Proposal for Health Insurance - Foreigners in Israel

Subject to the enclosed Health Declaration, which constitutes an integral part of the Insurance Proposal

HAREL
Insurance & Finance

SAFE STAY + הצעה לביטוח רפואי
עובדים זרים בישראל

בכפוף להצהרת הבריאות המצורפת המהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח
הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד. נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם
This form is intended for men and women alike. Please fill in this form fully and accurately (טופס למעסיק ולסוכן)

מהדורת 06/2025

Attn.
Harel Insurance Company Ltd.
Foreign Employees / Tourists Insurance Section
3 Abba Hillel Street, P.O. Box 10951, Ramat-Gan 5252202, Fax: 03-7348083
email: fax7930@harel-ins.co.il

לכבוד
הראל חברה לביטוח בע"מ, אגף ביטוח עובדים זרים/תיירים
אבא הלל 3, ת.ד. 10951, רמת גן 5252202, פקס: 03-7348083 מייל: fax7930@harel-ins.co.il

Name of agent / שם הסוכן: אריק רוזן	Agent no. / מספר הסוכן: 63187
Name of supervisor / שם המפקח:	Proposal no. / מספר ההצעה:

You must provide a full and honest answer to questions regarding an essential matter. Insofar as you do not do so, this may affect the payment of the insurance benefits.
The policy documents will be sent to you at the cellphone number and e-mail held by the Harel Company. Alternatively, if you wish to receive these documents by Israel Post, please note this here: ....
(The documents will be sent according to the updated details that appear in our records at the time of shipment).
For your information, you can change your choice at any time by any of the following means: by e-mail or by calling Harel's service call center.

עליך להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לכך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח.
מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד ולדוא"ל הקיימים ברשות חברת הראל.
לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן ....
(משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח).
לידיעתך, הנך יכול לשנות את בחירתך בכל עת בכל אחד מהאמצעים הבאים: דואר אלקטרוני או שיחה טלפונית עם מוקד השירות של הראל".

A Insurance applicant personal details — א פרטי המועמד לביטוח

First name / שם פרטי	Middle name / שם אמצעי	Last name / שם משפחה	Country of passport issuance / ארץ הנפקת דרכון	Passport No. / מס' דרכון
Country of origin / ארץ מוצא	Date of birth / תאריך לידה	First date of insurance / תאריך ראשון שבוטחת	Gender / מין: ☐ Male / זכר ☐ Female / נקבה	
Date of entry to Israel / תאריך כניסה לישראל	Insurance period requested / תקופת הביטוח המבוקשת: From / מתאריך	To / עד תאריך		
The work for which you came to Israel / העיסוק למענו הגעת לישראל				
Zip code / מיקוד	Town / עיר	Apartment No. / מס' דירה	House No. / מס' בית	**Street / **כתובת: רחוב
E-mail for personal notifications and mailings / דוא"ל להודעות אישיות ודיוורים	Cellphone No. / מס' טלפון נייד	Telephone No. / מס' טלפון		

*Note: The requested date does not bind the Company; the effective starting date of the insurance is as noted on the Insurance Details Page.
*לתשומת ליבך: תאריך מבוקש זה אינו מחייב את החברה, מועד תחילת הביטוח הקובע הינו כמצוין בדף פרטי הביטוח.
**I am aware and I agree that if I do not fill in an address, the address of the employer will serve the Company for sending notices and/or documents in any matter related to insurance. **ידוע לי ואני מסכים לכך שככל שלא אמלא כתובת - כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים

B The purpose for coming to Israel — ב העיסוק למענו הגעת לישראל

☐ General / כללי ☐ Construction / בניין ☐ Agriculture / חקלאות ☐ Nursing care / סיעוד

C Provider selection — ג בחירת ספק שירות

☐ Maccabi Health Services / מכבי שירותי בריאות
☐ Clalit Health Services / שירותי בריאות כללית

StudioHarel 44089.55 06/2025

^dt33538

סוג מסמך - 33538

D Details of previous insurance policies / פרטי ביטוח קודמים ד

Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? ☐No ☐Yes
If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:

האם היית מבוטח בהראל או בחברת ביטוח אחרת? ☐לא ☐כן
אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:

Insurance period תקופת הביטוח	Company name שם החברה	Policy No. מס' פוליסה	Membership No. מס' חבר
From מתאריך	To עד תאריך			

E Details of policyholder / present employer / פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי ה

Name of Employer / Policyholder שם	ID number מס' ת.ז.	Telephone No. מס' טלפון

E-mail for receipt of notices, information and mailings דוא"ל לצורך קבלת הודעות, מידע ודיוורים	Address of Employer כתובת	Cellphone No. מס' טלפון נייד

F Privacy / פרטיות ו

הראל חברה לביטוח בע"מ והראל פנסיה וגמל בע"מ ["הראל"] אוספות מידע לצורך צירוף למוצרים, מתן שירותים, תפעול וניהול חיי מוצרים, טיפול בתביעות, תשלומים והליכים, ניהול ושיפור עסקים ושירותים שהראל מעניקה, קיום הוראות הדין, להתאים ולהציע מוצרים ושירותים על בסיס מאפיינים אישיים ולמטרות לגיטימיות אחרות. בדרך כלל אין חובה חוקית למסור מידע, אולם בחירה שלא למסור מידע, תביא לכך שלא נוכל לבחון את הבקשה ולספק שירות. המידע יועבר לסוכן הביטוח (אם קיים) לצורך טיפול בבקשות ובכל הקשור בניהול ותפעול מוצרים ושירותים וכן לספקים ולצדדים שלישיים אחרים הרשאים לקבלו, בקשר למטרות אלו.
פירוט נוסף זמין במדיניות הפרטיות באתר הראל הכוללת גם את דרכי ההתקשרות עם ממונה הגנת הפרטיות בהראל, מידע על זכות עיון ותיקון וכן הסרה מדיוור ישיר בקישור https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB.

