเดินทาง	เพศ	วันเกิด	น้ำหนัก	ส่วนสูง
			ช / หญิง			

เพื่อความสะดวก แบบฟอร์มนี้จะใช้สำหรับเพศชาย อย่างไรก็ตามจะใช้กับเพศหญิงได้อย่างเท่าเทียมกัน [หมายเหตุถึงนักแปล - แปลเฉพาะสิ่งนี้หากใช้ในภาษาปลายทาง]
โปรดตอบคำถามเป็นภาษาอังกฤษหรือฮีบรู

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 คุณเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรือไม่? หากใช่ โปรดระบุเวลาและเหตุผล พร้อมแนบรายงานทางการแพทย์จากโรงพยาบาลและรายงานเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของคุณ		
3. ปัจจุบันคุณทานยาเป็นประจำหรือเคยทานในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุชื่อยาและเหตุผลที่รับประทาน		
4. คุณดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยดื่มมาก่อนหรือไม่? ถ้าเคย 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. คุณเป็นโรคมะเร็งด้วยตนเอง รวมถึงโรคลูปัสหรือไม่?		
14. คุณกำลังรอรับการรักษาทางการแพทย์หรือการรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่หรือเปล่า?		
15. คุณเป็นพาหะของแอนติบอดีและ/หรือ ไวรัส HIV หรือไม่?		
16. นรีเวชวิทยา - เฉพาะผู้หญิง:		
ก. คุณกำลังตั้งครรภ์?		
ข. คุณหรือเคยเป็นโรคทางนรีเวช เช่น ประจำเดือนมาไม่ปกติ ภาวะมีบุตรยาก เลือดออกผิดปกติ โรคเกี่ยวกับมดลูก ความผิดปกติของรังไข่ ผลการตรวจทางนรีเวชที่ผิดปกติ (เช่น PAP) หรือความผิดปกติทางนรีเวชอื่นๆ หรือไม่?		
ค. คุณมีความผิดปกติของเต้านมหรือมีก้อนที่เต้านมหรือไม่?		
ง. คุณเคยผ่านการผ่าตัดคลอดหรือไม่?		

