

**הצעה לביטוח רפואי + SAFE STAY**  
**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, PO. 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	Agent no.	מספר הסוכן
<b>אריק רוזן</b>		<b>63187</b>	
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 יוכל 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 אנה 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 שבטוח	Gender מיין זכר / נקבה				
Date of entry to Israel תאריך כניסה לישראל	Insurance period requested תקופת הביטוח המבוקשת						
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 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. כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים

B The purpose for coming to Israel	ב העיסוק למענו הגעת לישראל
General / כללי <input type="checkbox"/>	Construction / בניין <input type="checkbox"/>
Agriculture / חקלאות <input type="checkbox"/>	Nursing care / סיעוד <input type="checkbox"/>

C Provider selection	ג בחירת ספק שירות
<input type="checkbox"/> Maccabi Health Services	<input type="checkbox"/> מכבי שרותי בריאות
<input type="checkbox"/> Clalit Health Services	<input type="checkbox"/> שירותי בריאות כללית



Studio Harel 4408955 06/2025

<b>D</b>	<b>Details of previous insurance policies</b>	<b>פרטי ביטוח קודמים</b>
Have you ever been insured by Harel or any other insurance company? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, indicate company and the policy number/health care provider membership number:		האם היית מבוטח בהראל או בחברת ביטוח אחרת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן אם כן, ציין באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר מספק שירותי בריאות:
Insurance period From _____ מתאריך _____ To _____ עד תאריך _____	תקופת הביטוח Company name שם החברה _____	Policy No. מס' פוליסה _____ Membership No. מס' חבר _____

<b>E</b>	<b>Details of policyholder / present employer</b>	<b>פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי</b>
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 _____

<b>F</b>	<b>Privacy</b>	<b>פרטיות</b>
<p>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.</p> <p>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 <a href="https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB">https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB</a>.</p> <p>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.</p> <p>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: <a href="https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB">https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB</a>.</p>		

<b>G</b>	<b>Website to Find Insurance Products</b>	<b>ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח</b>
<p>רשות שוק ההון הקימה אתר אינטרנט מאובטח שיאפשר לך לראות במרכז 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 צירוף לפוליסה. לידעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך להגיש בקשה להסרת מידע כאמור באזור האישי שלך באתר האינטרנט שלנו בכתובת <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>. 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.</p> <p>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.</p> <p>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, <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a></p> <p>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.</p>		

<b>H</b>	<b>Calculation of Insurance Premium</b>	<b>חישוב דמי ביטוח</b>
Total insurance premium in ₪ _____	סה"כ דמי ביטוח ב-₪ _____	Discounts הנחה _____
No. of days covered by the insurance _____	מס' ימים לביטוח _____	Daily cost 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.

<b>Signature of the Employer</b>		<b>חתימת המעסיק</b>	
Stamp & signature of the employer _____	חותמת וחתימת המעסיק _____	Name of the employer שם המעסיק _____	Date תאריך _____

<b>I</b>	<b>ט</b>
עד לחתימה (סוכן הביטוח):	
תאריך _____	שם _____
מס' רישיון _____	חתימה _____
חותמת _____	

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 ביררתי את צרכי המועמד/ים, הצעתי ביטוח ו/או הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לפוליסת ביטוח קיימת התואמת/ים לצרכי/הם, ומסרתי ל/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

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.ג.	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 במייד 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 be 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 responsible 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.