Harel Insurance Company Ltd. and Harel Pension and Provident Ltd. ("Harel") collect information for the purpose of enrollment in products, providing services, operation and management of product lifecycles, handling of claims, payments and processes, managing and improving the business and services that Harel provides, compliance with the law, customizing and offering products and services based on personal characteristics and for other legitimate purposes. Generally, you are under no legal obligation to provide information, however choosing not to provide information may make it impossible for us to assess a request and provide a service. The information will be transferred to the insurance agent (if there is one) so that the agent can deal with requests and regarding all aspects of the management and operation of products and services, as well as to service providers and other third parties who are authorized to receive the information, in connection with these purposes.
Additional information about the privacy policy is available on the Harel website, including the methods of communication with the Data Protection Officer in Harel, information about the right of inspection and alteration as well as the right to opt out of direct mailing, can be found via the following link: https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB.

G Website to Find Insurance Products / ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח ז

רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרוכז את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל וזאת על בסיס נתונים שאנו נעביר אליהם. אם אינך מעוניין שנעביר את הנתונים לרשות שוק ההון, עליך ליצור קשר עם חברתנו לאחר צירופך לפוליסה.
לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרוכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת www.harel-group.co.il.
שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

The Capital Market, Insurance and Savings Authority has set up a secure website to where users can view a summary of their insurance products in all the insurance companies in Israel, based on a database that we provide them. If you are not interested in having your data provided to the Capital Market Authority, you must contact our company after you are added to the policy.
For your information, if the data is not provided, you will not be able to view a summary of your insurance products in all the insurance companies in Israel on the secure website. You may submit a request to remove the said information in your personal area on our website, www.harel-group.co.il
Please note that submission of such a request to remove your information applies to existing and future policies. Thus, if you previously notified us that you do not want us to provide the data, it will not be provided regarding this policy.

H Calculation of Insurance Premium / חישוב דמי ביטוח ח

Total insurance premium in ₪ סה"כ דמי ביטוח ב-₪	Discounts הנחה	No. of days covered by the insurance מס' ימים לביטוח	Daily cost in ₪ עלות יומית ב-₪

טופס הצעה זה נחתם בידי המועמד לביטוח לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.
The Insurance Candidate signed this Proposal Form after its content had been explained to him in a language he understands.

Signature of the Employer / חתימת המעסיק

Stamp & signature of the employer חותמת וחתימת המעסיק	Name of the employer שם המעסיק	Date תאריך

I / ט

עד לחתימה (סוכן הביטוח):

תאריך .... שם .... ת"ז ....

מס' רישיון .... חתימה .... חותמת ....

StudioHarel 44089.55 06/2025

J Agent's Declaration (required clause that the agent must sign) / הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן) י

הצהרת הסוכן לעמידה בהוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח:

אני מאשר כי במסגרת הליך המכירה למוצרים המפורטים בטופס הצטרפות זה עמדתי בכל הוראות חוזר המפקח על הביטוח לעניין צירוף לביטוח, ובפרט בירורתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואם/ים לצרכיו/הם, ומסרתי לו/הם את כל המידע המהותי הנדרש.

תאריך .... שם הסוכן .... חתימת הסוכן ....

Agent's Statement of Compliance with Instructions of the Insurance Commissioner's Circular on the Matter of Joining an Insurance Plan:

I confirm that in the process of selling the products specified in this Form of Joining, I complied with all the instructions of the Commissioner of Insurance in the Matter of Joining an Insurance Plan, and specifically, I inquired about the needs of the candidates, I proposed insurance and/or additional coverage, a rider or a service letter to the existing insurance policy that meet/s his/her/their needs and I gave him/her/them all the essential information required

Date .... Name of agent .... Signature of agent ....

K Payment by credit card - Collection dates according to the arrangement of the Insured/Payer with the credit card company / יא תשלום באמצעות כרטיס אשראי מועדי הגבייה: בהתאם להסדר של המבוטח/המשלם עם חברת האשראי

You can pay in several installments according to the insurance period: / ניתן לשלם במספר תשלומים לפי תקופת הביטוח:

No. of days מס׳ ימים	1-90	91-180	181-240	241-365
No. of payments מס׳ תשלומים	1	2	4	6

דמי ביטוח ישולמו ללא תוספת הצמדה, ובלבד שאלו ישולמו בלא יותר מ-3 תשלומים חודשיים שווים ורצופים מיום תחילת הביטוח.
דמי ביטוח שישולמו ב-4 תשלומים חודשיים או יותר, יישאו הפרשי הצמדה למדד המחירים לצרכן, מיום תחילת תקופת הביטוח ועד התשלום בפועל.

The insurance fees will be paid without the addition of linkage, as long as they are paid in no more than 3 equal consecutive monthly installments from the beginning date of the insurance.
Insurance fees that are paid in 4 or more monthly installments will be subject to linkage to the consumer price index from the beginning date of the insurance period and the actual payment.

Insurance applicant personal details / פרטי המועמד לביטוח

Last name שם משפחה	First name שם פרטי	Passport No. מספר דרכון

Provision of credit card holder / פרטי המשלם

ID number מס׳ ת.ז.	First name שם פרטי	Last name שם משפחה

Exp. date בתוקף עד	Card No. מס׳ כרטיס
.... /	

Cellphone No. מס׳ טלפון נייד	Zip Code מיקוד	Town יישוב	St. and house No. רחוב ומספר

Email / דוא״ל

אני החתום מטה, מצהיר בזאת על נכונות הפרטים בסעיפים לעיל ועל הסכמתי לכך שהתשלומים הנ"ל יבוצעו עבור המבוטח שבנדון. סכומי החיוב ומועדיהם יהיו בהתאם לקביעת החברה על פי תנאי התשלום של הפוליסה והשינויים שיחולו בהם מעת לעת. ידוע לי שהסכמתי זו תהא תקפה לכל חידוש ו/או הארכה ו/או שינוי ו/או תוספת שיתבצעו בפוליסה; כי באחריותי להודיע לחברה במיידי על כל שינוי בפרטי המשלם ו/או על הפסקת התשלום וכי החברה לא תהא אחראית להחזר תשלום במקרה שלא התקבלה הודעה כאמור. כן הובהר לי כי באפשרותי לפנות בכל עת לשירות לקוחות של החברה ולהודיע על שינויים לעניין הסכמתי לתשלום דמי הביטוח בפוליסה.

