

הצעה לביטוח רפואי + SAFE STAY
עובדים זרים בישראל

א.רוזן סוכנות לביטוח

משרד 03-6735915

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

מהדורת 01/2023

למשלוח הטפסים חזרה למשרדנו - במייל: info@rozen-ins.co.il או בפקס: 03-6729025

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

You must provide full and honest answers to every essential matter you are asked about' and not doing so may have an impact on the payment of insurance benefits. The policy documents will be sent to your mobile phone number available to the Harel Company. If you wish to receive these documents by e-mail, you should fill in your e-mail address with the personal details. Alternatively, if you want to receive these document by Israel Post, please note this here
(the documents will be sent according to the most recent details that appear in our files at the time of sending).

עליר להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות בעניין מהותי. ככל שלא תעשה כן יכול ותהיה לך השפעה על תשלום תגמולי הביטוח
מסמכי הפוליסה ישלחו אליך למספר הטלפון הנייד שלך הקיים ברשות חברת הראל. אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדוא"ל - אנא מלא את פרטי
כתובת דוא"ל בפרטך האישיים לחילופין, אם ברצונך לקבל מסמכים אלו בדואר ישראל אנא ציין זאת כאן
(משלוח המסמכים יבוצע בהתאם לפרטים העדכניים המופיעים אצלנו במועד המשלוח)

A Insurance applicant personal details				פרטי המועמד לביטוח	
First name שם פרטי	Middle name שם אמצעי	Last name שם משפחה	Country of passport issuance	Passport No.	מס' דרכון
Country of origin מוצא		Date of birth תאריך לידה	First date of insurance תאריך ראשון שבטח	Gender	מין
				☐ Male זכר ☐ Female נקבה	☐ זכר ☐ 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. כתובת המעסיק תשמש את החברה במשלוח הודעות ו/או מסמכים

B The purpose for coming to Israel	העיסוק למענו הגעת לישראל
General / כללי ☐	Construction / בניין ☐
Agriculture / חקלאות ☐	Nursing care / סיעוד ☐

C Provider selection	בחירת ספק שירות
☐ Maccabi Health Services (the service is provided in the nursing and general divisions)	☐ מכבי שרותי בריאות (השירות יינתן בענף סיעוד/כללי)
☐ Clalit Health Services Clalit Health Services (the service is provided in the nursing, general, agricultural, and construction divisions)	☐ שירותי בריאות כללית (השירות יינתן בענף סיעוד/כללי/חקלאות/בניין)



33538

D	פרטי ביטוח קודמים	האם הייתם מבוטאים בהרצל או בחברת ביטוח אחרת? ☐ לא ☐ כן אם כן, ציינו באיזו חברה ומספר הפוליסה/חבר אצל ספק שירותי בריאות:
Details of previous insurance policies		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:
Insurance period	תקופת הביטוח	Company name שם החברה
From	עד תאריך	Policy No. מס' פוליסה
Membership No. מס' חבר		

E	מידע למועמד לביטוח	1. בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח ניתן להאריך את תקופת הביטוח ברצף, בכפוף לתשלום דמי ביטוח בגין התקופה שבין סיום תקופת הביטוח לבין הארכת הביטוח (תשלום בגין התקופה כאמור, יכול להתבצע ע"י המבוטח או המעסיק) וכל עוד הינך ממשיך לעבוד כעובד זר. לאחר חלוף 90 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הצטרפות לפוליסה חדשה תהיה כרוכה בהליך חיתום. 2. ככל שהינך אדם עם מוגבלות, כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998, קרי "אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים", אנא עדכן אותנו על כך באמצעות סוכן הביטוח שלך, שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו.
1. According to the terms of the Policy, during 90 days following the end of the insurance period, the insurance period may be extended as a continuation, subject to payment of insurance fees for the period between the end of the insurance period and the extension of the insurance (payment for the said period may be made by the Insured or by the Employer), and as long as you continue to be employed as a foreign worker. After the passing of 90 days from the end of the insurance period, inclusion under a new policy will involve an underwriting process. 2. Insofar as you are a person with disabilities, as defined in the Equal Rights for Persons with Disabilities Law, 5748 - 1998, that is, "a person with a physical, mental or intellectual, including cognitive impairment, whether permanent or temporary, which significantly limits his functioning in one or more of the central spheres of life," please notify us of this through your insurance agent, whose details appear at the beginning of this proposal.		

