

הצעה לביטוח רפואי - לשוהים זרים בישראל Proposal Form Health Insurance - Foreigners in Israel



הטופס מנוסח בלשון זכר ומיועד לנשים ולגברים

מספר סוכן / No Agent 322460	שם סוכן / Name of Agent אריק רוזן
--------------------------------	--------------------------------------

סטטוס ביטוח / Status of insurance

ביטוח חדש / New insurance הארכה / חידוש

נא סמן את סיבת הגעתך לישראל / The purpose for coming to Israel

Other / אחר Industry / תעשייה Construction / בניין Agriculture / חקלאות Nursing care / סיעוד

1. תוכנית ביטוח מבוקשת / Insurance program wanted (נא לסמן X בריבוע המתאים. / Please mark X at the correct square)

<input type="checkbox"/> פוליסה לעובדים זרים עפ"י צו עובדים זרים בעלי אישור עבודה בתוקף / Policy for Foreign worker with permit to work in Israel
<input type="checkbox"/> Medical insurance לתיירים בישראל / Tourist Medical Insurance
תקופת הביטוח המבוקשת / Insurance period requested: מתאריך / from date _____ עד תאריך / Up to Date _____

2. פרטי המועמד לביטוח / Insurance applicant personal details

מספר דרכון / Passport No	שם משפחה / Last Name	שם פרטי / First Name	תאריך לידה / Date of birth	מין / Gender M / ז <input type="checkbox"/> F / נ <input type="checkbox"/>
ארץ לידה / Country of birth	תאריך כניסה לישראל / Israel entry day	כתובת דואר אלקטרוני / e-mail		
טלפון נייד / Mobile phone	טלפון נוסף / Another phone No	כתובת בית בישראל / Address		
ביטוחים קודמים בישראל / Previous Insurances in Israel		רחוב, מס' בית / street, house no.		
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> No / Yes		עיר / Town	מיקוד / Zip code	מס' חבר קופ"ח / Membership No
From date / מתאריך _____		Up to date / עד תאריך _____		

3. פרטי בעל הפוליסה/המעסיק / Details of policy holder

מספר זהות / ID No	שם משפחה / Last Name	שם פרטי / First Name	שם איש קשר	טלפון של איש קשר
טלפון נייד / Mobile phone	טלפון נוסף / Another phone No	כתובת דואר אלקטרוני / e-mail		
כתובת בית / Address				
רחוב, מס' בית / street, house no.		עיר / Town	מיקוד / Zip code	

4. דמי הביטוח / Insurane premium

פרמיה יומית בש"ח / Daily cost in NIS	מס' ימי ביטוח / No. of days	סה"כ פרמיה בש"ח / Total cost in NIS
--------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

5. מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות /

The supply and handling of personal information in accordance with privacy protection laws

מובהר שאין חובה חוקית למסור לאיילון מידע אישי ומסירתו תלויה ברצון ובהסכמת המוסר אולם אי מסירת מידע אישי עלול למנוע מאיילון את היכולת לספק שירות או לתת מענה לפניה.

המידע האישי שתמסור יאגרו במאגרי המידע של איילון חברה לביטוח בע"מ. מאגרי המידע של איילון מנוהלים כדין ואיילון מכבדת את הזכות לפרטיות. הטיפול במידע אישי על ידי איילון (כולל לאילו מטרת הוא ישמש, למי יכול שיועבר ולאילו מטרת), פרטי הקשר של איילון, וזכויותך בקשר עם מידע אישי שאיילון מעבדת אודותיך (כולל זכות עיון וזכות לבקש תיקון המידע), הוא כמפורט במדיניות הפרטיות של איילון שמתפרסמת באתר האינטרנט של איילון בכתובת: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

Please note that you are under no legal obligation to supply personal information to Ayalon and doing so is left to your discretion. However, if you do not supply certain personal information, Ayalon may be unable to provide service or respond to enquiries.