כל החזר של דמי הביטוח יבוצע באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי דמי הביטוח יוחזרו למבוטח. נדגיש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכוח הפוליסה יבוצע לפקודת המבוטח/ המוטב/ בעל הפוליסה בלבד (בהתאם למקרה), בכפוף להוראות הדין.

לידיעתך, ככל שתשלום דמי הביטוח לא יכובד על ידי חברת האשראי/הבנק, עמלות הגבייה בהן תחויב החברה לצורך ביצוע חיוב חוזר, ככל ותחויב, ייגבו מאמצעי התשלום הקיים בפוליסה.

הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק ויישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו מצוין בטופס זה.

I, the undersigned, hereby declare the correctness of the items in the section above and my consent that the above-mentioned payments will made for the said Insured. The amounts and dates of the debit will be in accordance with the determination of the Company as per the terms of payment of the Policy and the changes applied to them from time to time. I know that this consent of mine will be valid for any renewal and/or extension and/or change and/or addition made in the Policy; that it is my responsibility to notify the Company immediately of any change in the details of the Payer and/or of cessation of payment and that the Company will not be responsibile for refund of a payment in the case that said notification was not received. It was also made clear to me that I may contact customer services of the Company at any time and notify regarding changes in the matter of my consent to payment of the insurance fees in the Policy.

Any refund of insurance fees will be executed by means of the means of payment with which the Policy was paid, unless for some technical reason or other consideration of the Company it is decided that the insurance fees will be refunded to the Insured. We emphasize that any other payment that the Company is to pay by force of the Policy will be executed to the order of the Insured/the beneficiary/the Policyholder (as relevant to the case) only, subject to the instructions of the law. For your information, if an insurance fee payment is not honored by the credit card company/bank, the collection fees charged the Company for charging you again, insofar as it is charged, will be collected through the existing means of payment for the Policy.

This permission will also be valid for debiting a card that is issued and bears a different number, as a replacement for the card the number of which is noted on this form.

Signature of the credit card holder / **חתימת בעל כרטיס האשראי** ....

Date / **תאריך** ....

StudioHarel 44089.55 06/2025

>>> טופס זה יש למלא כאשר המשלם איננו המבוטח / בעל הפוליסה <<<

הראל
ביטוח ופיננסים

אישור לתשלום דמי ביטוח נסיעות לחו"ל ועובדים זרים על ידי בעל חשבון

הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד.
נא הקפד למלא טופס זה באופן מדויק ושלם.

אני הח"מ .... מספר זהות .... טלפון ....

מאשר בזאת לשלם את דמי הביטוח בגין הפוליסות שלהלן:

	שם המבוטח	מספר פוליסה
	.1	
	.2	
	.3	
	.4	
	.5	

התשלום יבוצע עבור .... (נא לציין קשרי משפחה, קשר עובד/מעביד, עסק בבעלות המשלם).

אנא מלא את הסעיף הרלוונטי להלן:

א הוראת תשלום באמצעות שיקים (מצ"ב פירוט)

תאריך פירעון	שם הבנק	מספר סניף	מספר השיק	מספר חשבון	סכום בש"ח
				סה"כ	

ב הוראת תשלום באמצעות העברה בנקאית

מספר הבנק .... שם הבנק .... מספר סניף .... מספר חשבון ....

ג הוראת תשלום באמצעות הוראת קבע

אני הח"מ מאשר לגבות בהוראת הקבע שלי המצ"ב מחשבון .... בנק ....

סניף .... עבור הפוליסות המפורטות לעיל.

ד הוראת תשלום באמצעות כרטיסי אשראי (מצ"ב פירוט)

☐ ויזה ☐ ישראכרט ☐ דיינרס ☐ אמריקן אקספרס ☐ אחר ....

מספר כרטיס	תוקף	
	שנה	חודש

ידוע לנו כי תשלום דמי הביטוח הנ"ל יבוצע בעבור המבוטח/ים וכי כל החזר של דמי הביטוח, אם יוחזר, יוחזרו באמצעות אמצעי התשלום שבו שולמה הפוליסה, אלא אם מכל סיבה טכנית ו/או שיקול אחר של החברה, יוחלט כי יוחזרו דמי הביטוח לבעל הפוליסה.

יודגש, כי כל תשלום אחר אשר על החברה לשלם מכח הפוליסה/ות או בהקשר אליה/ם יבוצע לפקודת המבוטח בלבד בכפוף להוראות הדין.

ולראיה באנו על החתום:

תאריך .... שם בעל החשבון .... מספר זהות .... חתימת בעל החשבון ....

הצהרת הסוכן/ות

- אני מאשר בחתימתי את נכונות הרשום לעיל.
- אני מתחייב לשמור על הטופס הנ"ל לצרכי בקרה.

תאריך .... שם סוכן **אריק רוזן** מספר סוכן 63187 חתימת הסוכן ....

סטודיו הראל 3278.4 02/2021

סינהילית
HAREL
Insurance & Finance

වෛද්‍ය රක්ෂණය සඳහා සෞඛ්‍ය ප්‍රකාශනය - ඊශ්‍රායලයේ විදේශිකයන්

සෞඛ්‍ය ප්‍රකාශනයේ වෙන් කළ නොහැකි කොටසක් වන මෙහි අමුණා ඇති රක්ෂණ අයදුම් පත්‍රයට යටත්වය.
මෙම ආකෘතිය පිරිමින් හා කාන්තාවන් සඳහා නිර්මාණය කර ඇත.
කරුණාකර ඔබ මෙම පෝරමය නිවැරදිව සහ සම්පූර්ණයෙන්ම පිරවීමට වග බලා ගන්න.
06/2025 සංස්කරණය

අවධානය:
Harel Insurance Company Ltd. - විදේශීය සේවකයන් / සංචාරක රක්ෂණ ශාඛාව
3 Abba Hillel St., PO. Box 1951, Ramat Gan 5211802, ෆැක්ස්: 03-7348083 ඊමේල්: fax7930@harel-ins.co.il.