F	הצהרת המועמד לביטוח	1. אני החתום מטה מבקש בזה מהראל חברה לביטוח בע"מ (להלן: "המבוטח/החברה/הראל") לבטח אותי בהסתמך על כל האמור בהצעה זו. (א) אף שאני חובה חוקית למסור חלק מהמידע המתבקש במסמך זה, המידע הכרחי לצורך הצטרפותך לפוליסה ולטיפול בעניינים הקשורים בהן. המידע יישמר ויעובד בחברה ובחברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) וצדדים שלישיים הפועלים עבורן ו/או מטעמן תעשנה בו שימוש, לצורך הטיפול בפוליסה ולמטרות לגיטימיות אחרות, לרבות תחשיבים אקטואריים. פרטים נוספים ניתן למצוא במדיניות הפרטיות שבאתר החברה. (ב) אני מצהיר בזה כי כל התשובות הנן נכונות ומלאות והן ניתנות מתוך רצוני החופשי. (ג) התשובות המפורטות בהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שיימסר לחברה וכן התנאים המקובלים אצל החברה לעניין זה ישמשו תנאי יסוד לחוזה הביטוח בינך לבין החברה ויהיו חלק בלתי נפרד ממנו. 2. מוטבים במקרה מות המבוטח חו"ח באפשרותך למנות מוטבים באמצעות טופס בקשה לעדכון/שינוי מוטבים במקרה מוות. בהעדר מינוי מוטבים, הסכומים ישולמו ליורשים החוקיים על-פי הדין בהתאם לצו ירושה או על-פי צו קיום צוואה. 3. הליך הצטרפות: הרשות בידי החברה להחליט על קבלת ההצעה או דחייתה. לידיעתך חוזה הביטוח יכנס לתוקף רק לאחר שהחברה תוציא אישור בכתב על קבלת המועמד לביטוח. אם נדרשים להמשיך התהליך בירור תנאים, חיתום וקבלה לביטוח, לא תופק הפוליסה עבור המועמד לביטוח ולא תיכנס לתוקף עד להשלמת ההליכים עבור המועמד לביטוח. 4. (א) בהצטרפותך לפוליסה זו הנך מסמיך את סוכן הביטוח שלך בפוליסה להגיש ולקבל בשמך/ועבורך את כל ההודעות ו/או המסמכים הקשורים להליך החיתום ולהליך ההצטרפות לפוליסה. (ב) אני מסכים כי פוליסת הביטוח של תכנית הביטוח המבוקשת בהצעה זו תימסר לי באמצעות הסוכן שפרטיו מופיעים בתחילת הצעה זו. (ג) במידה ובוצע לקבל את הפוליסה ו/או את המידע במסגרת הליך החיתום והליך ההצטרפות לפוליסה זו גם ישירות אליך, ביכולתך לפנות להראל בכל עת, בטלפון *הראל (2735). 5. הרני מאשר שנמסר לי מידע מהותי לגבי הביטוח אשר כלל לכל הפחות תיאור עיקרי הכיסוי, פרמיית הביטוח, תקופת הביטוח, סכומי הביטוח עיקריים וגבולות אחריות עיקריים ואודות אפשרות לקבל פרטים מלאים עליהן. 6. הסכמה על שימוש במידע וקבלת דבר פרסומת (א) האם הנך מסכים, מעבר למתחייב על פי דין או הסכם, כי המידע הכלול במסמך זה, כמו גם מידע נוסף אודותיך, המצוי או שיהיה מצוי בידי חברות אחרות בקבוצת הראל (הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ וחברות בנות שלה) ישמש את החברות בקבוצת הראל ו/או מי מטעמן, גם לכל עניין הקשור ביותר מוצרי ושירותי החברות בקבוצת הראל (בתחום הביטוח, החיסכון ארוך הטווח והפיננסים) ובשיווק, לרבות כדי לאפשר לחברות כאמור להביא לידיעתך מידע על מוצרים ושירותים, וכן לשימושים נוספים הנלווים לשימושים האמורים לעיל ונדרשים לשם השלמתם, זאת אף באמצעות העברתו של המידע לצדדים שלישיים הפועלים בשמה ומטעמה של קבוצת הראל. (ב) הרינו להודיע כי קיימת אפשרות שתקבלו מאת החברה או מאת חברות אחרות בקבוצת הראל אליהן יועברו פרטיך (ככל שנתת הסכמה להעברת פרטיך אליהן), הצעות שיווקיות ודברי פרסומת על מוצרי ושירותי החברה ו/או החברות בקבוצת הראל, לפי העניין, באמצעות פקס, דואר אלקטרוני, מערכת חיוג אוטומטי או הודעת מסר קצר (SMS). אם אינך מסכים לקבל הצעות שיווקיות ודברי פרסומת כאמור, באפשרותך להודיע על סירובך או לשנות בחירה קודמת בכל עת באמצעות "טופס אי קבלת פרסומת והצעות שיווקיות" העומד לרשותך באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.hrl.co.il/pirsum או באמצעות פניה בכתב לכתובת: בית הראל, חזזטבת הבריאות, אגף בריאות פרט חו"ל ותושבים זרים, אבא הלל 3, ת.ד. 1951, רמת גן 5211802, או באמצעות פנייה טלפונית למספר 03-7547777. מידע נוסף אודות מדיניות הפרטיות של הגופים המוסדיים בקבוצת הראל קיים באתר האינטרנט של הקבוצה בכתובת www.harel-group.co.il . 7. ויתור על סודיות רפואית: אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או למוסדותיה הרפואיים ו/או לכל הרופאים ו/או פסיכיאטרים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים אחרים, למל"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או לכל חברת ביטוח ו/או לכל מוסד וגורם אחר, ככל שהדבר דרוש לבירור ויישוב תביעות על פי פוליסה, ו/או לצורך הליך בחינת קבלת הביטוח המבוקש למסור להראל (להלן: "המבקש") כל מידע המצוי בידיכם ואת כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל ובצורה שתידרש על ידי המבקש, על מצב בריאותי על כל מחלה שחליתי בה בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעת ואני משחרר אתכם מחובת שמירה על סודיות רפואית ומותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תהייה לי אליכם ו/או למבקש כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל. כתב ויתור זה מחייב, את עצובי ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.
---	---------------------	---