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





# คำแถลงสุขภาพสำหรับประกันสุขภาพ - ชาวต่างชาติในอิสราเอล



ขึ้นอยู่กับใบสมัครประกันภัยที่แนบมาด้วย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากคำแถลงสุขภาพนี้ได้  
 แบบฟอร์มนี้ออกแบบมาสำหรับทั้งชายและหญิง  
 โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่านกรอกแบบฟอร์มนี้อย่างถูกต้องและครบถ้วน  
 ฉบับวันที่ 06.2025

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					
<b>ส่วน ก: คำถามทั่วไป</b>				<b>ใช่</b>	<b>ไม่</b>
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 โรคมุมักันตัวเอง 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.	ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมุมักันตัวเองหรือไม่? โปรดอธิบายในรายละเอียด: .....				
<b>ส่วน ข: ท่านได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติใดๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งอย่างที่ระบุไว้ด้านล่าง:</b>					
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"/> สมอทิการ <input type="checkbox"/> โรคโปลิโอ (โรคโปลิโอในวัยเด็ก) <input type="checkbox"/> โรคโกเช่ <input type="checkbox"/> การสูญเสียความรู้สึก (ชา) <input type="checkbox"/> สมอถึสัน <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: .....				

Studio Harel 47550.25 06/2025



dt33539

ก. รายละเอียดเฉพาะของผู้ขอเอาประกันภัย		
ส่วน ข: ท่านได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเจ็บป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติใดๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งอย่างที่ระบุไว้ด้านล่าง:	ใช่	ไม่
5. <b>โรกระบบเผาผลาญ:</b> <input type="checkbox"/> ต่อมไทรอยด์ <input type="checkbox"/> ต่อมน้ำเหลือง <input type="checkbox"/> ต่อมน้ำลาย <input type="checkbox"/> ต่อมเหงื่อ <input type="checkbox"/> ต่อมใต้สมอง <input type="checkbox"/> เบาหวาน <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง <input type="checkbox"/> ไชมัน/คอเลสเตอรอลสูง หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับระบบเผาผลาญ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: .....		
6. <b>ระบบทางเดินหายใจ:</b> <input type="checkbox"/> หอบหืด <input type="checkbox"/> วัณโรค <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) <input type="checkbox"/> ใช้ละอองพาง <input type="checkbox"/> การติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำ ๆ และหายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ปอดแฟบ (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> โรคซิสติกไฟโบรซิส <input type="checkbox"/> โรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: .....		
7. <b>ระบบทางเดินอาหาร:</b> <input type="checkbox"/> แผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้เล็กส่วนต้น <input type="checkbox"/> กรดไหลย้อน <input type="checkbox"/> โรคโครห์น <input type="checkbox"/> ลำไส้อักเสบ <input type="checkbox"/> โรคกรดไหลย้อน <input type="checkbox"/> ริดสีดวงทวาร <input type="checkbox"/> รอยแยก/ช่องทาง <input type="checkbox"/> ลำไส้อุดตัน <input type="checkbox"/> โรค/การติดเชื้อของตับอ่อน <input type="checkbox"/> หลอดอาหาร <input type="checkbox"/> ถุงน้ำดี <input type="checkbox"/> นิ่วในถุงน้ำดี <input type="checkbox"/> โรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: .....		
8. <b>ตับ:</b> <input type="checkbox"/> ตีชาน <input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบบี ซี ดี <input type="checkbox"/> ไชมันพอกตับ <input type="checkbox"/> ตับแข็ง หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับตับ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: .....		
9. <b>ไต:</b> ตำแหน่งของไต: บริเวณกระบังลม สะดือ ขาหนีบขวา ขาหนีบซ้าย ท่านเคยเข้ารับการรักษาไตเคลื่อนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ (กรุณาระบุวันที่) ..... ปัญหาได้รับการแก้ไขหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่		
10. <b>ไตและทางเดินปัสสาวะ:</b> <input type="checkbox"/> การติดเชื้อซ้ำ ๆ <input type="checkbox"/> นิ่วในไตและทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ถุงน้ำในไต <input type="checkbox"/> ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ไชวาย หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับไตและระบบทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: .....		
11. <b>ข้อต่อและกระดูก:</b> <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> เกาต์ <input type="checkbox"/> หลัง/กระดูกสันหลัง <input type="checkbox"/> ข้อต่อ <input type="checkbox"/> หัวเข่า หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับข้อต่อและกระดูก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: .....		
12. <b>โรคผิวหนังและโรคทางเพศ:</b> <input type="checkbox"/> เนื้องอกผิวหนัง <input type="checkbox"/> แผลบนผิวหนัง <input type="checkbox"/> สะเก็ดเงิน <input type="checkbox"/> โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับผิวหนังและเพศ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: .....		
13. โรคมะเร็งและเนื้องอกร้าย		
14. <b>สำหรับผู้หญิง:</b> <input type="checkbox"/> เต้านม (รวมถึงการเสริมเต้านม) <input type="checkbox"/> ระบบทางนรีเวชหรือปัญหาอื่น <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: ..... <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์อยู่หรือไม่? <input type="checkbox"/> เคยผ่าคลอดหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก "เคย" โปรดระบุ (วันที่) .....		
15. <b>สำหรับผู้ชาย:</b> <input type="checkbox"/> ปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก <input type="checkbox"/> เส้นเลือดอุดตันที่อวัยวะ/ถุงอัณฑะ <input type="checkbox"/> โรค/ปัญหาอื่น <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: .....		
16. <b>โรคทางจิต:</b> โรคทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากนักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้าน		
17. <b>โรคจุกหู และลำคอ:</b> <input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ <input type="checkbox"/> โพรงจุกหูอักเสบ <input type="checkbox"/> ไชมันอักเสบ หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับจุกหู และลำคอ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: .....		