A රක්ෂණ අයදුම්කරුගේ විස්තර

විදේශ ගමන් බලපත්‍ර අංකය	අන්තිම නම	පළමු නම	උපන් දිනය	ස්ත්‍රී-පුරුෂභාවය ☐ පුරුෂ ☐ ස්ත්‍රී

මෙම සෞඛ්‍ය ප්‍රකාශනයේ සුදුසු පිළිතුරු තීරුවේ "✓" ලෙස ලකුණු කිරීමෙන් ඔබ පහත ප්‍රශ්නවලට පිළිතුරු දිය යුතුය. ඕනෑම ප්‍රශ්නයකට පිළිතුර “ඔව්” නම් සහභාගී වන වෛද්‍යවරයාගෙන් යාවත්කාලීන සහතිකයක් ඇමිණිය යුතු අතර, එහි ප්‍රකාශ කළ ගැටළුව, පරීක්ෂණ ප්‍රතිඵල, ප්‍රතිකාර කරන ආකාරය සහ වර්තමාන තත්ත්වය සඳහන් විය යුතුය.

	A කොටස: සාමාන්‍ය ප්‍රශ්න	**ඔව්**	**නැත**
1.	උස සෙමී: .... බර කිලෝ:		
2.	☐ ඔබ මත් ද්‍රව්‍ය භාවිතා කරනවා ද, නැතහොත් ඔබ මත් ද්‍රව්‍ය භාවිතා කර තිබේ ද? ☐ ඔබ මත් පැන් පානය කරනවා ද, නැතහොත් ඔබ නිතිපතාම මත් පැන් පානය කර තිබේ ද? කරුණාකර පරිභෝජන ප්‍රමාණය සඳහන් කරන්න: .... දිනකට වීදුරු		
3.	පසු ගිය වසර 10 තුළ, (සාමාන්‍ය ශාරීරික පරීක්ෂණයක කොටසක් ලෙස හැර) පහත සඳහන් ඕනෑම පරීක්ෂණයකට ඔබ යොමු කර තිබේ ද, තවමත් එයට සහභාගි වී නැති ද, නැති නම් තවමත් ඔබ වෙනුවෙන් අවසන් රෝග විනිශ්චය සිදු කර නැති ද යන බව, එනම්: නිදන්ගත රෝග, කැතීටරකරණය, අස්ථි සිතියම්කරණය, එකෝකෘඩියෝග්‍රැපි, චුම්බක අනුනාද රූපකරණය (MRI), කොම්පියුටර් ටොමොග්‍රැපි (CT), අල්ට්‍රා-සවුන්ඩ් (සාමාන්‍ය පූර්ව ප්‍රසව සත්කාරයේ කොටසක් ලෙස හැර), පටක පරීක්ෂණ, මළපහ රුධිර පරීක්ෂණ, බඩවැල් පරීක්ෂණ හෝ ජීරණ පද්ධති පරීක්ෂණ, චර්ම ප්‍රදාහය ඇතුළු ස්වයං ප්‍රතිශක්තිකරණ රෝග. (“ඔව්” නම්, කරුණාකර පරීක්ෂණය සිදු කිරීමට හේතුව, පරීක්ෂණයේ ප්‍රතිඵලය සහ අවසාන රෝග විනිශ්චය සඳහන් කරමින් සහභාගී වූ වෛද්‍යවරයාගෙන් සහතිකයක් ඉදිරිපත් කරන්න).		
4.	ඔබ දැන්, නැතහොත් වසර 10 ක කාලය තුළ සැත්කමකට / බද්ධ කිරීමකට භාජනය වීමට සූදානම් වී තිබේ ද? කරුණාකර විස්තරාත්මකව සඳහන් කරන්න:		
5.	පසු ගිය වසර 10 ක කාලය තුළ ඔබ රෝහල් ගත වී තිබේ ද? රෝහල් ගත වීමට හේතුව සහ ඔබට ලැබී ඇති ප්‍රතිකාරය විස්තරාත්මකව සඳහන් කරන්න.		
6.	පසු ගිය වසර 10 තුළ, ඔබ නිතිපතා ඖෂධ ලබා ගෙන තිබේ ද, නැතහොත් ලබා ගැනීමට නිර්දේශයක් ලැබී තිබේ ද? කරුණාකර ඔබ ප්‍රතිකාර ලබන / ප්‍රතිකාර ලැබූ ගැටළුව, ප්‍රතිකාරය සහ ඔබ එකී බෙහෙත් ලබා ගන්නේ කොපමණ කාලයක් තිස්සේ දැයි විස්තරාත්මකව සඳහන් කරන්න?		
7.	ඔබ කිසියම් අසාත්මිකතාවයකින් පෙළෙන බව හඳුනා ගෙන තිබේ ද? කරුණාකර විස්තරාත්මකව සඳහන් කරන්න:		
	B කොටස: පහත සඳහන් ගැටළුවලින් එකක් හෝ කිහිපයක් සම්බන්ධ කිසියම් අසනීපයක්, සහලක්ෂණයක්, ආබාධයක් ඔබට තිබෙන බව හඳුනා ගෙන තිබේ ද:		
1.	☐ ස්නායු පද්ධතිය ☐ මස්තිස්ක වාහිනී අනතුර (ආඝාතය) ☐ අපස්මාරය ☐ බහුවිධ පටක ☐ මාංශ පේශි ක්ෂය වීම හෝ වෙනත් ක්ෂය වීමේ රෝග ☐ වරින්වර කරකැවිල්ල ☐ හිසරදය ☐ සමතුලිතතා ආබාධ ☐ ක්ලාන්තය ☐ පාකින්සන්ස් සින්ඩ්රෝමය ☐ ඇල්සයිමර්ස් රෝග ☐ වෙව්ලීම ☐ මන්ද මානසික ඕටිසම්ඩ ☐ වුන් සින්ඩ්‍රෝමය ☐ මෂ්තිස්ක අංශභාගය ☐ ළදරු අංශභාගය (පොලියෝමෙලයිටිස්) ☐ ගවුචර්ස් රෝගය ☐ සංවේදීතාව නැතිවීම (හිරිවැටීම) ☐ අවධාන ඌනතා ආබාධ ☐ ඉරුවාරදය ☐ පහත රෝගයක් සම්බන්ධයෙන් පැමිණිලි කරමින් ඔබ වෛද්‍යවරයෙකු හමු වී තිබේද? අඩු වූ මතකය (ඩිමෙන්ෂියාව) ☐ ඒඩ්ස් ☐ HIV වාහකය ☐ දද වැනි චර්ම රෝග **ඉහත ප්‍රශ්නවලින් එකකට හෝ වැඩි ගණනකට පිළිතුර "ඔව්"නම් කරුණාකර ප්‍රතිකාර කළ ස්නායු විශේෂඥ වෛද්‍යවරයා නිකුත් කළ යාවත්කාලීන ලිපියක් අමුණන්න.**		
2.	**ඇස් හා දෘෂ්ටිය:** ☐ ඇසේ සුද ඇතිවීම ☐ දෘෂ්ටි විතානය සහ කෝනියා ☐ ගැටළු ☐ ග්ලූකෝමා ☐ ඇසේ ආසාධනය ☐ ඇස්වල අසාමාන්‍ය (වපර) පෙනුම ☐ අන්ධභාවය වෙනත් අක්ෂි රෝග / ගැටලුව: ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර අක්ෂි රෝගය කුමක් දැයි සඳහන් කරන්න:		
3.	**හෘදය:** ☐ අසාමාන්‍ය හෘද ස්පන්දනය ☐ හෘද රෝග ☐ හෘද අක්‍රියතාවය ☐ හෘදයාබාධ ☐ සහජ හෘද දෝෂ ☐ කැතීටරීකරණය ☐ හෘද කපාට රෝග, වෙනත් හෘද රෝග /ගැටළුව: ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		
4.	**රුධිර නාල:** ☐ වරිකොස් නහර (පාදවල ශිරා තුළ) ☐ ප්‍රධාන ධමනි (බෙල්ලේ ධමනි තුළ) ☐ කැටි ගැසීමේ ආබාධ ☐ රුධිර රෝග, නහරවල රුධිර කැටි ගැසීම (DVT) ☐ පර්යන්ත රුධිර නාල රෝග (PVD), අනෙකුත් රුධිර නාල රෝග / ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		