תאריך	שם המועמד לביטוח	חתימה
עד לחתימה (סוכן הביטוח):	אריק רוזן	055027015
תאריך	שם	חתימה
מס' רישיון	חתימה	חתימה

F Declaration of Insurance Candidate		הצהרת המועמד לביטוח	
1. I, the undersigned, hereby request of Harel Insurance Company Ltd. (herein: "the Insurer/Company/Harel") to insure me based on the said in this proposal. (a) Although it is not legally required that you provide some of the information requested in this document, the information is essential to adding you to the policies and handling matters related to them. The information will be collected, maintained and processed by the Company and other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) and third parties that operate for them and/or on their behalf will use them for the purpose of handling the policy and for other legitimate purposes, including actuary calculations. Additional details can be found in the privacy policy on the Company website. (b) I hereby declare that all the answers are correct and complete and have been provided of my own free will. (c) The answers specified in the Health Declaration and any other information provided to the Company, as well as the customary terms of the Company regarding this matter shall serve as fundamental terms of the insurance contract between you and the Company and shall constitute an integral part thereof. 2. Beneficiaries in case of death You may appoint beneficiaries, using the form "Application for update / Change of beneficiaries in case of death". In the absence of beneficiary appointment, the amounts will be paid to the legal heirs under the law, according to inheritance or probate order. 3. Procedure of Joining: The company is permitted to decide whether to accept or deny the proposal. For your information, the insurance contract will become effective only after the Company issues written confirmation of acceptance of the candidate for insurance. If further processing requires the clarification of terms, underwriting and acceptance for insurance, the policy shall not be issued for the insurance candidate and shall not become effective until completion of the procedures for the insurance candidate. 4. (a) I authorize my insurance agent for the policy, whose details appear at the beginning of this proposal, to submit to Harel and to receive from Harel in my name and for me all notices and/or documents related to the process of underwriting and the process of joining this policy. (b) I agree that the insurance policy of the insurance plans requested in this proposal be delivered to me by means of the agent whose details appear at the beginning of this proposal. (c) If you wish to receive the policy and/or the information in the framework of the underwriting procedure and the procedure of joining this policy directly, as well, you may contact Harel at any time, by phoning Harel (*2735). 5. I hereby confirm that I received essential information regarding the insurance, which included, at the very least, a description of the main elements of the coverage, the insurance premium, the insurance period, the main insurance amounts and the main limitations of liability, and regarding my possibility of obtaining full details about them.			
6. Agreement to Use of Information and Receipt of Advertising Material		no	yes
(a) Do you agree, beyond the requirements of the law or agreement, that the information included in this document, as well as additional information about you that is or will be possessed by other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) will be used by the Harel Group and/or anyone on their behalf, including for any matter related to the other products and services of the companies in the Harel Group (in the field of insurance, long-term savings and finances) and in their marketing, including allowing the said companies to inform you of products and services, and also for the purpose of handling other policies and/or insurance products, long-term savings and financing that you hold, processing and storing the information, and also for additional uses associated with the above-said uses and required in order to complete them, and for other related legitimate purposes, including by means of transferring the information to third parties acting on behalf of and in the name of the Harel Group. (b) We hereby inform you that there is a possibility that you will receive from the Company or from other companies in the Harel Group to which your details are provided (insofar as you consented to providing them with your details), marketing offers and advertising materials about products and services of the company and/or the companies in the Harel Group, as relevant, by means of fax, email, an automatic dialing system or short message service (SMS) texts. If you do not agree to receive marketing offers and advertising material as said, you may inform us of your refusal or change a previous choice at any time using the "Refusal of Advertising and Marketing Offers Form" which is available on the Company website at www.hrl.co.il/pirsum or by contacting us in writing at the address: Harel Building, Health Division, Personal Overseas and Foreign Resident Health Division, 3 Aba Hillel, POB 1951, Ramat Gan 5211802, or by calling: 03-7547777. Additional information about the privacy policy of the institutional bodies of the Harel Group is found on the Group website at www.harel-group.co.il			
7. Waiver of medical confidentiality: I, the undersigned, hereby give permission to the HMO (kupat holim) and/or its medical institutions and/or the IDF and also to all the other physicians and psychiatrists, medical institutions and other hospitals, the National Security Council (Malal) and/or the Ministry of Defense and/or any other insurance company and/or any other institution and party, insofar as necessary in order to examine the rights and obligations according to the policy and/or for the purpose of the procedure of examining my acceptance for the insurance requested, to provide Harel with all the information and details held by the company, without exception, in the form requested by the Requester, regarding my health condition/s, any disease that I have suffered from in the past and/or that I suffer now and/or that I will suffer in the future, and I relieve you of the duty to maintain medical confidentiality and waive confidentiality in favor of the "Requester." This waiver is binding of my estate and legal representatives and anyone who comes in my place. This waiver shall also apply to my minor children.			
Date		Name of insurance Candidate	
Witness to the signature (the insurance agent):		Signature 	
Date	Name	I.D. 055027015	
License no.		Signature  Stamp	

G Details of policyholder / present employer		פרטי בעל הפוליסה / המעסיק הנוכחי	
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	

ח

אישור המועמד לביטוח לפעילות סוכן

הנני מאשר לסוכן הביטוח שלי בפוליסה, מר/גב' **אריק רוזן** לטפל בשמי ועבורי בכל הקשור לתביעה זו ובכלל זאת להגיש ל"הראל" ולקבל מ"הראל" בשמי ועבורי את כל התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה, לרבות פירוט הפוליסות שבהן אני מבוטח בהראל שאינן בהכרח פוליסות בהן סוכן הביטוח שאני מייפה את כוחו בהסכמתי זו, הינו הסוכן המטפל, ולשמש כשלוחי לכל דבר ועניין הנוגע לתביעה זו.