คุณหรือเคยเป็นโรคหรืออาการดังต่อไปนี้หรือไม่?		ใช่	ไม่ใช่
17.	ความผิดปกติทางระบบประสาท ได้แก่ อาการบ้านหมุน ปวดศีรษะ ไมเกรน เป็นลม อัมพาต โรคลมบ้าหมู ความผิดปกติของหน่วยความจำ ความผิดปกติของการประมวลผลทางประสาทสัมผัส โรคความเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง เลือดออกในสมอง ซิวเอน สูญเสียการทรงตัว โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน .		
18.	ความผิดปกติทางจิตเวช – ความผิดปกติทุกประเภทหรือการพยายามฆ่าตัวตาย		
19.	อาการแพ้ – โปรดระบุรายละเอียดของอาการแพ้และการรักษาใด ๆ ที่คุณได้รับ		
20.	ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ - รวมถึงโรคหอบหืด วัณโรค โรคปอดอักเสบกำเริบ โรคซิสติกไฟโบรซิส หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง การติดเชื้อซ้ำในระบบทางเดินหายใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดบวม		
21.	ความผิดปกติของหัวใจและความดันโลหิต - รวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, หัวใจวาย, หัวใจเต้นผิดจังหวะ, โรคเส้นหัวใจ, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, เชื้อหุ้มหัวใจอักเสบ, โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูงหรือความดันโลหิตผันผวน		
22.	ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด - รวมทั้งการแข็งตัวของเลือดมากเกินไป, เส้นเลือดตีบตัน, เส้นเลือดคด, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดส่วนปลาย		
23.	ระบบย่อยอาหาร - รวมถึงความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร (แผลในกระเพาะอาหารหรือแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น), หัวใจไหม้, โรคติดเชื้อในลำไส้, โรคโครห์น, ลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผล, เลือดออกในทางเดินอาหาร, ริดสีดวงทวาร, ความผิดปกติของช่องทวารหนัก, ความผิดปกติของตับหรือโรคตับ, ตีชัน, การติดเชื้อในถุงน้ำดี, นิ่วในถุงน้ำดี ความผิดปกติของหลอดอาหาร, การติดเชื้อในตับอ่อน		
24.	ไ้เลื่อน ทุกประเภทรวมถึงไ้เลื่อนแบบกริด		
25.	การติดเชื้อในไตและทางเดินปัสสาวะ – รวมถึงนิ่วในไต การติดเชื้อหรืออุดตันในไตหรือทางเดินปัสสาวะ เลือดหรือโปรตีนในปัสสาวะ โรคไตเรื้อรัง ซีสต์ในไต ปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก		
26.	ข้อต่อและกระดูก – รวมถึงโรคข้ออักเสบ โรคเกาต์ หลัง กระดูกสันหลัง ข้อเข่า และความผิดปกติของข้อต่ออื่นๆ การผ่าตัดกระดูกหัก โรคกระดูก		
27.	การเผาผลาญอาหารและระบบภูมิคุ้มกัน – รวมถึงโรคเบาหวาน, ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์, ความผิดปกติของต่อมหมวกไต, ต่อมน้ำนม, ต่อมน้ำเหลือง, ต่อมน้ำลายหรือต่อมอื่น ๆ, ไชมันในเลือดสูง, โรคเลือดหรือการแข็งตัวของเลือด, โรคโลหิตจาง		
28.	โรคภัย (มะเร็ง) – รวมถึงเนื้องอกร้ายหรือก่อนมะเร็ง หรือการเจ็บป่วยก่อนมะเร็ง โปรดระบุชนิด วันที่วินิจฉัยและการรักษา		
29.	โรคผิวหนังและกามโรค - รวมถึงการเจริญเติบโตของผิวหนัง, โรคสะเก็ดเงิน, เริม, ซิฟิลิส, หูด, คิงเนื้อ / หูดหงอนไก่		
30.	ความผิดปกติและโรคทางตา – รวมถึงต้อกระจก ตาขุ่น ตาบอด ปัญหากระจกตาหรือเรตินัล การมองเห็นบิดเบี้ยว สายตาเอียง ต้อหิน		
31.	หู คอ จมูก – รวมถึงการติดเชื้อซ้ำ ไชนัสอักเสบ คิงเนื้อ ต่อมทอนซิลอักเสบ การได้ยินผิดปกติ ภาวะหูตึงหูฉี่ การนอนกรน		

โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำถามใดๆ ที่คุณตอบว่า “ใช่” หากมีเนื้อที่ไม่พอ โปรดต่อในหน้าอื่น และแนบเอกสารทางการแพทย์ใดๆ

ลายเซ็นและวันที่	ชื่อของผู้เอาประกัน	ลายเซ็นของผู้เอาประกัน

ข้อมูลสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย	
1.	ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ สามารถต่ออายุกรมธรรม์ได้ภายใน 90 วัน หลังจากกรมธรรม์หมดอายุ โดยขึ้นอยู่กับภาระชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาระหว่างกรมธรรม์หมดอายุจนถึงวันเริ่มต้นการต่ออายุ (สามารถชำระได้ โดยผู้ประกันตนหรือนายจ้าง) ครบเท่าที่คุณอาศัยอยู่ในอิสราเอลในฐานะแรงงานต่างชาติ หลังจาก 90 วันผ่านไปนับตั้งแต่มกรมธรรม์หมดอายุ จะต้องมีการพิจารณาปรับประกันภัยทางการแพทย์ใหม่
2.	หากคุณสมบัติสุขภาพใดๆ ตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายสิทธิที่เท่าเทียมกันสำหรับผู้พิการ – 1988 หมายความว่าคุณสมบัติการทางร่างกาย ความบกพร่องทางจิตใจหรือสติปัญญา ไม่ว่าจะพิการหรือชั่วคราว ซึ่งจำกัดการทำงานของบุคคลในกิจกรรมประจำวัน โดยทั่วไปอย่างรุนแรง โปรดแจ้งตัวแทนประกันที่มีรายละเอียดตามแบบฟอร์มนี้