StudioHarel 47550.29 06/2025

A රක්ෂණ අයදුම්කරුගේ විස්තර

	B කොටස: පහත සඳහන් ගැටළුවලින් එකක් හෝ කිහිපයක් සම්බන්ධ කිසියම් අසනීපයක්, සහලක්ෂණයක්, ආබාධයක් ඔබට තිබෙන බව හඳුනා ගෙන තිබේ ද:	ඔව්	නැත
5.	**පරිවෘත්තීය රෝග:** ☐ තයිරොයිඩ් ග්‍රන්ථිය ☐ වසා ගැටිති ☐ බේට ග්‍රන්ථිය ☐ දහඩිය ග්‍රන්ථිය ☐ පිටියුටරි ග්‍රන්ථිය ☐ දියවැඩියාව ☐ අධි-රුධිර පීඩනය ☐ මේද ඉහළ මට්ටම / කොලෙස්ටරෝල්, අනෙකුත් පරිවෘත්තීය රෝග / ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		
6.	**ශ්වසන පද්ධතිය:** ☐ ඇදුම ☐ ක්ෂය රෝගය ☐ නිදන්ගත බාධාකාරී පෙනහළු රෝගය (COPD) ☐ අසාත්මික නාසික ශ්ලේෂ්මල ප්‍රදාහය ☐ නිතර සිදු වන ශ්වසන ආසාදන සහ හුස්ම හිරවීම ☐ කඩා වැටුණු පෙනහළු (නියුමොතෝරැක්ස්) ☐ හානිකර ශ්ලේමල රෝගය (සිස්ටික් ෆයිබ්‍රෝසිස්) අනෙකුත් ශ්වසන පද්ධති රෝග / ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		
7.	**ආහාර ජීර්ණ පද්ධතිය:** ☐ වණ (ග්‍රහණිය / ආමාශයික) ☐ අජීර්ණය ☐ ක්‍රෝන් රෝගය ☐ බඩවැල් ප්‍රදාහය ☐ ප්‍රතිප්‍රවාහය (රිෆ්ලක්ස්) ☐ අර්ශස්බ් ☐ ළීම / පිස්ටියුලා ☐ බඩවැල් අවහිරතා ☐ අග්න්‍යාසයික රෝග / ආසාදන ☐ අන්නස්‍රෝතය ☐ පිත්තාශය ☐ පිත්තාශ ගල් වෙනත් ආහාර ජීර්ණ පද්ධති රෝග / ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		
8.	**අක්මාව:** ☐ සෙංගමාලය ☐ හෙපටයිටිස් බී, සී, ඩී ☐ මේද අක්මාව ☐ සිරෝසිස්, අනෙකුත් ආහාර ජීර්ණ පද්ධති රෝග / ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		
9.	**හර්නියා:** හර්නියාවේ පිහිටීම: ඔබ හර්නියාවට ප්‍රතිකාර ලබන විට ප්‍රාචීරය / නාභිය / දකුණු ඉකිළිය / වම් ඉකිලිය යන ස්ථානවල සැත්කමකට භාජනය කර තිබේ ද? ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් ඒ් කවදා ද (දිනය)? ගැටළුව විසඳුණා ද? ☐ නැත ☐ ඔව්		
10.	**වකුගඩු හා මුත්‍රා මාර්ගය:** ☐ නැවත සිදු වන ආසාදන ☐ වකුගඩු හා මුත්‍රා ගල්ව ☐ කුගඩු ගෙඩි ☐ මුත්‍රා මාර්ගයේ විෂමතා ☐ වකුගඩු අකර්මන්‍ය වීම, වෙනත් වකුගඩු හා මුත්‍රා මාර්ගයේ රෝග/ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		
11.	**සන්ධි සහ අස්ථි:** ☐ ආතරයිටිස්ර ☐ ක්තවාතය ☐ පිටි පස / කොඳු ඇට පෙළ ☐ සන්ධි ☐ දණහිස්, වෙනත් සන්ධි සහ අස්ථි රෝග/ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		
12.	**චර්ම හා ලිංගාශ්‍රිත රෝග:** ☐ සමේ පිළිකා ☐ සමේ තුවාල ☐ සොරායිසිස් (සමේ කොරළ, ලප වැනි) ☐ ලිංගිකව බෝවෙන රෝග ☐ සිෆිලිස් අනෙකුත් චර්ම හා ලිංගාශ්‍රිත රෝග / ගැටළු ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		
13.	මාරාන්තික ගෙඩි / රෝග (පිළිකා).		
14.	**කාන්තාවන් සඳහා:** ☐ පියයුරු (පියයුරු විශාල වීම ඇතුළුව) ☐ නාරිවේද පද්ධතිය, රෝග / වෙනත් කාන්තා ගැටළු ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න: ☐ ඔබ ගර්භණී ද? ☐ ඔබ සිසේරියන් ප්‍රසූතියකට භාජනය කර තිබේ ද? ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර කවදා ද කියා (දිනය) සඳහන් කරන්න:		
15.	**පිරිමින් සඳහා:** ☐ පුරස්ථ ග්‍රන්ථියේ ගැටළු ☐ වෘෂණ කෝෂ ශිරා විශාල වීම / වෘෂණ කෝෂ ඉදිමීම අනෙකුත් පුරුෂ රෝග / ගැටළු ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		
16.	මානසික රෝග: මනෝ විද්‍යාඥයෙකු, මනෝ චිකිත්සකයෙකු හෝ පවුල් වෛද්‍යවරයෙකු විසින් හඳුනා ගන්නා ලද මානසික රෝග.		
17.	**නාසය, කණ හා උගුර රෝග:** ☐ නිද්‍රා අප්නියා සින්ඩ්‍රෝමය ☐ නාසිකා මස්දළු ☐ නාස් කුහර ප්‍රදාහය, වෙනත් නාසය, කණ සහ උගුර රෝග / ගැටළු ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:		