The personal information you supply will be stored in the databases of Ayalon Insurance Company Ltd. The Ayalon databases are legally administered and Ayalon respects your right to privacy. Details of how personal information is handled by Ayalon (including the purposes it is used for, who it can be shared with and for what purposes), contact details of Ayalon, and your rights in connection with personal information which Ayalon processes (including the right of review and the right to request corrections to personal information), appears in the Ayalon privacy policy document which can be downloaded from the Ayalon website at: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

6. אופן התשלום / Payment method

<input type="checkbox"/> המחאה <input type="checkbox"/> הוראת קבע <input type="checkbox"/> הפקדה בנקאית		
<input type="checkbox"/> כרטיס אשראי / Credit Card מסוג: <input type="checkbox"/> ישראלכרט <input type="checkbox"/> ויזה <input type="checkbox"/> דיינרס <input type="checkbox"/> אחר _____		
Telephone No. / מס' טלפון	ID No / מס' זהות	Name of card holder / שם בעל הכרטיס
No. of payments / מס' תשלומים	Exp. date / תוקף	Credit card No. / מספר כרטיס אשראי
Signature of policy holder / חתימה	Name of policy holder / שם בעל הפוליסה	Date / תאריך
>>>		<<<

27.	පරිවෘත්තීය හා ප්රතිගක්තිකරණ පද්ධතිය - දියවැඩියාව, තයිරොයිඩ් ආබාධ, අධිවෘක්ක ග්රන්ථියේ ආබාධ, පිටියුටර් ග්රන්ථිය, වසා ග්රන්ථිය, බෙට් ග්රන්ථිය හෝ වෙනත් ග්රන්ථි, අධි රුධිර රෝග, රුධිර රෝග හෝ රුධිර කැටි ගැසීම, රක්තහීනතාවය ඇතුළුව		
28.	මාරාන්තික රෝග (පිළිකා) - මාරාන්තික හෝ පූර්ව මාරාන්තික වායු ගෙඩි, හෝ පූර්ව මාරාන්තික රෝග ඇතුළුව. කරුණාකර වර්ගය, රෝග විනිශ්චය දිනය සහ ප්රතිකාරය සඳහන් කරන්න.		
29.	වර්ම රෝග හා ලිංගාශ්රිත රෝග - සමේ වර්ධක, සෝරොසිස්, විසප්පුව, ගිනියම් රෝග, ඉන්නන්, පැපිලෝමාව / කොන්ඩිලෝමාව ඇතුළුව		
30.	අක්ෂි ආබාධ සහ රෝග - ඇසේ සුද, වපරය, අන්ධභාවය, කනීකා හෝ ජාලිකා ගැටළු, විකෘති වූ පෙනීම, ඇස්විග්මැටිස්වාදය, ග්ලූකෝමා ඇතුළුව		
31.	කන නාසය සහ වගුරු - පුනරාවර්තී ආසාදන, රයිනොසිනුසයිටිස්, පොලිප්ස්, ටොන්සිලයිටිස්, ශ්රවණාබාධ, නින්දේ හුස්ම හිරවීම, ගෙරවීම ඇතුළුව		

කරුණාකර ඔබ "ඔව්" ලෙස පිළිතුරු දී ඇති ඕනෑම ප්රශ්නයකට අදාළ වැඩිදුර තොරතුරු ලබා දෙන්න. ප්රමාණවත් ඉඩක් නොමැති නම් කරුණාකර වෙනත් පත්රයක ඉදිරියට ගෙන යන්න සහ ඕනෑම වෛද්ය ලේඛනයක් අමුණන්න.

අත්සන සහ දිනය	රක්ෂිතයාගේ නම	යෝජකයාගේ අත්සන
---------------	---------------	----------------

යෝජකයා සඳහා තොරතුරු		
1.	ඔප්පුවේ කොන්දේසිවලට අනුකූලව, ඔප්පුව කල් ඉකුත් වී දින 90ක් ඇතුළත, ඔප්පුව කල් ඉකුත්වීම සහ දිගුව ආරම්භය අතර කාලසීමාව සඳහා වාරික ගෙවීමට යටත්ව (එවැනි ගෙවීමක් කළ හැක්කේ රක්ෂිතයා හෝ සේවාවේ යෝජකයා විසින්) ඔබ විදේශ සේවකයෙකු ලෙස රැස්වීමට පෙර රැස්වීමට නොහැකිවන තෙක් දිගු කලගත හැකිය. ඔප්පුව කල් ඉකුත් වී දින 90ක් ගත වූ පසු, නව වෛද්ය ප්රතිරක්ෂණ ක්රියාවලියක් අවශ්ය වනු ඇත.	
2.	ආබාධිත පුද්ගලයන් සඳහා සමාන අයිතිවාසිකම් පනත - 1988 හි නිර්වචනය කර ඇති පරිදි ඔබ කිසියම් ආබාධයකින් පීඩා විඳින්නේ නම්, එයින් අදහස් වන්නේ ඔබ සාමාන්ය දෛනික ක්රියාකාරකම්වලදී ඔබේ ක්රියාකාරිත්වය දැඩි ලෙස සීමා කරන ස්ථිර හෝ තාවකාලික හෝ ඕනෑම ශාරීරික ආබාධයකින්, මානසික හෝ සංජානන දුර්වලතාවයකින් පෙළෙන බව, කරුණාකර මෙම පෝරමයේ විස්තර ඇති රක්ෂණ නියෝජිතයාට දන්වන්න.	

