

වෛද්‍ය රක්ෂණ 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.
01/2025 සංස්කරණය

අවධානය:
Harel Insurance Company Ltd. - විදේශීය සේවකයන් / සංචාරක රක්ෂණ ශාඛාව
3 Abba Hillel St., P.O. 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 නිරූපිතව "✓" ලෙස ලකුණු කිරීමෙන් ඔබ පහත ප්‍රශ්නවලට පිළිතුරු දිය යුතුය. ඕනෑම ප්‍රශ්නයකට පිළිතුර "ඔව්" නම් සහනායී 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 සෙමි: 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 නීතිපතාම 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 සහභාගී වී නැති ද, නැති නම් තවමත් ඔබ වෙනුවෙන් අවසන් රෝග විනිශ්චය සිදු කර නැති ද යන බව, එනම්: නිදන්ගත රෝග, කැසිටරිකරණය, අස්ථි සිතියම්කරණය, එකෝකැඩයෝග්‍රෑෆි, චුබ්භක අනුනාද රූපකරණය (MRI), කොම්පියුටර් ටොමොග්‍රෑෆි (CT), අල්ට්‍රා-සවුන්ඩ් (සාමාන්‍ය පූර්ව ප්‍රසව සත්කාරයේ කොටසක් ලෙස හැර), පටක පරීක්ෂණ, මළපත රුධිර පරීක්ෂණ, බඩවැල් පරීක්ෂණ හෝ ජීරණ පද්ධති පරීක්ෂණ, වර්ම ප්‍රදාහය ඇතුළු ස්වයං ප්‍රතිශක්තිකරණ රෝග. ("ඔව්" නම්, කරුණාකර පරීක්ෂණය සිදු කිරීමට හේතුව, පරීක්ෂණයේ ප්‍රතිඵලය සහ අවසාන රෝග විනිශ්චය සඳහන් කරමින් සහනායී 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 නීතිපතා ඖෂධ ලබා ගෙන තිබේ ද, නැතහොත් ලබා ගැනීමට නිර්දේශයක් ලැබී තිබේ ද? කරුණාකර ඔබ ප්‍රතිකාර ලබන / ප්‍රතිකාර ලැබූ ගැටළුව, ප්‍රතිකාරය සහ ඔබ එය 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 වානිනී අනතුර (ආඝාතය) ☐ අපස්මාරය ☐ බහුවිධ පටක ☐ මාංශ පේශි ක්ෂය වීම හෝ වෙනත් ක්ෂය වීමේ රෝග ☐ වරින්වර කරකැවිල්ල ☐ නිසරදය ☐ සමතුලිතතා ආබාධ ☐ ක්ලාන්තය ☐ පානීන්සන්ස් සින්ඩ්‍රෝමය ☐ ඇල්සයිමර්ස් රෝග ☐ වෙව්ලීම ☐ මන්ද මානසික ඕට්සම්ඩ් ☐ චුන් සින්ඩ්‍රෝමය ☐ මස්තිස්ක අංශභාගය ☐ ළදරු අංශභාගය (පොලියෝමෙලයිටිස්) ☐ ගවුට්ටර්ස් රෝගය ☐ සංවේදීතාව නැතිවීම (හිරිවැටීම) ☐ අවධාන උනන්දා ආබාධ ☐ ඉරූවාරදය ☐ පහත රෝගයක් සම්බන්ධයෙන් පැමිණිලි කරමින් ඔබ වෛද්‍යවරයෙකු හමු වී තිබේද? අඩු වූ මතකය (ඩිමෙන්ෂියාව) ☐ ඒඩ්ස් ☐ HIV වාහකය ☐ දද වැනි වර්ම 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: ☐ ඇස් සුදු ඇතිවීම ☐ දෘෂ්ටි විනාශය සහ කෝනියා ☐ ගැටළු ☐ ග්ලූකෝමා ☐ ඇස් ආසාදනය ☐ 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 ☐ කැසිටරිකරණය ☐ හෘද කපාට රෝග, වෙනත් හෘද රෝග / ගැටළුව: ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:				
4. රුධිර නාල: ☐ වරිකොස් නතර (පාදවල ශිරා තුළ) ☐ ප්‍රධාන ධමනි (බෙල්ලේ ධමනි තුළ) ☐ කැටි ගැසීමේ ආබාධ ☐ රුධිර රෝග, නතරවල රුධිර කැටි ගැසීම (DVT) ☐ පර්යන්ත රුධිර නාල රෝග (PVD), අනෙකුත් රුධිර නාල රෝග / ගැටළුව: ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:				