කරුණාකර විස්තර දෙන්න: ....

B පෙර රක්ෂණ ඔප්පු පිළිබඳ විස්තර

ඔබ කවදා හෝ Harel හෝ වෙනත් රක්ෂණ සමාගමක් විසින් රක්ෂණය කර තිබේ ද? ☐ නැත ☐ ඔව්
ඔව් නම්, සමාගම හා ඔප්පු අංකය /සෞඛ්‍ය සේවා සැපයුම්කරු සාමාජික අංකය සඳහන් කරන්න:

රක්ෂණ කාලය		සමාගමේ නම	ඔප්පු අංකය	සාමාජිකත්ව අංකය
.... සිට	.... දක්වා			

C නියෝජිතයාගේ ඇටෝර්නි බලකරු

ඔප්පුවට ඇතුළත් කිරීමේ ක්‍රියාවලිය, ප්‍රතිරක්ෂණ ක්‍රියා පටිපාටි, අතිරේක කාලසීමා සඳහා ඔප්පුව අලුත් කිරීම හෝ දීර්ඝ කිරීම, හිමිකම් ඉදිරිපත් කිරීම, ප්‍රතිපත්තිවල වෙනස් කිරීම් සහ අනෙකුත් කටයුතු ඇතුළුව, එනමුත් ඒවාට සීමා නොවී, මගේ නමින් සහ මා වෙනුවෙන් ඔප්පුව සම්බන්ධ ඕනෑම කරුණක් හැසිරවීමට මම මෙයින් මගේ ඔප්පුව සඳහා රක්ෂණ නියෝජිතයා වන .... මහතා/මහත්මියට බලය පවරමි. ඉහත කී කාරණාවලට අදාල සියලු ලිපි හුවමාරු හා/හෝ ලේඛන "Harel" වෙත ඉදිරිපත් කිරීම සහ ඒවා "Harel" වෙතින් ලබා ගැනීම මෙයට ඇතුළත් වේ. රක්ෂණ නියෝජිතයා ඔප්පුව සම්බන්ධයෙන් ඕනෑම කරුණක දී මගේ නියෝජිතයා ලෙස සේවය කිරීමට මාගේ කැමැත්ත ලබා දෙන අතර, මෙම ගිවිසුමේ දී මා රක්ෂණය කරන Harel ඇතුළු අනෙකුත් ඔප්පු පිළිබඳ විස්තර ඇතුළුව, ඔප්පුවට අදාල ඕනෑම ක්‍රියාවක දී ඔහුට අවශ්‍ය සියලු විස්තර රක්ෂණ ඒජන්සියට යැවීමට මගේ ඇටෝර්නි බලකරු ලෙස ඔහුට අවසර දෙමි.

දිනය	නම	රක්ෂිතයාගේ අත්සන
....	....	....

ඔබේ දැන ගැනීම සඳහා, හුවමාරු වූ ලිපිවල පිටපත් හා/හෝ හිමිකම් සම්බන්ධ ලේඛන ඕනෑම අවස්ථාවක ඔප්පුව සඳහා ඔබේ රක්ෂණ නියෝජිතයා වෙත යවනු ලැබේ.

StudioHarel 47550.29 06/2025

D රක්ෂණ අපේක්ෂකයා ප්‍රකාශයට පත් කිරීම

1. **මෙම යෝජනාවේ සඳහන් කරුණු පදනම් කර ගෙන මා රක්ෂණය කරන ලෙස පහත අත්සන් කරන මම සීමාසහිත Harel Insurance Company Ltd සමාගමෙන් (මෙහි: “රක්ෂණකරුවා/සමාගම/Harel”) ඉල්ලා සිටිමි.**