යෝජකයාගේ ප්රකාශනය		
1.	මම මෙයින් ප්රකාශ කර, එකඟ ව භාර ගන්නා වග නම්: (1) සියලුම පිළිතුරු සත්ය සහ සම්පූර්ණ වන අතර මගේම කැමැත්තෙන් ලබා දී ඇත. (2) සෞඛ්ය ප්රකාශනයේ දැක්වෙන පිළිතුරු සහ රක්ෂකයා වෙත සපයන ලද වෙනත් ඕනෑම තොරතුරු, මේ සම්බන්ධව රක්ෂකයාගේ සම්මත කොන්දේසි සමඟ මා සහ රක්ෂකයා අතර ඇති රක්ෂණ ගිවිසුමේ මූලික කොන්දේසියක් වන අතර එය රක්ෂණ ගිවිසුමේ අනිවාර්ය අංගයක් වනු ඇත. (3) තම තීරණය සාධාරණීකරණය නොකර මෙම අයදුම්පත භාර ගැනීම හෝ ප්රතික්ෂේප කිරීම තීරණය කිරීමට රක්ෂකයාට නිදහස තිබේ. රක්ෂණ ගිවිසුම ක්රියාත්මක වන්නේ රක්ෂකයා ලිඛිතව රක්ෂණය භාර ගැනීම තහවුරු කිරීමෙන් පසුව සහ පළමු වාරිකය සම්පූර්ණයෙන් ගෙවීමෙන් පසුව පමණක් බව මම දනිමි.	
2.	මෙම ඔප්පුවට අනුව රක්ෂකයා කිසියම් ආබාධයක්, උපන් ආබාධයක් හෝ පාරම්පරික රෝගයක් සහ/හෝ වෛද්ය නත්ත්වයක් සහ/හෝ රෝගාබාධ සහ/හෝ රෝග සහ එහි බලපෑම, ප්රතිකාර කළද නොකළද, විදේශ සේවා නියුක්තික ආඥාපනතේ විධිවිධානවලට සහ ඔප්පුවේ නියම සහ කොන්දේසිවලට යටත්ව, රක්ෂණ ඔප්පුව සැකසීමට පෙර මා පීඩාවට පත් වූ සෘජුව හෝ වක්රව පැන නැඟුණු සහ/හෝ නරක අතට හැරී ඇති කිසියම් වෛද්ය නත්ත්වයක් නිසා ඊට අදාළව ඕනෑම සේවාවක් සැපයීමෙන් නිදහස් කරන බව මම දනිමි.	
3.	වෙනත් කිසිදු රක්ෂණ සමාගමක් විසින් මා රක්ෂණවරණයෙන් ප්රතික්ෂේප කර නොමැති බව මෙයින් ප්රකාශ කරමි.	
4.	ප්රධාන ආවරණ, රක්ෂණ වාරිකය, රක්ෂණ කාලසීමාව, ප්රධාන රක්ෂිත මුදල සහ වගකීම් සීමාවන් සහ සම්පූර්ණ ප්රතිපත්ති ලේඛන ලබා ගැනීමේ හැකියාව ඇතුළුව රක්ෂණය සම්බන්ධ තොරතුරු මා වෙත ලැබී ඇති බව මම තහවුරු කරමි.	
5.	මෙම ඔප්පුව සැකසීමෙන් ඔබ ප්රතිරක්ෂණ ක්රියාවලියට සහ මෙම ප්රතිපත්තිය සැකසීමේ ක්රියාවලියට අදාළව ඕනෑම දැනුම්දීමක් සහ/හෝ ලේඛන ඔබේ නමට ඉදිරිපත් කිරීමට සහ ලබා ගැනීමට ඔබ ඔබේ රක්ෂණ නියෝජිතයාට බලය පවරයි.	
6.	මෙම පෝරමයේ විස්තර ඇති රක්ෂණ නියෝජිතයා විසින් රක්ෂණ ඔප්පුව මා වෙත එවනු ඇති බවට මම එකඟ වෙමි.	
7.	වෛද්ය රහස්‍යභාවය අත්හැරීම	
8.	පහත අත්සන් කර ඇති මම, මෙයින් ඕනෑම සෞඛ්ය නඩත්තු සංවිධානයකට සහ/හෝ වෛද්ය ආයතනයකට සහ ඕනෑම වෛද්යවරයෙකුට, රෝහලකට හෝ වෙනත් සෞඛ්ය පහසුකමකට සහ/හෝ ඕනෑම රක්ෂණ සමාගමකට සහ/හෝ ආයතනයකට සීමාසහිත Ayalon Insurance Company වෙත මගේ වෛද්ය නත්ත්වය සහ/හෝ අතීතයේ, වර්තමානයේ හෝ අනාගතයේ මට බලපාන ඕනෑම අසනීපයක් හෝ වෛද්ය නත්ත්වයක් සම්බන්ධයෙන් රක්ෂණ සමාගම විසින් ඉල්ලා සිටින විස්තීර්කයකින් තොරව සහ ආකෘතියෙන් සියලුම තොරතුරු සැපයීමට බලය පවරමි (මෙතැන් පටන්: "රක්ෂණ සමාගම") සහ මම මෙයින් ඔබව වෛද්ය රහස්‍යභාවයේ කටයුත්තෙන් නිදහස් කරන අතර රක්ෂණ සමාගම ද මෙම කටයුත්තෙන් නිදහස් කරමි. මෙම අත්හැරීම මා, මගේ උරුමකාරයන් සහ නීත්‍යානුකූල නියෝජිතයින් සහ ඔවුන් ප්රතිස්ථාපනය කරන ඕනෑම අයෙකු බඳු නොවේ.	
රක්ෂණ සමාගමෙන් සෘජුවම ප්රතිරක්ෂණ ක්රියාවලිය සහ මෙම ඔප්පුව සැකසීමේ ක්රියාවලිය සම්බන්ධව සම්පූර්ණ ඔප්පු ලේඛන සහ/හෝ වෙනත් ඕනෑම තොරතුරු ලබා ගැනීමට ඔබට අවශ්ය නම්, කරුණාකර ඕනෑම වේලාවක අප හා සම්බන්ධ වන්න.		

