

# คำแถลงสุขภาพสำหรับประกันสุขภาพ - ชาวต่างชาติในอิสราเอล



ขึ้นอยู่กับใบสมัครประกันภัยที่แนบมาด้วย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากคำแถลงสุขภาพนี้ได้  
 แบบฟอร์มนี้ออกแบบมาสำหรับทั้งชายและหญิง  
 โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่านกรอกแบบฟอร์มนี้อย่างถูกต้องและครบถ้วน  
 ฉบับวันที่ 01/2025

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<br><input type="checkbox"/> ช <input type="checkbox"/> หญิง |     |
| ในคำแถลงสุขภาพนี้ ท่านต้องตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย "✓" ในคอลัมน์ที่ตรงกับคำตอบที่เหมาะสม หากคำตอบของท่านสำหรับคำถามใดคำถามหนึ่งคือ "ใช่" ท่านต้องแนบใบรับรองที่ออกโดยแพทย์ผู้รักษาปัจจุบัน โดยระบุถึงปัญหาที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจ วิธีการรักษา และสถานะปัจจุบัน |  |      |                |   |     |
| ส่วน ก: คำถามทั่วไป   |  |      |                | ใช่   | ไม่ |
| 1.  | ความสูงหน่วยเป็น ซม.: ..... น้ำหนักหน่วยเป็น กก.: .....  |      |                |   |     |
| 2.  | <input type="checkbox"/> ท่านใช้ยาเสพติดหรือเคยใช้ยาเสพติดหรือไม่?<br><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 โรคมะเร็งผิวหนังตัวเอง 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.  | ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็งหรือไม่? โปรดอธิบายในรายละเอียด: .....  |      |                |   |     |
| ส่วน ข: ท่านได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติใดๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งอย่างที่เราได้ด้านล่าง:  |  |      |                |   |     |
| 1.  | <input type="checkbox"/> ระบบประสาท <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> ลมบ้าหมู <input type="checkbox"/> โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้อเสื่อม หรือโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อ<br><input type="checkbox"/> วิงเวียนศีรษะบ้าง <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<br><input type="checkbox"/> ออทิสติก <input type="checkbox"/> ความซึ้นโดรม <input type="checkbox"/> สมอทิการ <input type="checkbox"/> โรคโปลิโอ (โรคโปลิโอในวัยเด็ก) <input type="checkbox"/> โรคโกเช่ <input type="checkbox"/> การสูญเสียความรู้สึก (ชา) <input type="checkbox"/> สมาธิสั้น <input type="checkbox"/> ไมเกรน<br><input type="checkbox"/> ท่านเคยพบแพทย์เกี่ยวกับปัญหาความจำเสื่อมหรือไม่ <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> พหุเชื้อเอชไอวี <input type="checkbox"/> โรคลูปัส<br>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<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> ลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก (DVT) <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (PVD) หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับหลอดเลือด<br><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: .....  |      |                |   |     |

StudioHarel 44089\_48 01/2025



| 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  |            |                         |               |  |
|---|------------|-------------------------|---------------|--|
| ท่านเคยได้รับการประกันจากฮาลหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ |            |                         |               |  |
| หากใช่ให้ระบุบริษัทและหมายเลขกรมธรรม์/หมายเลขสมาชิกผู้ให้บริการด้านสุขภาพ:  |            |                         |               |  |
| ระยะเวลาประกันภัย   | ชื่อบริษัท | เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย | หมายเลขสมาชิก |  |
| ..... ตั้งแต่ 1 1   | ..... ถึง  |                         |               |  |

| ค. หนังสือมอบอำนาจของตัวแทน  |                              |
|--|------------------------------|
| ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ตัวแทนประกันภัยของข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... เพื่อดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยในนามของข้าพเจ้า การดำเนินการนี้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ การเพิ่มรายชื่อในกรมธรรม์ ขั้นตอนการพิจารณารับประกันภัย การต่ออายุหรือขยายกรมธรรม์ การยื่นเคลม การแก้ไขรายละเอียด และการดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์รวมถึงการส่งเอกสารและ/หรือหนังสือที่เกี่ยวข้องถึงบริษัทประกันภัย "ฮาล" และรับข้อมูลจากบริษัทในนามของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ตัวแทนประกันภัยดำเนินการในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ของข้าพเจ้า รวมถึงการอนุญาตให้ส่งข้อมูลทั้งหมดที่จำเป็นต่อการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์แก่ตัวแทนประกันภัย รวมถึงรายละเอียดของกรมธรรม์อื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าได้ทำไว้กับบริษัทฮาล ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นกรมธรรม์ที่ตัวแทนประกันภัยของข้าพเจ้ามอบอำนาจให้เป็นตัวแทนของข้าพเจ้าในข้อตกลงนี้เป็นผู้ดูแล |                              |
| .....  | ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย |
| วันที่   | ชื่อ                         |