חתימת המבוטח:

לידיעתך, העתקי התכתובות ו/או המסמכים הקשורים לתביעה יועברו בכל מקרה לסוכן הביטוח שלך בפוליסה.

I hereby permit my insurance agent for the Policy, Mr/Ms _____, to handle on my behalf and for me all matters related to this claim, including submitting to Harel and receiving from Harel on my behalf and for me all correspondence and/or documents related to a claim, including details of the policies under which I am insured by Harel that are not necessarily policies for which the insurance agent to whom I assign power of attorney in this consent of mine is the handling agent, and to serve as my representative for all intents and purposes related to this claim.

Signature of the Insured

For your information, copies of the correspondence and/or the documents related to the claim will in any case be sent to the your insurance agent for the Policy.

ט

ממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח

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. במידה ואינך מעוניין שנעביר את הנתונים, עליך ליצור קשר עם חברתנו. ככל שאינך מעוניין כי נעביר את פרטיך לרשות שוק ההון כאמור, באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים, או למלא טופס בקשה מתאים הקיים באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.harel-group.co.il. לידיעתך, אי העברת הנתונים תמנע ממך לראות במרכז באתר האינטרנט המאובטח את מוצרי הביטוח שלך בכל חברות הביטוח בישראל. באפשרותך לחתום מטה על בקשה שלא להעביר את הפרטים. שים לב כי הגשת בקשה להסרת מידע כאמור, חלה על פוליסות קיימות ועתידיות. כך, ככל שהודעת בעבר שאינך מעוניין בהעברת הנתונים, הנתונים לא יועברו גם לגבי פוליסה זו.

☐ בקשה להסרת נתונים מהממשק האינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח: בחתימתי מטה אני מאשר שאינני מעוניין שתעבירו את הנתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המתנהלים בחברתכם לרשות שוק ההון. ידוע לי כי אי העברת הנתונים בהתאם לבקשתי תמנע ממני לראות באתר האינטרנט המאובטח של רשות שוק ההון נתונים אודות מוצרי הביטוח שלי המנוהלים בחברתכם.

The Capital Market Authority has created a secured internet website which enables you to view in a concentrated manner your insurance products from all insurance companies in Israel, thus based on data we deliver to them. If you do not wish for us to deliver the data, you must contact our company. If you do not wish for us to deliver your information to the Capital Market Authority as aforementioned, you can sign the request below not to deliver the information, or fill out the correct form at the company's website www.harel-group.co.il. Be advised, failure to deliver the information will prevent you from viewing on the secured website all of your insurance products from all insurance companies in Israel in a concentrated manner. You have the option of signing below a request not to deliver the information. Please note that when filed, the request to remove information as aforementioned will apply to current as well as future policies. Therefore, if you have announced in the past that you do not wish for information to be delivered, then information will as well not be delivered vis-à-vis this policy.

☐ Request to remove information from the internet interface for locating insurance products: with my signature below, I hereby confirm that I do not wish for you to deliver the information regarding my insurance products managed by your company to the Capital Market Authority. I am aware that failure to deliver the information as per my request will prevent me from viewing on the Capital Market Authority's secured website information regarding my insurance products being managed by your company.

חתימה / Signature	מספר זהות / ID no.	שם המבוטח / Name of The Insured	תאריך / Date
			מבוטח ראשי / Primary insured

י

הצהרת הסוכן (סעיף חובה לחתימת הסוכן)

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 התואם/ים לצרכי/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:

יא

חישוב דמי ביטוח

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.

חתימת המעסיק

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

חתימת המועמד לביטוח

Signature	חתימה	Name of insurance applicant	שם המועמד לביטוח	Date	תאריך
-----------	-------	-----------------------------	------------------	------	-------

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

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

02/2021	3278.4	סטודיו הראל
---------	--------	-------------

הוראת תשלום באמצעות שיקים (מצ"ב פירוט)					
תאריך פירעון	שם הבנק	מספר סניף	מספר השיק	מספר חשבון	סכום בש"ח
				סה"כ	

מספר הבנק	שם הבנק	מספר סניף	מספר חשבון
-----------	---------	-----------	------------

אני הח"מ מאשר לגבות בהוראת הקבע שלי המצ"ב מחשבון..... בנק.....
 סניף..... עבור הפוליסות המפורטות לעיל.

[illegible]

תאריך: שם בעל החשבון: מספר זהות: חתימת בעל החשבון:

- 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: _____

ናይ ሕክምና ኢንሹራንስ ናይ ጥዕና መግለጺ - አብ



እስራኤል ዘለዉ ወጻእ ተኛታት

አብዚ ንዝተተሓሳዘ ናይ ኢንሹራንስ መምልከቻ ዋኒን፣ ናይዚ ናይ ጥዕና መግለጺ ዘይፍለ አካ እዩ

እዚ ቅጹ እዚ ንተመሳሳሊ ሕቶ ዘለዎም ሰባታትን አእስቲን ዝተዳለዉ እዩ።
ብኸብረትኩም ነዚ ቅጹ እዚ ብትኽክልን መሓላ ብመሓላን ምልእዎ።

05/2020 Edition

Attn.