A රක්ෂණ අයදුම්කරුගේ විස්තර

B කොටස: පළාත සඳහන් ගැටළුවලින් එකක් හෝ කිහිපයක් සම්බන්ධ කිසියම් අසනීරයක්, සහලක්ෂණයක්, ආබාධයක් ඔබට තිබෙන බව හඳුනා ගෙන තිබේ ද:

၇၅၆

20-2

5. පරිවෘත්තීය රෝග: ☐ හයිඩ්‍රොසිඩ් ග්‍රන්ථිය ☐ වසා ගැටිති ☐ බේට් 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 ☐ නිදහ්ගත බාධාකාරී පෙනහළු රෝගය (COPD) ☐ අසාත්මික නාසික ශ්ලේෂ්මල ප්‍රදාහය
☐ නිතර සිදු වන ශ්වසන ආසාදන සහ ත්‍රස්ම නිරවේම ☐ කඩා වැටුණු පෙනහළු (නියුමොනෝරැක්ස්)
☐ නානිකර ශ්ලේෂ්මල රෝගය (සිස්ටික් ෆයිබ්‍රෝසිස්)
 අනෙකුත් ශ්වසන පද්ධති රෝග / ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:

7. **ආහාර ජීර්ණ පද්ධතිය:** ☐ වණ (ග්‍රහණීය / ආමාශයක) ☐ අජීර්ණය ☐ ක් රෝන් රෝගය ☐ බඩවැල් ප්‍රදාහය
☐ ප්‍රතිප්‍රවාහය (රිථ්මකස්) ☐ අර්ශස්බි ☐ දිළි / පිස්ටියුලා ☐ බඩවැල් අවහිරතා ☐ අග්නන්‍යාසයක රෝග / ආසාදන
☐ අන්තඃප්‍රේතය ☐ පිත්තාශය ☐ පිත්තාශ ගල්
 වෙනත් ආහාර ජීර්ණ පද්ධති රෝග / ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:

8. අත්මාව: ☐ සෙංගමාලය ☐ නෙපට්ටිස් බී, සී, ඩී ☐ මේද අත්මාව
☐ සිරෝසිස්, අනෙකුත් ආහාර ජීර්ණ පද්ධති රෝග / ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්. නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:

9. **ඡර්ඡියා:** ඡර්ඡියාලේ පිහිටීම: ඔබ ඡර්ඡියාවට ප්‍රතිකාර ලබන විට ප්‍රාථමය / නානිය / දකුණු ඉකිලිය / වම් ඉකිලිය යන ස්ථානවල සැත්කමකට ඡාපනය කර තිබේ ද? ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් ඒ ඡ් කවදා ද (දිනය)?
ගැටළුව විසඳණා ද? ☐ නැත ☐ ඔව්

10. වකුගඩු හා මුත්‍රා මාර්ගය: ☐ නැවත සිදු වන ආසාදන ☐ වකුගඩු හා මුත්‍රා ගල්ව ☐ කුගඩු ගෙඩි ☐ මුත්‍රා මාර්ගයේ ව්‍යේෂණ
☐ වකුගඩු අකර්මන්‍ය වීම වෙනත් වකුගඩු හා මුත්‍රා මාර්ගයේ රෝග/හැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්. නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:

11. සත්‍ය සහ අසත්‍ය: ☐ ආතරයිස්ටර ☐ ක්ෂණිකය ☐ පිටි පස / කොළ ඇට පෙළ ☐ සත්‍ය
☐ දණ්ඩ, වෙනත් සත්‍ය සහ අසත්‍ය රෝග/ගැටළුව ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:

12. වර්මනාලිංගාශ්‍රිත රෝග: ☐ සමේ පිළිකා ☐ සමේ තුවාල ☐ සොරයිසිඩ් (සමේ කොරළු, ලප වැනි) ☐ ලිංගිකව බෝවෙන රෝග ☐ සිග්ලිස්
අනෙකුත් වර්මනාලිංගාශ්‍රිත රෝග / ගැටළු ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:

13.	මාරාන්තික ගෙඩි / රෝග (පිළිකා).
-----	--------------------------------

14. කාන්තාවන් සඳහා: ☐ පියයුරු (පියයුරු විශාල වීම ඇතුළුව)

☐ නාවික වෛද්‍ය 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 ☐ වෘණ කෝෂ ශිරා විශාල වීම / වෘණ කෝෂ ඉදිමීම
අනෙකුත් පුරුෂ රෝග / ගැටළු ☐ නැත ☐ ඔව්, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:

16.	මානසික රෝග: මනෝ විද්‍යාඥයෙකු, මනෝ චිකිත්සකයෙකු හෝ පවත් වෛද්‍යවරයෙකු විසින් හඳුනා ගන්නා බඳ මානසික රෝග
-----	--

17. **තාසය, කණ හා උගුර රෝග:** ☐ නිද්‍රා අප්නියා සිත්විරෝමය ☐ නාසිකා මස්දළ ☐ නාස් කනුර පදාතය, වෙනත් නාසය, කණ සහ උගුර රෝග/ ගැටළු ☐ නැත ☐ මුව, නම් කරුණාකර සඳහන් කරන්න:

B තෙර රක්ෂණ ඔප්පු පිළිබඳ විස්තර

ඔබ කවදා හෝ Harel හෝ වෙනත් රක්ෂණ සමාගමක් විසින් රක්ෂණය කර තිබේද? ☐ නැත ☐ ඔව්

ඔව් නම්, සමාගම හා ඔර්තු අංකය /සෞඛ්‍ය සේවා සැපයුම්කරු සාමාජික අංකය සඳහන් කරන්න:

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

C නියෝජිතයාගේ ඇවෝර්නි බලකරු

මඵපුවට ඇතුළත් කිරීමේ ක්‍රියාවලිය, ප්‍රතිරක්‍ෂණ ක්‍රියා පටිපාටි, අතිරේක කාලසීමා සඳහා මඵපුව අලුත් කිරීම හෝ දීර්ඝ කිරීම, නිමිකම් ඉදිරිපත් කිරීම, ප්‍රතිපත්තිවල වෙනස් කිරීම් සහ අනෙකුත් කටයුතු ඇතුළුව, එනමුත් ඒවාට සීමා නොවී, මගේ නමින් සහ මා වෙනුවෙන් මඵපුව සම්බන්ධ ඕනෑම කරුණක් නැසිරවීමට මම මෙයින් මගේ මඵපුව සඳහා රක්‍ෂණ නියෝජිතයා වන _____ මහතා/මහත්මියට බලය පවරමි. ඉහත කී කරුණාවලට අදාල සියලු ලිපි ක්‍රවමාරු කා/තෝ ලේඛන “Harel” වෙත ඉදිරිපත් කිරීම සහ ඒවා “Harel” වෙතින් ලබා ගැනීම මෙයට ඇතුළත් වේ. රක්‍ෂණ නියෝජිතයා මඵපුව සම්බන්ධයෙන් ඕනෑම කරුණක දී මගේ නියෝජිතයා ලෙස සේවය කිරීමට මාගේ කැමැත්ත ලබා දෙන අතර, මෙම ගිවිසුමේ දී මා රක්‍ෂණය කරන Harel ඇතුළු අනෙකුත් මඵපුව පිළිබඳ විස්තර ඇතුළුව, මඵපුවට අදාල ඕනෑම ක්‍රියාවලය දී මමට අවශ්‍ය සියලු විස්තර රක්‍ෂණ ඒප්ප්සියට යැවීමට මගේ අයෝජිත බලතල ලෙස මමට අවසර දෙමි.

