

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 F / נ <input type="checkbox"/> M / ז <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 ייאגר 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, וזכויותיך 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
>>>		<<<

ประกันภัยสุขภาพ

ประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวหรือนักท่องเที่ยว

1. รายละเอียดของผู้ขอเอาประกันภัย

นามสกุล	ชื่อ	หมายเลขหนังสือเดินทาง	เพศ	วันเกิด	น้ำหนัก	ส่วนสูง
			ช / ญ			

2. ประกาศด้านสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องที่เกี่ยวข้อง หากคุณตอบว่า ใช่ สำหรับคำถามใด ๆ โปรดระบุรายละเอียดเพิ่มเติม คุณอาจจำเป็นต้องแนบเอกสารใบรับรองแพทย์เพิ่มเติม เกี่ยวกับอาการทางการแพทย์ ผลการตรวจ/ทดสอบ และรายละเอียดของการรักษาใด ๆ ที่คุณได้รับ

คำถามทั่วไป		ใช่	ไม่ใช่
1.	ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา คุณได้รับการผ่าตัดหรือได้รับคำแนะนำให้เข้ารับการผ่าตัดหรือไม่?		
2.	ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา คุณเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่? หากใช่ โปรดระบุเวลาและเหตุผล พร้อมแนบรายงานทางการแพทย์จากโรงพยาบาลและรายงานเกี่ยวกับสุขภาพปัจจุบันของคุณ		
3.	ปัจจุบันคุณทานยาเป็นประจำหรือเคยทานในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุชื่อยาและเหตุผลที่รับประทาน		
4.	คุณดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยดื่มมาก่อนหรือไม่? โปรดระบุว่าดื่มชนิดใดและความถี่เท่าใด		
5.	คุณเสพยาหรือเคยเสพยามาก่อนหรือไม่?		
6.	คุณเคยสูบบุหรี่ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาหรือไม่?		
7.	ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา คุณลดน้ำหนักได้มากกว่า 5 กก. (นอกเหนือจากการควบคุมอาหาร) หรือไม่? หากเป็นเช่นนั้น โปรดระบุรายละเอียด		
8.	คุณเคยผ่านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น เลือดหรือปัสสาวะ (ที่มีผลผิดปกติ) หรือการทดสอบทางการแพทย์ใดๆ รวมถึงการตรวจหลอดเลือด, การตรวจหัวใจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจ, การส่องกล้อง, การทดสอบแบบ Invasive เพื่อตรวจหามะเร็ง, การตรวจชิ้นเนื้อ, ECG, เอ็กซเรย์หรืออัลตราซาวด์, สแกน, CT, MRI หรือไม่ ถ้าใช่โปรดระบุเหตุผล วันที่ และผลลัพธ์		
9.	คุณหรือเคยประสบภาวะไร้ความสามารถทั้งหมดหรือบางส่วนในการทำงานหรือไม่?		
10.	คุณเป็นผู้ทุพพลภาพหรือไม่?		
11.	คุณใช้เครื่องมือแพทย์หรือไม่?		
12.	คุณมีความผิดปกติแต่กำเนิดหรือไม่?		
13.	คุณเป็นโรคภูมิคุ้มกันตนเอง รวมถึงโรคภูมิแพ้หรือไม่?		
14.	คุณกำลังรอรับการรักษาทันทีหรือการรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่หรือเปล่า?		

15	คุณเป็นพาหะของแอนติบอดีและ/หรือไวรัส HIV หรือไม่?		
16	นรีเวชวิทยา – เฉพาะผู้หญิง:		
	ก. คุณกำลังตั้งครรภ์?		
	ข. คุณหรือเคยเป็นโรคทางนรีเวช เช่น ประจำเดือนมาไม่ปกติ ภาวะมีบุตรยาก เลือดออกผิดปกติ โรคเกี่ยวกับมดลูก ความผิดปกติของรังไข่ ผลการตรวจทางนรีเวชที่ผิดปกติ (เช่น PAP) หรือความผิดปกติทางนรีเวชอื่นๆ หรือไม่?		
	ค. คุณมีความผิดปกติของเต้านมหรือมีก้อนที่เต้านมหรือไม่?		
	ง. คุณเคยผ่านการผ่าตัดคลอดหรือไม่?		