ሃረል ናይ ኢንሹራንስ ትካል Ltd. ወጻእ ተኛ ሰራሕተኛታት / ናይ ቱሪስት ኢንሹራንስ ጩፈር

3 አባ ሂለል ጎዳና፣ P.O. ሳጥን 1951, Ramat Gan 5211802, ፋክስ፡ 03-7348083, ኢሜል፡ fax7930@harel-ins.co.il

A ናይቲ ኢንሹራንስ አመልካቲ ዝርዝራት				
ቁጽሪ ፓስፖርት	ሽም አብ	ሽም	ዝተወለደሉ ዕለት	ጾታ ተባ ☐ አን ☐
አብዚ ናይ ጥዕና መግለጺ እዚ እቲ ትኽክለኛ መልሲ አብ ዘለዎ ረደፊ "✓" ብምግል መልስ ኸም አቕምጥ። ናይ ዝኾነ ሕቶ መልስ ኸም "እወ" እንተተኾይኑ ካብቲ ዘሎ ዶክተር ሓደሽ ዝተሓደሰ ምስክር ወረቐት፣ ነቲ ጸገ ምክምና ናይ ምርመራ ወጽኢትኩም፣ ዓይነት እቲ ሕክምና ንግዜአ ዊ ኩነታትኩም ዝገልጽ ክተተሓሕዙ አለኩም።				
ክፍሊ A: ሓፈሻዊ ሕቶታት				አይፋል
1.	ቁመት ብ cm ክብደት kg			እወ
2.	☐ አደንዘዝቲ እጻት ትጠቀሙ ወይ ትጥቀሙ ኔርካ ዲኻ? ☐ መጻልታዊ አልኮል መስተታት ትሰቲ፣ ወይ ትሰቲ ኔርካ ዲኻ? ብኸብረትኩም በዝሓግለጹ፡ ብርጭታት ብመጻልቲ።			
3.	አብ ዝሓለፉ 10 ዓመታት፣ ናብዞም ዝሰዕቡ ምርመራ ሪፈር ተባሂልኩም (ካብ ልመድ ፔክ አጥኩም ወጻኢ) ግን ክሳብ ሕዚ ዘይከድኩም ወይ ናይ መወዳእታ ናይ ምርመራ ኸም ወጽኢት ዘይሰማኑኩም አለኩም ድዩ፣ ከም ሕዳር ሕምሻት፣ ካታተራይዜሽን፣ ናይ ዓጽሚ ማሮንግ፣ ኢኮካርድኖግራፊ፣ MRI፣ CT፣ አልትራሳዊ ወጻድ (ካብ ልመድ ቅድመ ወለድ ምርመራታት ወጻኢ)፣ ባዮፕሲ፣ ሕቡእ ደም፣ ኮሎኖስኮፒ ወይ ጋስትሮስኮፒ፣ ባዕሎም ዝፍጠሩ ሕምሻት ከም ሉፕስ (መልስ ኸም "እወ" እንተተኾይኑ፣ ብኸብረትኩም ካብቲ ዝከታተለኩም ዶክተር፣ እዞም ምርመራታት እዚአም ንክካየዱ ዝገበረ ምኽንያት፣ ናይዞም ምርመራታት ወጽኢትን ናይ መወዳእታ መደምደምታን ዝገልጽ ምስክር ወረቐት አምጽኡ)።			
4.	አብዚ 10 ዓመት ወሽጢ መጥባሕቲ/ አካል ነቑልካ ምትካእ አካይድኩም ወይ ክተካይዱ ኔርኩም ዲኻም? ብኸብረትኩም ብዝርዝር አቕርቡ፡			