රහස්‍යතා ආරක්ෂණ නීතිවලට අනුකූලව පුද්ගලික තොරතුරු සැපයීම සහ හැසිරවීම

ඔබට අයලොන් (Ayalon) වෙත පුද්ගලික තොරතුරු සැපයීමට කිසිදු නීතිමය බැඳීමක් නොමැති බවත්, එසේ කිරීම ඔබේ අභිමතය පරිදි බවත් කරුණාවෙන් සලකන්න. කෙසේ වෙතත්, ඔබ ඇතැම් පුද්ගලික තොරතුරු සපයන්නේ නන්නම්, අයලොන් හට සේවාව සැපයීමට හෝ විමසීමට ප්රතිචාර දැක්වීමට නොහැකි වනු ඇත.

ඔබ සපයන පුද්ගලික තොරතුරු අයලොන් ඉන්ෂුරන්ස් කම්පනි ලිමිටඩ් හි ප්රිගණක දත්ත ගබඩාව තුළ ගබඩා කරනු ලැබේ. අයලොන් ප්රිගණක දත්ත ගබඩා නීත්‍යානුකූලව පරිපාලනය කරනු ලබන අතර අයලොන් ඔබේ පෞද්ගලිකත්වය පිළිබඳ අයිතියට ගරු කරයි. අයලොන් විසින් පුද්ගලික තොරතුරු හසුරුවන ආකාරය (එය භාවිත කරන අරමුණු, එය කා සමඟ බෙදා ගත හැකිද සහ කුමන අරමුණු සඳහා ද ඇතුළුව), අයලොන් හි සම්බන්ධතා තොරතුරු සහ අයලොන් සකසන ලද පුද්ගලික තොරතුරු සම්බන්ධයෙන් ඔබේ අයිතිවාසිකම් (සමාලෝචනය කිරීමේ අයිතිය සහ පුද්ගලික තොරතුරු සඳහා නිවැරදි කිරීම් ඉල්ලා සිටීමේ අයිතිය ඇතුළුව) පිළිබඳ විස්තර අයලොන් රහස්‍යතා ප්රතිපත්ති ලේඛනයේ දක්වා ඇති අතර, එය අයලොන් වෙබ් අඩවියෙන් බාගත හැකිය:

අත්සන් කළ දිනය	යෝජකයාගේ නම	යෝජකයාගේ අත්සන
----------------	-------------	----------------