ประกาศของผู้ขอเอาประกันภัย	
1.	ข้าพเจ้าขอประกาศ ตกลง และรับรองว่า: (1) คำตอบทั้งหมดเป็นความจริง สมบูรณ์ และได้รับการจัดเตรียมโดยเจตจำนงเสรีของข้าพเจ้าเอง (2) คำตอบที่ปรากฏในประกาศสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้รับประกันภัยพร้อมกับเงื่อนไขมาตรฐานของผู้รับประกัน ในเรื่องนีถือเป็นข้อกำหนดพื้นฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับผู้รับประกันภัยและจะเป็นส่วนสำคัญของสัญญาประกันภัย. (3) ผู้รับประกันภัยมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธใบสมัครนี้โดยไม่ต้องพิสูจน์การตัดสินใจของตน ข้าพเจ้าทราบดีว่าสัญญาประกันภัยจะมีผลต่อเมื่อผู้รับประกันภัยยืนยันการยอมรับประกันภัยเป็นลายลักษณ์อักษร และหลังจากชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกครบถ้วนแล้ว
2.	ข้าพเจ้าทราบดีว่าตามนโยบายนี้ ผู้ประกันตนจะได้รับการยกเว้นจากการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด หรือโรคทางกรรมพันธุ์ และ/หรือสภาวะทางการแพทย์ และ/หรือความเจ็บป่วย และ/หรือโรค และผลกระทบของมัน ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงหรือโดยอ้อมจากและ/หรือแย่งจากอาการทางการแพทย์ใด ๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับก่อนที่จะมีการจัดทำกรมธรรม์ประกันภัย โดยขึ้นอยู่กับบทบัญญัติของกฎหมายแรงงานต่างด้าวและข้อกำหนดและเงื่อนไขของกรมธรรม์
3.	ข้าพเจ้าขอประกาศว่าข้าพเจ้าไม่เคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัยจากบริษัทประกันภัยอื่นใด
4.	ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประกันภัย รวมถึงคำอธิบายของความคุ้มครองหลัก เบี้ยประกัน ระยะเวลาประกันภัย จำนวนเงินเอาประกันภัยหลักและขีดจำกัดความรับผิด และความเป็นไปได้ที่จะได้รับข้อความในกรมธรรม์ฉบับสมบูรณ์
5.	การจัดนโยบายนี้ถือว่าข้าพเจ้าให้สิทธิ์ตัวแทนประกันภัยของคุณในการส่งและรับหนังสือแจ้งและ/หรือเอกสารใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณาปรับประกันภัยและกระบวนการจัดทำนโยบายนี้ในนามของคุณ / สำหรับคุณ
6.	ข้าพเจ้าตกลงให้ตัวแทนประกันภัยจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยที่มีรายละเอียดในแบบฟอร์มนี้ให้แก่ข้าพเจ้า หากคุณต้องการได้รับข้อความ ในกรมธรรม์ฉบับเต็มและ/หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณาปรับประกันภัยและขั้นตอนการจัดทำกรมธรรม์นี้ โดยตรงจากบริษัทประกันภัย โปรดติดต่อเราได้ตลอดเวลา
7.	การสละสิทธิ์ในการรักษาความลับทางการแพทย์ ข้าพเจ้าผู้ลงนามข้างต้นนี้ อนุญาตให้องค์กรดูแลสุขภาพ และ/หรือ สถาบันทางการแพทย์ และแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลอื่นๆ และ/หรือ บริษัทประกันภัย และ/หรือ สถาบัน และ/หรือ นิติบุคคลใดๆ ในการจัดหาให้กับ Ayalon Insurance Company Ltd. (ต่อไปนี้เป็น "บริษัทประกันภัย") ข้อมูลทั้งหมดโดยไม่มีข้อยกเว้นและอยู่ในรูปแบบที่บริษัทประกันภัยร้องขอเกี่ยวกับอาการป่วยของข้าพเจ้า และ/หรือการเจ็บป่วยหรืออาการป่วยใดๆ ที่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้าทั้งในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคต และข้าพเจ้าขอยกเว้นไม่ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ทางการแพทย์ การรักษาความลับและยกเว้นบริษัทประกันภัยที่นี้ด้วย การสละสิทธิ์นี้ผูกพันข้าพเจ้า ทายาท และตัวแทนทางกฎหมายของข้าพเจ้า และผู้ใดก็ตามที่เข้ามาแทนที่

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