คุณหรือเคยเป็นโรคหรืออาการดังต่อไปนี้หรือไม่?		ใช่	ไม่ใช่
17	ความผิดปกติทางระบบประสาท ได้แก่ อาการบ้านหมุน ปวดศีรษะ ไมเกรน เป็นลม อัมพาต โรคลมบ้าหมู ความผิดปกติของหน่วยความจำ ความผิดปกติของการประมวลผลทางประสาทสัมผัส โรคความเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง เลือดออกในสมอง ซีวีเอ สูญเสียการทรงตัว โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน .		
18	ความผิดปกติทางจิตเวช – ความผิดปกติทุกประเภทหรือการพยายามฆ่าตัวตาย		
19	อาการแพ้ – โปรระบุรายละเอียดของอาการแพ้และการรักษาใด ๆ ที่คุณได้รับ		
20	ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ - รวมถึงโรคหอบหืด วัณโรค โรคปอดอักเสบกำเริบ โรคซิสติกไฟโบรซิส หลอดลมอักเสบ ภาวะถุงลมโป่งพอง การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดบวม		
21	ความผิดปกติของหัวใจและความดันโลหิต - รวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, หัวใจวาย, หัวใจเต้นผิดจังหวะ, โรคลิ้นหัวใจ, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ, โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูงหรือความดันโลหิตผันผวน		
22	ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด - รวมทั้งการแข็งตัวของเลือดมากเกินไป, เส้นเลือดตีบ, เส้นเลือดอุดตัน, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดส่วนปลาย		
23	ระบบย่อยอาหาร - รวมถึงความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร (แผลในกระเพาะอาหารหรือแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น), หัวใจไหม้, โรคติดเชื้อในลำไส้, โรคโครห์น, ลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผล, เลือดออกในทางเดินอาหาร, ริดสีดวงทวาร, ความผิดปกติของช่องทวารหนัก, ความผิดปกติของตับหรือโรคตับ, ดีซ่าน, การติดเชื้อในถุงน้ำดี, นิ่วในถุงน้ำดี ความผิดปกติของหลอดอาหาร, การติดเชื้อในตับอ่อน		
24	ไ้เลื่อน ทุกประเภทรวมถึงไ้เลื่อนแบบกริด		
25	การติดเชื้อในไตและทางเดินปัสสาวะ – รวมถึงนิ่วในไต การติดเชื้อหรืออุดตันในไตหรือทางเดินปัสสาวะ เลือดหรือโปรตีนในปัสสาวะ โรคไตเรื้อรัง ซีสต์ในไต ปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก		
26	ข้อต่อและกระดูก – รวมถึงโรคข้ออักเสบ โรคเกาต์ หลัง กระดูกสันหลัง ข้อเข่า และความผิดปกติของข้อต่ออื่นๆ การผ่าตัดกระดูกหัก โรคกระดูก		
27	การเผาผลาญอาหารและระบบภูมิคุ้มกัน – รวมถึงโรคเบาหวาน, ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์, ความผิดปกติของต่อมหมวกไต, ต่อมไต้สมอง, ต่อมน้ำเหลือง, ต่อมน้ำลายหรือต่อมอื่น ๆ, ไขมันในเลือดสูง, โรคเลือดหรือการแข็งตัวของเลือด, โรคโลหิตจาง		
28	โรคร้าย (มะเร็ง) – รวมถึงเนื้องอกร้ายหรือก้อนมะเร็ง หรือการเจ็บป่วยก่อนมะเร็ง โปรระบุชนิด วันที่วินิจฉัยและการรักษา		

29	โรคผิวหนังและกามโรค - รวมถึงการเจริญเติบโตของผิวหนัง, โรคสะเก็ดเงิน, เริม, ซิฟิลิส, หูด, ตึงเนื้อ / หูดหงอนไก่		
30	ความผิดปกติและโรคทางตา - รวมถึงต่อกระจก ตาเข ตาบอด ปัญหากระจกตาหรือเรติคูลัม การมองเห็นบิดเบี้ยว สายตาเอียง ต้อหิน		
31	หู คอ จมูก - รวมถึงการติดเชื้อซ้ำ ไซนัสอักเสบ ตึงเนื้อ ต่อมทอนซิลอักเสบ การได้ยินผิดปกติ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ การนอนกรน		

โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำถามใดๆ ที่คุณตอบว่า “ใช่” หากมีเนื้อหาไม่พอ โปรดต่อในหน้าอื่น และแนบเอกสารทางการแพทย์ใดๆ

ประกาศโดยผู้ถือกรรมธรรม์		
<p>ข้าพเจ้าขอประกาศว่า ข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในคำชี้แจงเกี่ยวกับสุขภาพนี้เป็นความจริงและถูกต้อง และข้าพเจ้าไม่ทราบถึงความผิดปกติอื่นใด ความพิการแต่กำเนิด หรือโรคทางกรรมพันธุ์ และ/หรือสภาวะทางการแพทย์ และ/หรือการเจ็บป่วย และ/หรือโรค และ</p> <p>ผลกระทบไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากและ/หรือแยงลงจากอาการเจ็บป่วยใด ๆ</p> <p>ที่ข้าพเจ้าได้รับก่อนที่จะมีการจัดทำกรรมธรรม์ประกันภัย และ/หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่อาจทำให้ผู้รับประกันภัยปฏิเสธข้อเสนอนี้ หรือปฏิเสธที่จะทำประกันภัยต่อผู้ยื่นขอเอาประกันภัย</p> <p>ประกาศนี้ลงนามโดยผู้เอาประกันภัย หลังจากอธิบายให้เขาหรือเธอเข้าใจในภาษาที่พวกเขาเข้าใจ</p>		
ลายเซ็นและวันที่	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	ลายเซ็นของผู้ขอเอาประกันภัย ↓

ข้อมูลสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย
<ol style="list-style-type: none"> ตามเงื่อนไขของกรรมธรรม์ สามารถต่ออายุกรรมธรรม์ได้ภายใน 90 วัน หลังจากกรรมธรรม์หมดอายุ โดยขึ้นอยู่กับชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาระหว่างกรรมธรรม์หมดอายุจนถึงวันเริ่มต้นการต่ออายุ (สามารถชำระได้ โดยผู้ประกันตนหรือนายจ้าง) トラบเท่าที่คุณอาศัยอยู่ในอิสราเอลในฐานะแรงงานต่างชาติ หลังจาก 90 วันผ่านไปนับตั้งแต่กรรมธรรม์หมดอายุ จะต้องมีการพิจารณาการรับประกันภัยทางการแพทย์ใหม่ หากคุณประสบความสำเร็จตามข้อกำหนดไว้ในกฎหมายสิทธิเท่าเทียมกันสำหรับผู้พิการ - 1988 หมายความว่าความพิการทางร่างกาย ความบกพร่องทางจิตใจหรือสติปัญญา ไม่ว่าจะเป็นการชั่วคราวหรือชั่วคราว ซึ่งจำกัดการทำงานของคุณในกิจกรรมประจำวันโดยทั่วไปอย่างรุนแรง โปรดแจ้งตัวแทนประกันที่มีรายละเอียดตามแบบฟอร์มนี้

ประกาศของผู้ขอเอาประกันภัย
<ol style="list-style-type: none"> ข้าพเจ้าขอประกาศ ตกลง และรับรองว่า: (1) คำตอบทั้งหมดเป็นความจริง สมบูรณ์ และได้รับการจัดเตรียมโดยเจตจำนงเสรีของข้าพเจ้าเอง (2) คำตอบที่ปรากฏในประกาศสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้รับประกันภัยพร้อมกับเงื่อนไขมาตรฐานของผู้รับประกัน ในเรื่องนี้เป็นข้อกำหนดพื้นฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับผู้รับประกันภัยและจะเป็นส่วนสำคัญของสัญญาประกันภัย. (3) ผู้รับประกันภัยมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธใบสมัครนี้โดยไม่ต้องพิสูจน์การตัดสินใจของตน ข้าพเจ้าทราบว่าสัญญาประกันภัยจะมีผลก็ต่อเมื่อผู้รับประกันภัยยืนยันการยอมรับประกันภัยเป็นลายลักษณ์อักษร และหลังจากชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกครบถ้วนแล้ว