දිනය නම රක්ෂිතයාගේ අත්සන

ඔබේ දැන ගැනීම සඳහා, නවමාරු වු බිජිවල පිටපත් නා/නෝ නිමිකම් සම්බන්ධ ලේඛන ඕනෑම අවස්ථාවක ඔප්පව සඳහා ඔබේ රක්ෂණ නියෝජිතයා වෙත යවනු ලැබේ.

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) මෙම ලේඛනයේ ඉල්ලා සිටින තොරතුරු සමහරක් ඔබ විසින් ලබා දීම නීත්‍යානුකූලව අවශ්‍ය නොවුව ද, ඔබ ඔප්පුවලට සම්බන්ධ කිරීම සහ ඒවාට අදාළ කරුණු නැසිරවීම සඳහා එම තොරතුරු අත්‍යවශ්‍ය වේ. සමාගම සහ Harel සමූහයේ අනෙකුත් සමාගම් (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd සහ එහි අනුබද්ධ සමාගම්) විසින් තොරතුරු එකතු කිරීම, නඩත්තු කිරීම සහ සැකසීම සිදු කරනු ලබන අතර ඔවුන් සඳහා නා/හෝ ඔවුන් වෙනුවෙන් ක්‍රියාත්මක වන වෙනත් පාර්ශව විසින් ද ඔප්පු කටයුතු හා ආයු කාලය ගණනය කිරීම ඇතුළත් වෙනත් නීත්‍යානුකූල අරමුණු සඳහා ඒවා භාවිතා කරනු ඇත. අමතර විස්තර සමාගමේ වෙබ් අඩවියේ රහස්‍යතා ප්‍රතිපත්තියෙන් සොයා ගත හැකිය. (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 වෙතස් කිරීම” යන ආකෘතිය භාවිතා කරමින් ඔබට ප්‍රතිලාභීන් පත් කළ හැකිය. ප්‍රතිලාභියෙකු පත් කර නොමැති අවස්ථාවක, උරුමය හෝ අන්තිම කැමැති පත්‍ර පිළිබඳ නීතිය අනුව එම මුදල නීත්‍යානුකූල උරුමකරුන් වෙත ගෙවනු ලැබේ.		
3. සම්බන්ධ වීමේ ක්‍රියා පටිපාටිය: රක්ෂණ යෝජනාව පිළිගත්තේ ද ප්‍රතික්ෂේප කරන්නේ ද යන්න තීරණය කිරීමේ අයිතිය සමාගම සතුය. ඔබේ දෑත 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, වගකීම 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 අදාළ සියලුම දැන්වීම් නා/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 නා/හෝ වගකීම භාර ගැනීමේ මෙන්ම මෙම රක්ෂණ ඔප්පුවට සෘජුවම සම්බන්ධ වීමේ ක්‍රියා පටිපාටියේ රාමුව පිළිබඳ තොරතුරු ලබා ගැනීමට අවශ්‍ය නම් Harel (*2735) ඇමසීමෙන් ඔබට ඕනෑම වෙලාවක 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. තොරතුරු භාවිතා කිරීම සහ වෙළඳ දැන්වීම් ලැබීම සඳහා වූ ගිවිසුම	නැත	ඔව්
(a) නීතියේ හෝ ගිවිසුමේ අවශ්‍යතාවලින් ඔබ්බට, මෙම ලේඛනයේ ඇතුළත් තොරතුරු මෙන්ම, Harel සමූහයේ (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd සහ එහි අනුබද්ධ ආයතන) සහ වෙනත් සමාගම් සතු ඔබ පිළිබඳ අමතර තොරතුරු, Harel සමූහය නා/හෝ ඔවුන් වෙනුවෙන් ඕනෑම අයෙකු විසින් භාවිතා කළ හැකි බවට ද, එම භාවිතාවට Harel සමූහයේ සමාගම්වල අනෙකුත් නිෂ්පාදන සහ සේවා (රක්ෂණය, දිගු කාලීන