5.	አብዚ 10 ዓመት ወሽጢ ሆስፒታል ደቂስኩም ተሓኪምኩም ትፈልጡ ዲኻም? አብ ሆስፒታል ዝደቀስኩም ምኽንያትን ዝረኽቡኩም ሕክምናን ብኸብረትኩም ብዝርዝር አቕርቡ።			
6.	አብዚ 10 ዓመት ወሽጢ መጻልታዊ መድሓኒት ትወስዱ፣ ወይ ክትወስዱ ተነጊሩኩም ይፈልጥ ድዩ? ብኸብረትኩም እቲ ዝተሓከምኩም/ ክትሕከምዎ ዝጸናሕኩም ሕምሻት ሕክምናኩን ንክንደይ ግዜ እቲ መድሓኒት ክትወስዱም ከምዘተነገረኩምን ብዝርዝር አቕርቡ?			
7.	ዝኾነ ናይ አለርጂ ጸገም አለኩም ተባሂልኩም ዲኻም? ብኸብረትኩም ብዝርዝር ግለጹ፡			
ክፍሊ B: ትሕት ክብሉ ምስ ዝተዘርዘሩ ጸገማት ዝተተሓሕዙ ሓደን ካብኡ ንላዕሊን ሕምሻት፣ ሲንድረማትን ጸገማትን አለዎኹም ተባሂልኩም ትፈልጡ ዲኻም።				አይፋል
1.	☐ ስርዓተ ነርብ ☐ ስረብሮቫስኩላር ሓደጋ (ስትሮክ) ☐ ኢፒሊፕሲ ☐ ብዙሕ ስክለሮሲስ ☐ ናይ ጭዳ ምጽጻጥ ወይ ካልእ ዘመን ሕምሻት ☐ ደጋጊ መዝኸሰት ምንጽርራው ☐ ሕምሻት ርእሲ ☐ ሜን ናይ ዘይምሕላው ጸገም ☐ ዓርስኻ ምስሓት ☐ ፓርኪንሰን ሲንድረም ☐ አልዛይመር ሕምሻት ☐ ምንቅጥታጥ ☐ ዝሕታለ አእምሮ ☐ ኦቲዝም ☐ ዳወን ሲንድረም ☐ ስረብራል ፓልሲ ☐ ፖሊዮሜሌቲስ (ናይ ህጻናት መልመሕቲ) ☐ ጋወቶር ሕምሻት ☐ አካላዊ ስምዒት ምጥፋእ (ምድንዛዝ) ☐ ናይ ትኸረት ምስክር ጸገም ☐ ሜግራን ☐ ናይ ምዝካር ክእለት ምቕናስ አጋጠሞኩም (ዲሞንሽያ) ☐ AIDS ☐ HIV ተሸከምቲ ☐ Lupus ብዝምልከት ዶክተር ሪክሽን ትፈልጡዶ። ልዕል ክብሉ ንዝተዘርዘሩ ሕቶታት ንሓዲሶም ወይ ልዕሊኡ መልስ ኸም "እወ" እንተተኾይኑ፣ ብኸብረትኩም ካብ ዝከታተለኩም ኒሮሎጂስት ሓደሽ ዝታሓደሰ ደብዳቤ አምጽኡ።			
2.	ዓይኒን ራኢን፡ ☐ ካታራክት ☐ ናይ ረቲና ኮርንያን ጸገማት ☐ ግላኮማ ☐ ናይ ዓይኒ ቁጠዐታት ☐ ስትራቢስ መስ ☐ ዓይነ ስወርነት ካልኦት ናይ ዓይኒ ሕምሻት / ጸገማት፡ ☐ አይፋል ☐ እወ፡ መልስ ኸም "እወ" እንተተኾይኑ ብኸብረትኩም አብራህርሁ፡			