โปรดระบุรายละเอียด: .....

ข. รายละเอียดกรมธรรม์ประกันภัยก่อนหน้า				
ท่านเคยได้รับการประกันจากฮาร์เรลหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่				
หากใช่ให้ระบุบริษัทและหมายเลขกรมธรรม์/หมายเลขสมาชิกผู้ให้บริการด้านสุขภาพ:				
ระยะเวลาประกันภัย ..... ตั้งแต่ 1 1	..... ถึง	ชื่อบริษัท	เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย	หมายเลขสมาชิก

ค. หนังสือมอบอำนาจของตัวแทน	
ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ตัวแทนประกันภัยของข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... เพื่อดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยในนามของข้าพเจ้า การดำเนินการนี้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ การเพิ่มรายชื่อในกรมธรรม์ ขั้นตอนการพิจารณารับประกันภัย การต่ออายุหรือขยายกรมธรรม์ การยื่นเคลม การแก้ไขรายละเอียด และการดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์รวมถึงการส่งเอกสารและ/หรือหนังสือที่เกี่ยวข้องถึงบริษัทประกันภัย "ฮาร์เรล" และรับข้อมูลจากบริษัทในนามของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ตัวแทนประกันภัยดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ของข้าพเจ้า รวมถึงการอนุญาตให้ส่งข้อมูลทั้งหมดที่จำเป็นต่อการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์แก่ตัวแทนประกันภัย รวมถึงรายละเอียดของกรมธรรม์อื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าได้ทำไว้กับบริษัทฮาร์เรล ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นกรมธรรม์ที่ตัวแทนประกันภัยของข้าพเจ้ามอบอำนาจให้เป็นผู้ดูแล	
.....	ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย
.....	ชื่อ
.....	วันที่

เพื่อทราบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับกรมธรรม์ ข้าพเจ้ายอมรับว่าการส่งสำเนาของจดหมายและ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องจะถูกส่งให้กับตัวแทนประกันภัยในทุกกรณี.

