

คำแถลงสุขภาพสำหรับประกันสุขภาพ – ชาวต่างชาติในอิสราเอล



ขึ้นอยู่กับใบสมัครประกันภัยที่แนบมาด้วย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากคำแถลงสุขภาพนี้ได้
 แบบฟอร์มนี้ออกแบบมาสำหรับทั้งชายและหญิง
 โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่านกรอกแบบฟอร์มนี้อย่างถูกต้องและครบถ้วน
 ฉบับวันที่ 06.2025

เรียน
 บริษัทฮารเอลอินซัวรันส์จำกัด - สาขาประกันภัยพนักงานและนักท่องเที่ยวต่างชาติ
 3 ถนนแอบบาอีลเลล รหัสไปรษณีย์ 1951, รามัตกัน 5211802, แฟกซ์: 03-7348083 อีเมล: fax7930@harel-ins.co.il.

ก. รายละเอียดเฉพาะของผู้ขอเอาประกันภัย				
เลขที่หนังสือเดินทาง	นามสกุล	ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	เพศ <input type="checkbox"/> ช <input type="checkbox"/> หญิง
ในคำแถลงสุขภาพนี้ ท่านต้องตอบคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมาย "✓" ในคอลัมน์ที่ตรงกับคำตอบที่เหมาะสม หากคำตอบของท่านสำหรับคำถามใดคำถามหนึ่งคือ "ใช่" ท่านต้องแนบใบรับรองที่ออกโดยแพทย์ผู้รักษารักษาปัจจุบัน โดยระบุถึงปัญหาที่เกี่ยวข้อง ผลการตรวจ วิธีการรักษา และสถานะปัจจุบัน				
ส่วน ก: คำถามทั่วไป			ใช่	ไม่
1.	ความสูงหน่วยเป็น ซม.: น้ำหนักหน่วยเป็น กก.:			
2.	<input type="checkbox"/> ท่านใช้ยาเสพติดหรือเคยใช้ยาเสพติดหรือไม่? <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 รวมถึงโรคตับ (หาก "ใช่" กรุณาแนบใบรับรองจากแพทย์ผู้ให้การรักษาปัจจุบัน โดยระบุเหตุผลของการตรวจ ผลการตรวจ และการวินิจฉัยสุดท้าย)			
4.	ท่านกำลังจะเข้ารับการผ่าตัดหรือการปลูกถ่ายอวัยวะในขณะนี้ หรือเคยมีแผนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? โปรดอธิบายในรายละเอียด:			
5.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษามะเร็งในโรงพยาบาลหรือไม่? โปรดอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุผลการเข้ารับการรักษามะเร็งในโรงพยาบาลและการรักษาที่ท่านได้รับ			
6.	ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่อง หรือได้รับคำแนะนำให้รับประทานยาหรือไม่? โปรดอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาที่ท่านได้รับการรักษา วิธีการรักษา และระยะเวลาที่ท่านใช้ยาดังกล่าว			
7.	ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคภูมิแพ้หรือไม่? 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 <input type="checkbox"/> วังเวียนศีรษะ <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 <input type="checkbox"/> ออทิสติก <input type="checkbox"/> ความซึมเศร้า <input type="checkbox"/> สมาธิสั้น <input type="checkbox"/> โรคโปลิโอ (โรคโปลิโอในวัยเด็ก) <input type="checkbox"/> โรคโกเช่ <input type="checkbox"/> การสูญเสียความรู้สึก (ชา) <input type="checkbox"/> สมาธิสั้น <input type="checkbox"/> ไมเกรน <input type="checkbox"/> ท่านเคยพบแพทย์เกี่ยวกับปัญหาความจำเสื่อมหรือไม่ <input type="checkbox"/> โรคเอดส์ <input type="checkbox"/> พหุเชื้อเอชไอวี <input type="checkbox"/> โรคตับ 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 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 <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 <input type="checkbox"/> ลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำลึก (DVT) <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (PVD) หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับหลอดเลือด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:			