A	ናይቲ ኢንቹራንስ ኣሚካቲ ዝርዝራት ክፍለ B: ትሕት ክብሉ ምስ ዝተዘርዘሩ ጸገማት ዝተተሓሕዙ ሓደን ካብሉ ንላዕሊን ሕመማት፣ ሲንድሪማትን ጸገማትን ኣለዎኹም ተባሂልኩም ትፈልጡዊኹም፡	ኣይፋል	እወ
3.	ልቢ፡ ☐ ካርዲዮ ካርዲዮ ☐ ሕመም ልቢ ☐ ልቢ ድኻም ☐ መጥቃዕቲ ልቢ ☐ ሓቢሩ ዝወለድ ናይ ልቢ ጸገም ☐ ካታተራይዚሽን ☐ ናይ ልቢ ቁቦ ሕመማት፣ ካልኣት ናይ ልቢ ሕመማት / ጸገማት፡ ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡		
4.	ናይ ደም ትቦታት፡ ☐ ቫሪቲስ መትኒ (ኣብ ናይ እግሪ መትኒ ታት) ☐ ካሮቲድ ኣርተሪ (ኣብ ናይ ክሳድ ኣርተሪ ታት) ☐ ናይ ደም ምርጋእ ጸገማት ☐ ናይ ደም ሕመም DVT (ትሮምባሲስ) ☐ PVD (ወሰናዊ ቫስኩላር ሕመም)፣ ካልኣት ቫስኩላር ሕመማት / ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡		
5.	ሚዮካርዲያ ሕመማት፡ ☐ ጽኪ ታይሮይድ ☐ ሊምፍ ፍድ ☐ ሳሊቨሪ ጽኪ ☐ ናይ ረሃጽ ጽኪ ☐ ፒቲታሪ ጽኪ ☐ ሸኮርያ ☐ ደም በዘሒ ☐ ልዑል ናይ ስብሒ/ኮሌስቴሮል መጠን፣ ካልኣት ሚዮካርዲያ ሕመማት / ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወመ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡		
6.	ስርዓተ ምስትንፋስ፡ ☐ ኣዝማ ☐ ትብርክላሲስ ☐ COPD (ሕዳር ዓፋኒ ናይ ፕሉሙሪ ሕመም) ☐ ሀይረስኒ ☐ ተደጋጋሚ ናይ ምስትንፋስ ረኽሲን ትንፋስ ምሕጸርን ☐ ወድቀት ሳምባ (ኒ ሞዩራክስ) ☐ ሲስቲክ ፋይብሮሲስ ካልኣት ናይ ስርዓተ ምስትንፋስ ሕመማት / ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡		
7.	ስርዓት ምሕቓፍ ምግብ፡ ☐ ቁስሊ (ዶዱን ምግብ ጋስትሪክ) ☐ ምቕጻል ኣፍልቢ ☐ ሕመም ክሮን ☐ ኮላይቲስ ☐ ሪፍላክስ ☐ ኮንታይት ☐ ፊሸር / ራስቱላ ☐ ምዕባስ መንግ ☐ ፓንክሪያቲክ ሕመማት / ረኽሲታት ☐ ኢሶፋጎስ ☐ ሓሞት ☐ ጸጸር ሓሞት ካልኣት ናይ ስርዓት ምሕቓፍ ምግብ ሕመማት / ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡		
8.	ጸላም ክብዲ፡ ☐ ጃንዲስ ☐ ሄፓታይቲስ B, C, D ☐ ሰባሕ ጸላም ክብዲ ☐ ሲሮሲስ፣ ካልኣት ናይ ስርዓት ምሕቓፍ ምግብ ሕመማት / ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡		
9.	ሀርኒያ፡ ናይቲ ሀርኒያ ቦታ፡ ኣብ ዳያፍራም / ኣብ ሕምባርቲ / ኣብ የማይ ረቓቓቶ / ኣብ ጸጋማይ ረቓቓቶ ርኒያ ኹም ንምሕካም መጥባሕቲ ኣካይድኩም ዲኹም? ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መንዝ (ዕለት)? እቲ ጸገም ተፈቲሑድዩ? ☐ ኣይፋል ☐ እወ		
10.	ኩላሊትን ናይ ሽንቲ ቱቦን፡ ☐ ተደጋጋሚ ረኽሲታት ☐ ናይ ኩላሊትን ናይ ሽንቲ ቱቦን ጸጸራት ☐ ናይ ኩላሊት ሲስትታት ☐ ዘይልመድ ናይ ሽንቲ ቱቦ ☐ ወድቀት ኩላሊት፣ ካልኣት ናይ ኩላሊትን ናይ ሽንቲ ቱቦን ሕመማት / ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡		
11.	መጥምቲን ኣዕጽምቲን፡ ☐ ኣርተሪይቲስ ☐ ጋወት ☐ ሕቕ / ዓንዲ ሕቕ ☐ መጥምቲ ☐ ብርኪ ካልኣት ናይ መጥምቲን ኣዕጽምቲን ሕመማት / ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡		
12.	ናይ ቆርበትን ናይ ጾታዊ ረኽቢን ሕመማት፡ ☐ ናይ ቆርበት ሕብጠታት ☐ ናይ ቆርበት ቁስሊታት ☐ ሶርያሲስ ☐ ብጾታዊ ረኽቢ ዝመሓላለፉ ሕመማት ☐ ሲፊሊስ ካልኣት ናይ ቆርበትን ናይ ጾታዊ ረኽቢን ሕመማት / ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡		
13.	ሓደገኛታት ሕብጠታትን / ሕመማትን (ካንሰር)።		
14.	ንደቂ ኣንስትዮ፡ ☐ ጠባት (ናይ ጠባት ምዕባይ እወን ሓዊሱ) ☐ ስርዓት ጋይናኮሎጂ፣ ሕመም / ካልኣት ናይ ደቂ ኣንስትዮ ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡ ☐ ጥንስቲ ዲኺ? ☐ ብመጥባሕቲ ወለደኪ ትፈልጠዶ? ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኺ "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኪ መንዝ (ዕለቱ) ኣብራህርሂ፡		
15.	ንደቂ ተባዕትዮ፡ ☐ ናይ ፕሮስቴት ጸገማት ☐ ቫሪቲሲስ / ሃይድሮሲስ ካልኣት ናይ ደቂ ተባዕትዮ ሕመማት / ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኻ "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትካ ኣብራህርህ፡		
16.	ናይ ስነ ኣእምሮ ሕመማት፡ ብሳይኮሎጂስት፣ ሳይካትሪስት ወይ ናይ ቤተ ሰብ ዶክተር ዝተረኸበ ናይ ስነ ኣእምሮ ሕመም።		
17.	ናይ ኣፍንጫ እዝኒን ጎሮሮን ጸገም፡ ☐ ኣብ ድቃስ ግዝ ትንፋስ ምሕጸር ሲንድሪም ☐ ናይ ኣፍንጫ ሚዮጊኒ ☐ ሲኮሳይተስ ካልኣት ናይ ኣፍንጫ እዝኒን ጎሮሮን ሕመማት / ጸገማት ☐ ኣይፋል ☐ እወ፡ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም ኣብራህርሁ፡		