เพื่อทราบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับกรมธรรม์ ข้าพเจ้ายอมรับว่าการส่งสำเนาของจดหมายและ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องจะถูกลำเลียงให้กับตัวแทนประกันภัยในทุกกรณี.

| คำประกาศของผู้เอาประกันภัย |  |  |           |        |                          |                          |
|----------------------------|--|--|-----------|--------|--------------------------|--------------------------|
| 1.                         | <p>ข้าพเจ้า ผู้ลงนามด้านล่างนี้ ขอให้บริษัท ฮาเรล อินชัวร์นซ์ จำกัด (ต่อไปนี้จะเรียกว่า "บริษัทประกันภัย/บริษัท/ฮาเรล") ทำการประกันภัยแก่ข้าพเจ้าตามรายละเอียดในคำเสนอการประกันภัยนี้</p> <p>(1) แม้ว่าไม่ได้เป็นข้อกำหนดทางกฎหมายว่าท่านต้องให้ข้อมูลบางประการในเอกสารนี้ แต่ข้อมูลดังกล่าวมีความจำเป็นสำหรับการเพิ่มชื่อของท่านในกรมธรรม์และการจัดการเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลจะถูกจัดเก็บ รักษา และดำเนินการโดยบริษัทและบริษัทอื่น ๆ ในกลุ่มฮาเรล (ฮาเรล อินชัวร์นซ์ อินเวสเมนต์ แอนด์ ไฟแนนเชียล เซอร์วิสেস จำกัด และบริษัทย่อย) และบุคคลที่สามที่ปฏิบัติงานแทนและ/หรือในนามของกลุ่มฮาเรลจะใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อวัตถุประสงค์ในการจัดการกรมธรรม์ และวัตถุประสงค์อื่นที่ขออนุญาตกฎหมาย รวมถึงการคำนวณทางคณิตศาสตร์ประกันภัย ข้อมูลเพิ่มเติมสามารถดูได้ในนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทบนเว็บไซต์ของบริษัท</p> <p>(2) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำตอบทั้งหมดที่ให้ไว้ถูกต้องและครบถ้วน และได้ให้ด้วยความสมัครใจ</p> <p>(3) คำตอบในคำประกาศสุขภาพและข้อมูลใด ๆ ที่ให้ไว้แก่บริษัท ตลอดจนเงื่อนไขที่เป็นไปตามมาตรฐานของบริษัทเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว จะถือเป็นเงื่อนไขพื้นฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท และจะถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยนั้น</p> |  |           |        |                          |                          |
| 2.                         | <p><b>ผู้รับผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิต</b></p> <p>ท่านสามารถระบุผู้รับผลประโยชน์ได้ โดยใช้แบบฟอร์ม "คำขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิต" ในกรณีที่ไม่มีกรระบุผู้รับผลประโยชน์ จำนวนเงินจะถูกจ่ายให้แก่ทายาทตามกฎหมาย ตามคำสั่งศาลหรือพินัยกรรม</p>   |  |           |        |                          |                          |
| 3.                         | <p><b>ขั้นตอนการเข้าร่วมประกันภัย:</b> บริษัทมีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจว่าจะรับหรือปฏิเสธค่าเสนอการประกันภัย 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 ท่านสามารถติดต่อบริษัทฮาเรลได้ตลอดเวลา โดยโทรไปที่หมายเลข (*2735)</p>   |  |           |        |                          |                          |
| 5.                         | <p>ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประกันภัย ซึ่งรวมถึงอย่างน้อยที่สุด รายละเอียดขององค์ประกอบหลักของความคุ้มครอง ค่าเบี้ยประกันภัย ระยะเวลาประกันภัย จำนวนเงินประกันภัยหลัก และข้อจำกัดความรับผิดชอบหลัก พร้อมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ข้าพเจ้าจะได้รับรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว</p>  |  |           |        |                          |                          |