ඉතුරුම් සහ මූල්‍ය යන ක්ෂේත්‍ර සමග) සම්බන්ධ ඕනෑම කරුණක්, සහ ඔවුන්ගේ අලෙවිකරණයේ දී, නිෂ්පාදන හා සේවා පිළිබඳව ඔබට දැනුම් දීමට ඉහත කී සමාගම්වලට ඉඩ දීම, මෙන්ම වෙනත් ප්‍රතිපත්ති සහ/හෝ රක්ෂණ නිෂ්පාදන, දිගුකාලීන ඉතුරුම් හා මූල්‍යකරණය, තොරතුරු සැකසීම සහ ගබඩා කිරීම නැසිරවීම සහ ඉහත කී භාවිතා හා සම්බන්ධ අමතර භාවිතා සහ ඒවා සම්පූර්ණ කිරීම සඳහා අවශ්‍ය වන වෙනත් අදාළ නීත්‍යානුකූල අරමුණු සඳහා, Harel සමූහය වෙනුවෙන් සහ එහි නාමයෙන් ක්‍රියා කරන තුන්වන පාර්ශව වෙත තොරතුරු මාරු කිරීම ද ඇතුළත් වන බවට ද ඔබ එකඟ වෙ.		
(b) ඔබේ තොරතුරු (ලබා දීමට ඔබ එකඟ වූ තාක් දුරට) ලබා ගත් Harel සමාගමෙන් හෝ Harel සමූහයේ වෙනත් සමාගම්වල නිෂ්පාදන හා සේවාවලට අදාළ අලෙවි දීමනා සහ ප්‍රචාරණ ද්‍රව්‍ය ෆැක්ස්, රථමේල, ස්වයංක්‍රීය ඇමතුම් පද්ධතියක්, හෝ කෙටි පණිවිඩ සේවයක් (SMS) මගින් ඔබට ලැබීමේ හැකියාවක් ඇති බව අපි මෙයින් ඔබට දන්වන්නෙමු. ඔබ පවසා ඇති පරිදි අලෙවිකරණ දීමනා සහ ප්‍රචාරණ ද්‍රව්‍ය ලබා ගැනීමට ඔබ එකඟ නොවන්නේ නම්, සමාගමේ www.hrl.co.il/pirsum වෙබ් අඩවියේ ඇති “ප්‍රචාරණ සහ අලෙවිකරණ දීමනා ප්‍රතික්ෂේප කිරීමේ පෝරමය” භාවිතයෙන් හෝ අපගේ ලිපිනයට ලිඛිතව දන්වා එවීමෙන් ඔබට ඕනෑම වෙලාවක ඔබේ ප්‍රතික්ෂේප කිරීම හෝ පෙර තේරීම වෙනස් කිරීම පිළිබඳව අපට දැනුම් දිය හැකිය: Harel Building, Health Division, Personal Overseas and Foreign Resident Health Division, 3 Aba Hillel, POB 10951, Ramat Gan 5252202, නැති නම් අමතන්න: 03-7547777. Harel සමූහයේ ආයතනික ආයතනවල පෞද්ගලිකත්ව ප්‍රතිපත්තිය පිළිබඳ අතිරේක තොරතුරු www.harel-group.co.il සමූහ වෙබ් අඩවියේ ඇත.		
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, නා/හෝ මා අපේක්ෂා කරන රක්ෂණයට ඇතුළත් වීමේ සමාලෝචන ක්‍රියා පටිපාටියේ අරමුණු සඳහා ව්‍යතිරේකයකින් තොරව, සමාගම සතු ඕනෑම තොරතුරක්, මගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය, මට අතීතයේ තිබූ නා/හෝ දැනට ඇති නා/හෝ අනාගතයේ ඇති විය හැකි ඕනෑම රෝගයක් පිළිබඳ විස්තර ඉල්ලුම් කරන පාර්ශවයට අවශ්‍ය පෝරමය මගින්, HMO සහ/හෝ එහි වෛද්‍ය ආයතනවලට මෙන්ම සියලුම වෛද්‍යවරුන්ට නා/හෝ මනෝ වෛද්‍යවරුන්ට, වෛද්‍ය ආයතනවලට සහ අනෙකුත් රෝහල්වලට නා/හෝ ඕනෑම රක්ෂණ සමාගමකට නා/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” පත්වීම මෙම රහස්‍යභාවය අත්හරීමි. 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 _____