คำประกาศของผู้เอาประกันภัย	
1.	<p>ข้าพเจ้า ผู้ลงนามด้านล่างนี้ ขอให้บริษัท ฮาเรล อินซัวรันส์ จำกัด (ต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัทประกันภัย/บริษัท/ฮาเรล”) ทำการประกันภัยแก่ข้าพเจ้าตามรายละเอียดในคำเสนอการประกันภัยนี้</p> <p>(1) <b>ความเป็นส่วนตัว</b>            บริษัท ฮาเรลอินซัวรันส์ จำกัด และ บริษัท ฮาเรล เพนชั่น แอนด์ โพรวิเดนท์ จำกัด (“ฮาเรล”) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ในการสมัครใช้ผลิตภัณฑ์ การให้บริการ การดำเนินงาน และการจัดการตลอดวงจรชีวิตของผลิตภัณฑ์ การจัดการข้อเรียกร้อง การชำระเงินและกระบวนการต่าง ๆ การบริหารจัดการและการพัฒนาธุรกิจและบริการที่ฮาเรลให้ การปฏิบัติตามกฎหมาย การปรับแต่งและนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการตามลักษณะเฉพาะบุคคล และเพื่อวัตถุประสงค์อื่นชอบด้วยกฎหมายอื่น ๆ โดยทั่วไปแล้ว ท่านไม่มีภาระผูกพันทางกฎหมายที่จะต้องให้ข้อมูล อย่างไรก็ตาม การเลือกที่จะไม่ให้ข้อมูลอาจทำให้เราไม่สามารถประเมินค่าขอหรือให้บริการได้ ข้อมูลที่ให้จะถูกถ่ายโอนไปยังตัวแทนประกันภัย (หากมี) เพื่อให้ตัวแทนสามารถดำเนินการตามคำขอและจัดการในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและการดำเนินงานของผลิตภัณฑ์และบริการ ตลอดจนไปยังผู้ให้บริการและบุคคลภายนอกอื่น ๆ ที่มีสิทธิ์ได้รับข้อมูลดังกล่าวในบริบทของวัตถุประสงค์เหล่านี้</p> <p>สามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวได้ที่เว็บไซต์ของฮาเรล ซึ่งรวมถึงช่องทางการติดต่อกลับ เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูล ของฮาเรล ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิ์ในการตรวจสอบและแก้ไขข้อมูล รวมถึงสิทธิ์ในการยกเลิกการรับจดหมายโฆษณา ได้ที่ลิงก์นี้: <a href="https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB">https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB</a>.</p> <p>(2) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำตอบทั้งหมดที่ให้ไว้ถูกต้องและครบถ้วน และได้ให้ด้วยความสมัครใจ</p> <p>(3) คำตอบในคำประกาศสุขภาพและข้อมูลใด ๆ ที่ให้ไว้แก่บริษัท ตลอดจนเงินเบี้ยที่ให้เป็นไปตามมาตรฐานของบริษัทเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว จะถือเป็นเงื่อนไขพื้นฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท และจะถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยนั้น</p>
2.	<p><b>ผู้รับผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิต</b>            ท่านสามารถระบุผู้รับผลประโยชน์ได้ โดยใช้แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิต” ในกรณีที่ไม่มีการระบุผู้รับผลประโยชน์ จำนวนเงินจะถูกจ่ายให้แก่ทายาทตามกฎหมาย ตามคำสั่งศาลหรือพินัยกรรม</p>
3.	<p><b>ขั้นตอนการเข้าร่วมประกันภัย:</b> บริษัทที่มีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจว่าจะรับหรือปฏิเสธคำเสนอการประกันภัย 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 ท่านสามารถติดต่อบริษัทฮาเรลได้ทุกเวลา โดยโทรไปที่หมายเลข (*2735)</p>