ብኹብረትኩም ዝርዝራት ኣቕርቡ፡

.....

.....

.....

B.	ናይቲ ኢንፔራንስ ሓታቲ መግለጺ - ኩሉም እቶም መልሲታይ ትኽክል ከምዘኾኑን ብፈቓደይ ከምዘመላስኩምን የረጋግጽ አለኹ። - አብዚ ናይ ጥዕና መግለጺ ዝተወሃቡ መልሲታትን ካልኦት ናብቲ ኢንፔራንስ ወሃቢ አካል ዝቐርቡ ሓበሬታታትን ነዚ ብዝምልከት ብቲ ኢንፔራንስ ወሃቢ ተቐባሊነት ዝረኽቡ ስምምነትን ኩነታትን አብ መንጎኹም እቲ ኢንፔራንስ ወሃቢን ከም ኮንትራት ማቴርያል ኮይኖም የገልግሉ። - እቲ ኢንፔራንሽ ወሃቢ ወሳንኡ ንከብራህርህ ከይተገደደ ነዚ ማመልከቻ ክቐበሎ ከነጽጎን ይኽእል። ብኹብረትኩም እቲ ኢንፔራንስ ወሃቢ ነነዚ ኢንፔራንስ ብዝምልከት ምፍቃዱ ዘረጋግጽ ጽሑፍ መረጋገጺ እንተቐርብን እቲ ናይ መጀመርያ ናይ ኢንፔራንስ ፕሪምም ደማ መላእ ብመላእ ምስ ተኸፈለ እቲ ናይ ኢንፔራንስ ኮንትራት አብ ተግባር ከምዘወፅል ተረድኡ። እዚ ናይቲ ናይ ኢንፔራንስ ፕሪምም ናይ መጀመርያ ክፍሊት እቲ ኢንፔራንስ ወሃቢ ካብ ናይ ኢንፔራንስ ፕሪምም ዝእከበሉ ክፍሊት እንተተቐበሉ አብ ተግባር አይወፅልን። - አብዚ ሰነድ እዚ ዘሎ ሓበሬታ እቶም ፖሊሲታት ንክትከተሉን፣ ምስ እዞም ፖሊሲታት ዝተተሓሳዙ ጉዳያት ክትርድኡን ይሕግዘኩም እዩ። እቲ ትካልን ካልኦት አብዚ ሃረል ጉጅለ ዘለዉ ትካላትን (ሃረል ናይ ኢንፔራንስን ፋይናንሳዊ ግልጋሎትን ኢንቨስትመንት Ltd.ን ደገፍቱን) ከምኡውን / ወይ አብ ከንድኡም ዝሰርሕ አካል ፕሮሰሲንጉ፣ መኻዝኑን ምስቶም ፖሊሲታትን ካልኦት ሕጋዊ ጉዳያትን ዝተተሓሳዘ ዝኾነ ነገር ምጥቃም እወን ሓዊሱ፣ እቲ ሓበሬታ ናብ ሳልሳይ አካል ብምዝወዋር እወን ብናይ ሃረል ጉጅለ ሽምን አብ ከንድኡምን ኮይኑ ምስራሕ ይኽእል። - ዝኾነ ናይ ኢንፔራንስ ትካል ናይ ኢንፔራንስ ማመልከቻ ነጻ ግልኩም ወይ ሰሪዝልኩም ይፈልጥ ድዩ? ☐ አይፋል ☐ እወ፣ መልስኹም "እወ" እንተኾይኑ ብኹብረትኩም አብራህርሁ፡ ናይ ሕክምና ምስጢራዊነት ምግዳፍ፡ አብዚ ሽመይ ዝተጠቐስኩ አነ፣ ነቲ HMO ን / ወይ ናይ ሕክምና ትካላቱ፣ ከምኡውን ንኩሉም ዶክተራቱን / ሳይካትሪስታቱን፣ ናይ ሕክምና ትካላቱን ካልኦት ሆስፒታላትን፣ ከምኡውን / ወይ ካልኦት ናይ ኢንፔራንስ ትካላትን / ወይ ካልኦት ትካላትን አካላትን፣ አብቲ ናይ ኢንፔራንስ ፖሊሲ ዘሎ መሳላትን ግበኣትን ክሳብ ምብርህራህ፣ ከምኡውን / ወይ ንናይ ኢንፔራንስ ምምዘጋበይ ገምጋም ከይዲ ዕላማቶ ናብ ሃረል ንምርካብ፣ ብቲ ትካል ዝቐረበ ዝኾነ ሓበሬታን ዝርዝራትን ብቲ ሓታቲ አካል (ላት) አብቲ ቅጥዒ ብዝቐረበ፣ ብዛዕባ አብ ሕሉፍ ዝነበሩኒን / ወይ አብዚ ግዘ ዘለወን / ወይ አብ መጻኢ ዝህሉዉኒ ሕመማትን ናይ ጥዕና ኩነታታይን ሓበሬታ ከጥቀመን ይፈቐድሉም አለኹ፣ ናይ ሕክምና ምስጢራዊነት ካብ ናይ ምሕላው ግዳጅ እወን ነጻ ይገብረኩም አለኹ ምስቲ "ሓታቲ አካል" ብምስምህ ማዕ እዚ ምስጢራዊነት ገዲፈኩ አለኹ። እዚ ጽሑፍ ምግዳፍ እዚ ንሕጋዊ ወኪላታይን ንይ ወኪሉ ንዝመጽእ ዝኾነ ይኹን አካል የገድድ።
-----------	---

እዚ ንመድሕን ተሓጽዮ/ዎ ዘሎ/ላ ውልቀ-ሰብ፡ ብዝርድኡ/አ ቋንቋ ኣድላዪ መብርሂ ምስተዋህቦ/ባ፡ ነዚ ቅጥዒ መግለጺ ከንታት ጥዕና ክታሙ/ማ ኣንቢሩሉ/ኣንቢራትሉ ኣሎ/ላ።

ዕለት _____ ክታም ናይቲ ንመድሕን ዝተሓጽየ ውልቀ-ሰብ _____ ክታም ምስክር _____

C.	ናይ ስምምነት ኩነታትን መረጋገጺ ንጹር ክሳብ ዝኸወን፣ አብዚ ንዓይ ዝምልከት ጽሑፍ እዚ፣ እቲ ዝሓተትኩም ናይ ኢንፔራንስ ፖሊሲ ንምትግባር፣ እዞም ዝተጸሓፉ ስምምነት ኩነታትን ኩነታትን አብ ወሽጢእቲ እቲ ኢንፔራንስ ፖሊሲ ንይ ብዝምቹ ንክቐርበለይ ፈቓደይ ይህብ፣ ድሕሪኡ፡ ምስ ዝስዕብ ንዝተተሓሳዘ ናይ ኢንፔራንስ ምድላውሽፋይ አይቐርብን፡ ዕለት ሽም ቁጽሪ ፓስፖርት ክታም
-----------	--