| 6.                         | <p>การยินยอมในการใช้ข้อมูลและการรับสื่อประชาสัมพันธ์</p>   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ไม่ยินยอม</th> <th>ยินยอม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | ไม่ยินยอม | ยินยอม | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ไม่ยินยอม                  | ยินยอม   |  |           |        |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |  |           |        |                          |                          |
|                            | <p>(ก) ท่านยินยอมหรือไม่ ที่จะให้ข้อมูลที่ระบุในเอกสารนี้ รวมถึงข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับตัวท่านที่อยู่ในความครอบครองของบริษัทในกลุ่มฮาเรล (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. และบริษัทย่อย) ถูกนำไปใช้โดยกลุ่มฮาเรล และ/หรือผู้แทนของกลุ่มฮาเรล เพื่อวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์และบริการอื่น ๆ ของบริษัทในกลุ่มฮาเรล (ในด้านประกันภัย การออมระยะยาว และการเงิน) รวมถึงการตลาด เช่น การแจ้งให้ท่านทราบเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการเหล่านั้น นอกจากนี้ ยังรวมถึงการจัดการกรมธรรม์อื่น ๆ หรือผลิตภัณฑ์ประกันภัย การออมระยะยาว และการเงินที่ท่านถือครองอยู่ การประมวลผลและการจัดเก็บข้อมูล ตลอดจนการใช้งานเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเสร็จสมบูรณ์ และเพื่อวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องตามที่กฎหมายกำหนด รวมถึงการโอนข้อมูลดังกล่าวให้แก่บุคคลที่สามที่ดำเนินการในนามของกลุ่มฮาเรล</p>   |  |           |        |                          |                          |
|                            | <p>(ข) เราขอแจ้งให้ท่านทราบว่าท่านอาจได้รับข้อเสนอทางการตลาดและเอกสารประชาสัมพันธ์จากบริษัทหรือบริษัทในกลุ่มฮาเรลที่ได้รับข้อมูลของท่าน (ในกรณีที่ท่านยินยอมให้ข้อมูลของท่านแก่พวกเขา) เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัทและ/หรือบริษัทในกลุ่มฮาเรล ผ่านทางแฟกซ์ อีเมล ระบบโทรศัพท์อัตโนมัติ หรือข้อความ SMS หากท่านไม่ประสงค์ที่จะรับข้อเสนอทางการตลาดและเอกสารประชาสัมพันธ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งการปฏิเสธหรือเปลี่ยนแปลงการเลือกเดิมได้ตลอดเวลา โดยใช้แบบฟอร์ม "ปฏิเสธการรับข้อเสนอทางการตลาดและประชาสัมพันธ์" ซึ่งสามารถหาได้จากเว็บไซต์ของบริษัทที่ <a href="http://www.hrl.co.il/pirsurum">www.hrl.co.il/pirsurum</a> หรือโดยการติดต่อเป็นลายลักษณ์อักษรไปที่ อาคารฮาเรล แผนกสุขภาพแผนกสุขภาพส่วนบุคคลในต่างประเทศ และแผนกสุขภาพผู้อยู่อาศัยในต่างประเทศ เลขที่ 3 ถ.อบา ฮิลเลล ตูโปน. 10951 รามัตกาน 5252202 หรือโทรไปที่: 03-7547777 ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวของหน่วยงานสถาบันของ Harel Group ได้ที่เว็บไซต์ของกลุ่มบริษัท <a href="http://www.harel-group.co.il">www.harel-group.co.il</a>.</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 ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในความลับทางการแพทย์ และการสงวนสิทธิ์นี้จะครอบคลุมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสุขภาพ ความเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตที่ข้าพเจ้าอาจมี โดยไม่มีข้อยกเว้นและในรูปแบบที่ฝ่ายผู้ร้องขอต้องการ ข้าพเจ้าขอปลดเปลื้องความรับผิดชอบของท่านในการเก็บรักษาความลับทางการแพทย์และสิทธินี้ให้แก่ "ผู้ร้องขอ" การสงวนสิทธิ์นี้จะผลบังคับใช้กับทรัพย์สินทางกฎหมายของข้าพเจ้า ผู้แทนทางกฎหมายของข้าพเจ้า และบุคคลที่มาสืบพยานหลักฐานที่ของข้าพเจ้า</p>   |  |           |        |                          |                          |

ผู้สมัครประกันภัยได้ลงนามในแบบฟอร์มแถลงการณ์สุขภาพนี้หลังจากได้รับการอธิบายเนื้อหาในภาษาที่ตนเข้าใจดี

วัน

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลายมือชื่อพยาน