



AYALON
INSURANCE COMPANY LTD.

03-6729025 אפקטור
info@rozen-ins.co.il מיל



AYALON

- INSURANCE
- PENSIONS
- CAPITAL MARKETS

עיון בעדן סוּבאָפּאָר פֿאַר אַרבעטס־פּאַרשטאַנד פֿאַר אַרבעטס־פּאַרשטאַנד פֿאַר אַרבעטס־פּאַרשטאַנד

רשימת פרטים של המבוטח						
שם משפחה	שם פרטי	מספר דרכון	מספר	תאריך	גובה	תאריך
			ש / נו			

לפיכך, אנו מבקשים להבהיר כי המידע המפורט לעיל הוא מידע כללי בלבד, ואינו מהווה ייעוץ או הפקדה. כל שאלות או דרישות נוספות, יש לפנות אלינו באמצעות כתובת המייל או הטלפון.

שאלה	כן	לא
1. ברגע האחרון, האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
2. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
3. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
4. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
5. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
6. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
7. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
8. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
9. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
10. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
11. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
12. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
13. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
14. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
15. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
16. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
17. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
18. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
A. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
B. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
C. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
D. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
E. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
F. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
G. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
H. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		

שאלה	כן	לא
1. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
2. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
3. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
4. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
5. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
6. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
7. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
8. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
9. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
10. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
11. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
12. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		
13. האם אתם סובלים מבעיות בריאותיות או בעיות בבריאות של ילדים/בני משפחה?		

ด้วยเหตุนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ข้าพเจ้าได้แจ้งในถ้อยแถลงสุขภาพนั้นเป็นความจริงและครบถ้วนทุกประการหากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งปรากฏเป็นเท็จหรือไม่ครบถ้วน บริษัทอาซาฮอนจะยกเว้นความรับผิดชอบตามบทบัญญัติกฎหมายสัญญาประกันภัย

การสละสิทธิ์การรักษาความลับของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าผู้ลงนามข้างท้ายนี้อนุญาตให้กองทุนสุขภาพ และ/หรือสถาบันทางการแพทย์ และ/หรือ สาขาทางการแพทย์ และแพทย์ทุกท่าน สถาบันทางการแพทย์ และโรงพยาบาลอื่นๆ และ/หรือ บริษัทประกันภัยอื่นๆ และ/หรือ สถาบันอื่นๆ และ/หรือ กลุ่มอื่นๆ ให้แจ้งรายละเอียดสุขภาพของข้าพเจ้า และ/หรือ อาการป่วยที่ข้าพเจ้าเคยเป็น และ/หรือ อาการป่วยที่กำลังเป็นและ/หรือ อาการป่วยที่ข้าพเจ้ามีโอกาสเป็นในอนาคต ต่อบริษัทอาซาฮอนประกันภัย จำกัด (ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “ผู้สมัคร”) ตามคำขอโดยไม่มีข้อยกเว้นใดๆและข้าพเจ้าสละสิทธิ์การรักษาความลับของผู้ป่วยให้แก่กลุ่มดังกล่าวข้างต้น และละเว้น “ผู้สมัคร” จากความรับผิดชอบในการสละสิทธิ์การรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสัญญาที่มีผลต่อข้าพเจ้า ตัวแทน โดยชอบธรรมของข้าพเจ้า และกลุ่มอื่นๆที่ทดแทนได้