(a) පෞද්ගලිකත්වය

සීමාසහිත Harel රක්ෂණ සමාගම සහ Harel විශ්‍රාම වැටුප් සහ අර්ථසාධක සමාගම ("Harel") විසින් නිෂ්පාදන සඳහා ලියාපදිංචි වීම, සේවා සැපයීම, නිෂ්පාදන ජීවන චක්‍ර ක්‍රියාත්මක කිරීම සහ කළමනාකරණය කිරීම, හිමිකම්, ගෙවීම් සහ ක්‍රියාවලි හැසිරවීම, Harel සපයන ව්‍යාපාර සහ සේවා කළමනාකරණය සහ වැඩිදියුණු කිරීම, නීතියට අනුකූල වීම, පුද්ගලික ලක්ෂණ මත පදනම්ව නිෂ්පාදන සහ සේවා අභිරුචිකරණය කිරීම සහ පිරිනැමීම සහ වෙනත් නීත්‍යානුකූල අරමුණු සඳහා තොරතුරු රැස් කරනු ලැබේ. සාමාන්‍යයෙන්, තොරතුරු සැපයීමට ඔබට කිසිදු නීතිමය බැඳීමක් නොමැත, කෙසේ වෙතත් ඔබ තොරතුරු ලබා නොදීම තෝරා ගැනීම නිසා අපට ඔබගේ ඉල්ලීමක් තක්සේරු කර සේවාවක් සැපයීමට නොහැකි විය හැකිය. නිෂ්පාදන සහ සේවා කළමනාකරණය සහ ක්‍රියාකාරිත්වය පිළිබඳ සියලු අංශ සම්බන්ධයෙන් මෙන්ම, මෙම අරමුණු සම්බන්ධයෙන් තොරතුරු ලබා ගැනීමට බලයලත් සේවා සපයන්නන් සහ අනෙකුත් තෙවන පාර්ශවයන් වෙත ලැබෙන ඉල්ලීම් සම්බන්ධයෙන් කටයුතු කිරීමට නියෝජිතයාට (එක් අයෙකු සිටී නම්) හැකි වන පරිදි රක්ෂණ නියෝජිතයා වෙත තොරතුරු මාරු කරනු ලැබේ.

රහස්‍යතා ප්‍රතිපත්තිය පිළිබඳ අමතර තොරතුරු Harel අඩවියෙන් ලබා ගත හැකි අතර, Harel දත්ත ආරක්ෂණ නිලධාරී සමඟ සන්නිවේදනය කිරීමේ ක්‍රම, පරීක්ෂා කිරීමේ සහ වෙනස් කිරීමේ අයිතිය මෙන්ම සෘජු තැපැල් කිරීමෙන් ඉවත් වීමේ අයිතිය පිළිබඳ තොරතුරු පහත සබැඳිය හරහා සොයා ගත හැකිය: https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB.

(b) සියලු පිළිතුරු නිවැරදි හා සම්පූර්ණ බවත් මගේම නිදහස් කැමැත්තෙන් ඒවා ලබා දී ඇති බවත් මම ප්‍රකාශ කරමි.

(c) සෞඛ්‍ය ප්‍රකාශනයේ දක්වා ඇති පිළිතුරු සහ සමාගමට සපයන ලද වෙනත් ඕනෑම තොරතුරක් මෙන්ම මෙම කාරණය සම්බන්ධයෙන් සමාගමේ ව්‍යවහාර වන නියම, ඔබ හා සමාගම අතර ඇති රක්ෂණ කොන්ත්‍රාත්තුවේ මූලික කොන්දේසි ලෙස සැලකෙන අතර එහි අනිවාර්ය අංගයක් විය යුතුය.

2. **මරණයේ දී ප්‍රතිලාභීන්**

“යාවත්කාලීන කිරීම සඳහා අයදුම් පත්‍රය / මරණයක දී ප්‍රතිලාභීන් වෙනස් කිරීම” යන ආකෘතිය භාවිතා කරමින් ඔබට ප්‍රතිලාභීන් පත් කළ හැකිය. ප්‍රතිලාභියෙකු පත් කර නොමැති අවස්ථාවක, උරුමය හෝ අන්තිම කැමති පත්‍ර පිළිබඳ නීතිය අනුව එම මුදල නීත්‍යානුකූල උරුමක්කාරයන් වෙත ගෙවනු ලැබේ.

3. **සම්බන්ධ වීමේ ක්‍රියා පටිපාටිය:** රක්ෂණ යෝජනාව පිළිගන්නේ ද ප්‍රතික්ෂේප කරන්නේ ද යන්න තීරණය කිරීමේ අයිතිය සමාගම සතුය. ඔබේ දැන ගැනීම සඳහා, රක්ෂණ කොන්ත්‍රාත්තුව ක්‍රියාත්මක වන්නේ සමාගම විසින් රක්ෂණය සඳහා අපේක්ෂකයා පිළිගැනීම පිළිබඳ ලිඛිත තහවුරු කිරීමක් නිකුත් කිරීමෙන් පසුව පමණි. වැඩි දුර සැකසීම උදෙසා කොන්දේසි පැහැදිලි කිරීම, වගකීම් භාර ගැනීම සහ රක්ෂණය සඳහා පිළිගැනීම අවශ්‍ය නම්, රක්ෂණ අපේක්ෂකයා සඳහා රක්ෂණ ඔප්පුව නිකුත් නොකළ යුතු අතර රක්ෂණ අපේක්ෂකයා සඳහා වූ ක්‍රියා පටිපාටි අවසන් වන තුරු එය බලාත්මක නොවනු ඇත.

4. (a) මගේ නමින් සහ මා වෙනුවෙන් ඔප්පුවට අත්සන් කර වගකීම භාර ගැනීමේ සහ ඊට ඇතුළත් වීමේ ක්‍රියාවලියට අදාල සියලුම දැන්වීම් හා/හෝ ලේඛන Harel වෙත ඉදිරිපත් කිරීමට සහ Harel වෙතින් ලබා ගැනීමට මෙම යෝජනාව ආරම්භයේ සඳහන් කර ඇති මගේ රක්ෂණ ඔප්පුවේ නියෝජිතයාට මම බලය පවරමි.

(b) මෙම යෝජනාවෙන් ඉල්ලා ඇති රක්ෂණ සැලසුම්වල රක්ෂණ ඔප්පුව, මෙම යෝජනාව ආරම්භයේ විස්තර සඳහන් නියෝජිතයා මාර්ගයෙන් මා වෙත ලබා දීම සඳහා මම එකඟ වෙමි.

(c) මෙම රක්ෂණ ඔප්පුව ලබා ගැනීම හා/හෝ වගකීම භාර ගැනීමේ මෙන්ම මෙම රක්ෂණ ඔප්පුවට සෘජුවම සම්බන්ධ වීමේ ක්‍රියා පටිපාටියේ රාමුව පිළිබඳ තොරතුරු ලබා ගැනීමට අවශ්‍ය නම් Harel (*2735) ඇමතීමෙන් ඔබට ඕනෑම වේලාවක Harel හා සම්බන්ධ විය හැකිය.