5.	<p>ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประกันภัย ซึ่งรวมถึงอย่างน้อยที่สุด รายละเอียดขององค์ประกอบหลักของความคุ้มครอง ค่าเบี้ยประกันภัย ระยะเวลาประกันภัย จำนวนเงินประกันภัยหลัก และข้อจำกัดความรับผิดชอบหลัก พร้อมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ข้าพเจ้าจะได้รับรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว</p>
6.	<p><b>การส่งสื่อโฆษณา</b></p> <p>(ก) <b>ประกาศเกี่ยวกับการรับสื่อโฆษณาจากบริษัท:</b>            ข้อมูลที่ท่านให้จะถูกใช้เพื่อการส่งสื่อโฆษณาโดยบริษัทผ่านทางอีเมล ระบบโทรอัตโนมัติ หรือข้อความ SMS ท่านสามารถยกเลิกการรับสื่อโฆษณาได้ตลอดเวลาโดยไปที่: <a href="https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS">https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS</a> หรือ <a href="mailto:unsubscribe1@harel-ins.co.il">unsubscribe1@harel-ins.co.il</a> หรือ โดยการกดหมายเลข *2735 หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดด้านล่าง:</p>  <p>(ข) <b>ความยินยอมในการรับสื่อโฆษณาเพิ่มเติม:</b>  <input type="checkbox"/> นอกเหนือจากโฆษณาที่บริษัทอาจส่งให้ข้าพเจ้าตามประกาศข้างต้น ข้าพเจ้าขอแสดงความประสงค์ที่จะรับสื่อโฆษณาเกี่ยวกับบริการและผลิตภัณฑ์จากทุกบริษัทในกลุ่มฮาเรล คู่ค้าทางธุรกิจของบริษัท และบุคคลภายนอก โดยผ่านทางอีเมล ระบบโทรอัตโนมัติ หรือข้อความ SMS</p> <p>*กลุ่มฮาเรล ได้แก่ บริษัท ฮาเรล อินซัวรันส์ แอนด์ โฟแนนเชียล เซอร์วิสেস จำกัด และบริษัทในเครือ</p> <p>โปรดทราบว่า การไม่แสดงความประสงค์ของท่านจะไม่ถือว่าเป็นการปฏิเสธการรับสื่อโฆษณาจากบริษัท (ตามรายละเอียดในส่วน A. ข้างต้น) และจะไม่เป็นการลบล้างความยินยอมที่เคยให้ไว้ก่อนหน้านี้ ท่านสามารถเปลี่ยนใจในการให้ความยินยอมของท่านได้ตลอดเวลา</p>
7.	<p>บริษัทประกันภัยเคยปฏิเสธหรือยกเลิกใบสมัครประกันสุขภาพของท่านหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก “เคย” โปรดระบุรายละเอียด:</p> <p>.....</p>
8.	<p><b>การยกเว้นการรักษาความลับทางการแพทย์:</b> ข้าพเจ้าขออนุญาตแก่หน่วยงาน HMO และ/หรือสถาบันการแพทย์ต่าง ๆ รวมถึงแพทย์ทุกท่าน นักจิตแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ โรงพยาบาล และ/หรือบริษัทประกันภัย หรือหน่วยงานใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้เปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อความจำเป็นในการพิจารณาสิทธิและหน้าที่ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และ/หรือกระบวนการตรวจสอบการเข้าร่วมในประกันภัยที่ข้าพเจ้าได้สมัครไว้ ข้าพเจ้าขอขอละสิทธิในความลับทางการแพทย์ และการละสิทธินี้จะครอบคลุมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพสุขภาพ ความเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตที่ข้าพเจ้าอาจมี โดยไม่มีข้อยกเว้นและในรูปแบบที่ฝ่ายผู้ร้องขอต้องการ ข้าพเจ้าขอปลดเปลื้องความรับผิดชอบของท่านในการเก็บรักษาความลับทางการแพทย์และละสิทธินี้ให้แก่ “ผู้ร้องขอ” การละสิทธินี้จะมีผลบังคับใช้กับทรัพย์สินทางกฎหมายของข้าพเจ้า ผู้แทนทางกฎหมายของข้าพเจ้า และบุคคลที่มาสืบทอดหน้าที่ของข้าพเจ้า</p>

ผู้สมัครประกันภัยได้ลงนามในแบบฟอร์มแถลงการณ์สุขภาพนี้หลังจากได้รับการอธิบายเนื้อหาในภาษาที่ตนเข้าใจดี

.....

วัน .....

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย .....

ลายมือชื่อพยาน .....