2. ข้าพเจ้าทราบดีว่าตามนโยบายนี้ ผู้ประกันตนจะได้รับการยกเว้นจากการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด หรือโรคทางกรรมพันธุ์ และ/หรือสภาวะทางการแพทย์ และ/หรือความเจ็บป่วย และ/หรือโรค และผลกระทบของมัน ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงหรือโดยอ้อมจากและ/หรือแยงจากอาการทางการแพทย์ใด ๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับก่อนที่จะมีการจัดทำกรมธรรม์ประกันภัย โดยขึ้นอยู่กับบทบัญญัติของกฎหมายแรงงานต่างตัวและข้อกำหนดและเงื่อนไขของกรมธรรม์
 3. ข้าพเจ้าขอประกาศว่าข้าพเจ้าไม่เคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัยจากบริษัทประกันภัยอื่นใด
 4. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประกันภัย รวมถึงคำอธิบายของความคุ้มครองหลัก เบี้ยประกัน ระยะเวลาประกันภัย จำนวนเงินเอาประกันภัยหลักและขีดจำกัดความรับผิด และความเป็นไปได้ที่จะได้รับข้อความในกรมธรรม์ฉบับสมบูรณ์
 5. การจัดนโยบายนี้ถือว่าคุณให้สิทธิ์ตัวแทนประกันของคุณในการส่งและรับหนังสือแจ้งและ/หรือเอกสารใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณารับประกันภัยและกระบวนการจัดทำนโยบายนี้ในนามของคุณ / สำหรับคุณ
 6. ข้าพเจ้าตกลงให้ตัวแทนประกันภัยจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยที่มีรายละเอียดในแบบฟอร์มนี้ให้แก่ข้าพเจ้า
 7. **การสละสิทธิ์ในการรักษาความลับทางการแพทย์**
ข้าพเจ้า ผู้ส่งนามข้างต้น อนุญาตให้อังค์ รุดแลสุขภาพ และ/หรือ สถาบันทางการแพทย์ และแพทย์ โรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลอื่นๆ และ/หรือ บริษัทประกันภัย และ/หรือ สถาบัน และ/หรือ นิติบุคคลใดๆ ในการจัดหาให้กับ Ayalon Insurance Company Ltd. (ต่อไปนี้: "บริษัทประกันภัย") ข้อมูลทั้งหมดโดยไม่มีข้อยกเว้นและอยู่ในรูปแบบที่บริษัทประกันภัยร้องขอเกี่ยวกับอาการป่วยของข้าพเจ้า และ/หรือการเจ็บป่วยหรืออาการป่วยใดๆ ที่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้าทั้งในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคต.
- หากคุณต้องการได้รับข้อความในกรมธรรม์ฉบับเต็มและ/หรือข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณารับประกันและขั้นตอนการจัดทำกรมธรรม์นี้โดยตรงจากบริษัทประกันภัยโปรดติดต่อเราได้ตลอดเวลา

การให้และการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลตามกฎหมายคุ้มครองความเป็นส่วนตัว

โปรดทราบว่าท่านไม่มีภาระผูกพันทางกฎหมายในการให้ข้อมูลส่วนบุคคลแก่ Ayalon และการดำเนินการดังกล่าวขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของคุณ อย่างไรก็ตาม หากท่านไม่ได้ให้ข้อมูลส่วนบุคคลในบางเรื่อง Ayalon อาจไม่สามารถให้บริการหรือตอบคำถามได้

ข้อมูลส่วนบุคคลที่ท่านให้มาจะถูกเก็บไว้ในฐานข้อมูลของ Ayalon Insurance Company Ltd. ฐานข้อมูลของ Ayalon ได้รับการบริหารจัดการตามกฎหมายและ Ayalon เคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของคุณ รายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลโดย Ayalon (รวมถึงจุดประสงค์ในการใช้ข้อมูล บุคคลที่สามารถแบ่งปันข้อมูลได้ และเพื่อจุดประสงค์ใด) รายละเอียดการติดต่อ Ayalon และสิทธิของคุณที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลที่ Ayalon ประมวลผล (รวมถึงสิทธิในการตรวจสอบและสิทธิในการขอแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล) ปรากฏอยู่ในเอกสารนโยบายความเป็นส่วนตัวของ Ayalon ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของ Ayalon ที่: <https://www.ayalon-ins.co.il/about-us/privacy-and-security/>

วันที่ลงนาม	ชื่อผู้ขอเอาประกันภัย	ลายเซ็นของผู้ขอเอาประกันภัย ↓
-------------	-----------------------	----------------------------------