5. **අවම වශයෙන්, ආවරණයේ ප්‍රධාන අංග, රක්ෂණ වාරික, රක්ෂණ කාලය, මූලික රක්ෂණ මුදල සහ වගකීමේ මූලික සීමා, සහ ඒවා පිළිබඳ සම්පූර්ණ විස්තර ලබා ගැනීමට මට ඇති හැකියාව පිළිබඳ අත්‍යවශ්‍ය තොරතුරු මට ලැබුණු බව මෙයින් තහවුරු කරමි.**

6. **වෙළඳ ප්‍රචාරණ ද්‍රව්‍ය යැවීම**

(a) <u>සමාගමෙන් වෙළඳ ප්‍රචාරණ ද්‍රව්‍ය ලැබීම පිළිබඳ දැනුම්දීම:</u>

ඊමේල්, ස්වයංක්‍රීය ඇමතුම් පද්ධතිය (ස්වයංක්‍රීය ඩයලර) හෝ කෙටි පණිවිඩ (SMS) මගින් වෙළඳ ප්‍රචාරණ ද්‍රව්‍ය යැවීම සඳහා සමාගම විසින් ඔබ සපයන ලද තොරතුරු භාවිතා කරනු ඇත. ඔබට ඕනෑම වේලාවක දායකත්වයෙන් ඉවත් වීමට මෙතැනට පිවිසෙන්න: https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS; unsubscribe1@harel-ins.co.il; නැති නම් අමතන්න *2735; නැති නම් පහත දැක්වෙන QR කේතය භාවිතා කරන්න:

(b) <u>අමතර වෙළඳ ප්‍රචාරණ ද්‍රව්‍ය ලබා ගැනීමට කැමැත්ත පළ කිරීම:</u>

☐ මගේ ඉහත සඳහන් කළ දැනුම්දීම මත පදනම්ව සමාගම විසින් මට එවිය හැකි වෙළඳ දැන්වීම්වලට අමතරව, සියලුම Harel සමූහ සමාගම්, ඔවුන්ගේ ව්‍යාපාරික හවුල්කරුවන් සහ තෙවන පාර්ශවයන්ගෙන් සේවා සහ නිෂ්පාදන පිළිබඳ වෙළඳ ප්‍රචාරණ ද්‍රව්‍ය ඊමේල්, ස්වයංක්‍රීය ඩයලර හෝ කෙටි පණිවුඩ මගින් ලබා ගැනීමට ද මම කැමැත්තෙමි.

*Harel සමූහය - Harel රක්ෂණ ආයෝජන හා මූල්‍ය සේවා සමාගම සහ එහි අනුබද්ධ සමාගම්.

කරුණාකර සටහන් කර ගන්න - ඔබේ මනාපය සලකුණු කිරීමට අපොහොසත් වීම, සමාගමෙන් වෙළඳ ප්‍රචාරණ ද්‍රව්‍ය ලබා ගැනීම ප්‍රතික්ෂේප කිරීමක් ලෙස නොසැලකෙන අතර (ඉහත A කොටසේ විස්තර කර ඇති පරිදි) එයින් කිසිදු පූර්ව කැමැත්තක් අවලංගු නොවේ. ඔබට ඕනෑම අවස්ථාවක ඔබේ කැමැත්ත සම්බන්ධයෙන් ඔබේ අදහස වෙනස් කළ හැකිය.

7. කිසියම් රක්ෂණ සමාගමක් ඔබේ සෞඛ්‍ය රක්ෂණ අයදුම් පත කවදා හෝ නිෂ්ප්‍රභ හෝ අවලංගු කර තිබේ ද?

☐ නැත ☐ ඔව්, “ඔව්” නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:

....

8. **වෛද්‍ය රහස්‍යභාවය අත්හැරීම:** රක්ෂණ ප්‍රතිපත්තිය යටතේ ඇති අයිතිවාසිකම් සහ බැඳීම් පැහැදිලි කිරීමට අවශ්‍ය ප්‍රමාණයට, හා/හෝ මා අපේක්ෂා කරන රක්ෂණයට ඇතුළත් වීමේ සමාලෝචන ක්‍රියා පටිපාටියේ අරමුණු සඳහා ව්‍යතිරේකයකින් තොරව, සමාගම සතු ඕනෑම තොරතුරක්, මගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය, මට අතීතයේ තිබූ හා/හෝ දැනට ඇති හා/හෝ අනාගතයේ ඇති විය හැකි ඕනෑම රෝගයක් පිළිබඳ විස්තර ඉල්ලුම් කරන පාර්ශ්වයට අවශ්‍ය පෝරමය මගින්, HMO සහ/හෝ එහි වෛද්‍ය ආයතනවලට මෙන්ම සියලුම වෛද්‍යවරුන්ට හා/හෝ මනෝ වෛද්‍යවරුන්ට, වෛද්‍ය ආයතනවලට සහ අනෙකුත් රෝහල්වලට හා/හෝ ඕනෑම රක්ෂණ සමාගමකට හා/හෝ වෙනත් ඕනෑම ආයතනයකට හා පරිශ්‍රයක් වෙත ඉදිරිපත් කිරීමට මා අවසර දෙන අතර, සමාගම විසින් දරනු ලබන වෛද්‍ය රහස්‍යභාවය පවත්වා ගැනීමේ වගකීමෙන් මම ඔබ නිදහස් කර "ඉල්ලීමේ පාර්ශවයට" පක්ෂව මෙම රහස්‍යභාවය අත්හරිමි. මගේ නීත්‍යානුකූල වත්කම්, නීත්‍යානුකූල නියෝජිතයන් මෙන්ම මා වෙනුවට පෙනී සිටින ඕනෑම අයෙක් මෙම ලිඛිත අත්හැරීමට බැඳී සිටී.

රක්ෂණ අපේක්ෂකයා විසින් මෙම සෞඛ්‍ය තත්ත්ව ප්‍රකාශන පෝරමයට අත්සන් කර ඇත්තේ ඔහු/ඇය මනාව දන්නා භාෂාවකින් එහි අන්තර්ගතය පිළිබඳ පැහැදිලි කිරීමක් ලැබීමෙන් පසුවය.

....	....	....
දිනය	රක්ෂණ අපේක්ෂකයාගේ අත්සන	සාක්ෂිකරුගේ අත්සන

StudioHarel 47550.29 06/2025