รายละเอียดของผู้สมัครการประกันภัย

1. ข้าพเจ้าขอรับรอง ยอมรับ และสัญญาตามนี้:คำตอบทุกข้อเป็นความจริง ครบถ้วน และด้วยความสมัครใจคำตอบในถ้อยแถลงสุขภาพและข้อมูลอื่นๆที่แจ้งกับผู้รับประกันภัย พร้อมทั้งเงื่อนไขทั่วไปของผู้รับประกันภัยในเรื่องดังกล่าว จะเป็นตัวกำหนดเงื่อนไขพื้นฐานของสัญญาระหว่างข้าพเจ้ากับผู้รับประกันภัย และจะเป็นส่วนสำคัญในสัญญาประกันภัยผู้รับประกันภัยมีสิทธิ์ตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธการสมัครครั้งนี้ โดยมีต้องแจ้งเหตุข้าพเจ้าทราบว่าสัญญาประกันภัยจะมีผลหลังจากผู้รับประกันภัยออกหลักฐานการยืนยันยอมรับเป็นลายลักษณ์อักษร และหลังจากมีการจ่ายค่าเบี้ยประกันงวดแรกครบแล้ว
2. ข้าพเจ้าทราบว่า ตามกรมธรรม์แล้ว ผู้รับประกันภัยจะได้รับการยกเว้นการบริการอันเกี่ยวข้องกับการพิจารณา การพิจารณา การพิจารณาแต่กำเนิด เช่น โรคประจำตัว และ/หรือ อาการป่วยใดๆไม่ว่าจะได้รับการรักษาแล้วหรือไม่ก็ตาม และ/หรือผลของอาการดังกล่าวทั้งทางตรงและทางอ้อม อันเกิด และ/หรือเชื่อมโยงมาจากปัญหาสุขภาพที่มีก่อนหน้าประกันภัยจะเริ่มต้น โดยอยู่ภายใต้เงื่อนไขกฎหมายแรงงานต่างชาติที่สัมพันธ์กับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย Care4U

ขอดกลงต่อเงื่อนไขการสนองรับพิเศษ

ข้าพเจ้าเห็นชอบที่จะซื้อความคุ้มครองประกันภัย:

- o เบี้ยประกันเพิ่มเติมเนื่องจากโรคประจำตัว ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าจะต้องไม่เกิน 75%
- o ข้อยกเว้นว่าผู้รับประกันภัยไม่ครอบคลุมความทุพพลภาพใดๆ ที่มีอยู่ และ/หรือ ปัญหาสุขภาพของผู้สมัครต่อประกันภัย และผลที่จะตามมา และความหมายที่เกี่ยวข้องโดยนัย

คำประกาศของผู้ถือกรมธรรม์

เท่าที่ข้าพเจ้าทราบ คำประกาศของข้าพเจ้ามีความถูกต้อง และข้าพเจ้าไม่ได้ทราบถึงข้อบกพร่อง, ความทุพพลภาพแต่กำเนิด, ความบกพร่องทางกรรมพันธุ์ และ/หรือ ปัญหาทางสุขภาพ และ/หรือ โรคประจำตัว และ/หรือ อาการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือไม่ และ/หรือ ผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้น และ/หรือ มีความเสื่อมสภาพเนื่องจากภาวะสุขภาพที่มีมาก่อนหน้าที่จะเริ่มการประกันภัย และ/หรือ ข้อมูลอื่นๆที่จะทำให้ผู้รับประกันภัยปฏิเสธที่จะให้ความคุ้มครองต่อผู้เอาประกันภัยภายใต้กรมธรรม์นี้ หากข้อมูลเหล่านี้ถูกผู้รับประกันภัยนำมาพิจารณา

ประกาศฉบับนี้ได้รับการลงนามโดยผู้เอาประกันภัยหลังจากที่มีการอธิบายเนื้อหาให้เขา/เธอในภาษาที่เขา/เธอเข้าใจ

ลายเซ็นของนายจ้าง/ผู้ถือกรมธรรม์	ชื่อของนายจ้าง/ผู้ถือกรมธรรม์	วันที่ลงนาม	ลายเซ็นของนายจ้าง/ผู้ถือกรมธรรม์
			
ลายเซ็นของผู้เอาประกันภัย	ชื่อของผู้สมัครสำหรับการประกันภัย	วันที่ลงนาม	ลายเซ็นของผู้สมัครสำหรับการประกันภัย
			