ก.	รายละเอียดเฉพาะของผู้ขอเอาประกันภัย		
ส่วน ข: ท่านได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติใดๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งอย่างที่ระบุไว้ด้านล่าง:		ใช่	ไม่
5.	โรคระบบเผาผลาญ: <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.	ระบบทางเดินหายใจ: <input type="checkbox"/> หอบหืด <input type="checkbox"/> วัณโรค <input type="checkbox"/> โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) <input type="checkbox"/> ไชละอองฟาง <input type="checkbox"/> การติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำ ๆ และหายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ปอดแฟบ (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> โรคซิสติกไฟโบรซิส โรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: _____		
7.	ระบบทางเดินอาหาร: <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"/> หลดคออาหาร <input type="checkbox"/> อุ้งน้ำดี <input type="checkbox"/> นิ่วในอุ้งน้ำดี โรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: _____		
8.	ตับ: <input type="checkbox"/> ตีชาน <input type="checkbox"/> ไวรส์ตับอักเสบ บี ซี ดี <input type="checkbox"/> ไชมันพอกตับ <input type="checkbox"/> ตับแข็ง หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับตับ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: _____		
9.	ไส้เลื่อน: ตำแหน่งของไส้เลื่อน: บริเวณกระบังลม สะดือ ขาหนีบขวา ขาหนีบซ้าย ท่านเคยได้รับการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ (กรุณาระบุวันที่) _____ ปัญหาได้รับการแก้ไขหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่		
10.	ไตและทางเดินปัสสาวะ: <input type="checkbox"/> การติดเชื้อซ้ำ ๆ <input type="checkbox"/> นิ่วในไตและทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> อุ้งน้ำไม่ไต <input type="checkbox"/> ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ไชวาย หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับไตและระบบทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: _____		
11.	ข้อต่อและกระดูก: <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.	โรคผิวหนังและโรคทางเพศ: <input type="checkbox"/> เนื้องอกผิวหนัง <input type="checkbox"/> แผลบนผิวหนัง <input type="checkbox"/> สะเก็ดเงิน <input type="checkbox"/> โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ <input type="checkbox"/> ซิฟิลิส โรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับผิวหนังและเพศ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: _____		
13.	โรคมะเร็งและเนื้องอกร้าย		
14.	สำหรับผู้หญิง: <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.	สำหรับผู้ชาย: <input type="checkbox"/> ปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก <input type="checkbox"/> เส้นเลือดขอดที่อวัยวะ/อุ้งอวัยวะ โรค/ปัญหาอื่น <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: _____		
16.	โรคทางจิต: โรคทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากนักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้าน		
17.	โรคจุกหู และลำคอ: <input type="checkbox"/> ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ <input type="checkbox"/> โพรซจุกหูอักเสบ <input type="checkbox"/> ไชนัลอักเสบ หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับจุกหู และลำคอ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ: _____		

โปรดระบุรายละเอียด:

ข	รายละเอียดกรมธรรม์ประกันภัยก่อนหน้า ท่านเคยได้รับการประกันจากอาเรลหรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ หากใช่ให้ระบุบริษัทและหมายเลขกรมธรรม์/หมายเลขสมาชิกผู้ให้บริการด้านสุขภาพ:		
ระยะเวลาประกันภัยตั้งแต่ 1 1ถึง	ชื่อบริษัท	เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย	หมายเลขสมาชิก

ค	หนังสือมอบอำนาจของตัวแทน
	<p>ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ตัวแทนประกันภัยของข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว เพื่อดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับกรรมสิทธิ์ประกันภัยในนามของข้าพเจ้า การดำเนินการนี้รวมถึงแต่ไม่จำกัดเฉพาะ การเพิ่มรายชื่อในกรรมสิทธิ์ ขั้นตอนการพิจารณารับประกันภัย การต่ออายุหรือขยายกรรมสิทธิ์ การยื่นเคลม การแก้ไขรายละเอียด และการดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>กับกรรมสิทธิ์รวมถึงการส่งเอกสารและ/หรือหนังสือที่เกี่ยวข้องถึงบริษัทประกันภัย "ฮาร์ล" และรับข้อมูลจากบริษัทในนามของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ตัวแทนประกันภัยดำเนินการในทุกเรื่อง</p> <p>ที่เกี่ยวข้องกับกรรมสิทธิ์ของข้าพเจ้า รวมถึงการอนุญาตให้ส่งข้อมูลทั้งหมดที่จำเป็นต่อการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรรมสิทธิ์แก่ตัวแทนประกันภัย รวมถึงรายละเอียดของกรรมสิทธิ์อื่น ๆ ที่ข้าพเจ้า</p> <p>ได้ทำไว้กับบริษัทฮาร์ล ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นกรรมสิทธิ์ที่ตัวแทนประกันภัยซึ่งข้าพเจ้ามอบอำนาจให้เป็นตัวแทนของข้าพเจ้าในข้อตกลงนี้เป็นผู้ดูแล</p>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <p>.....</p> <p>วันที่</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <p>.....</p> <p>ชื่อ</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <p>..... </p> <p>ลายมือชื่อของผู้เอาประกันภัย</p> </div> </div>

เพื่อทราบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับกรรมธรรม์ ข้าพเจ้ายอมรับว่าการส่งสำเนาของจดหมายและ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องจะถูกส่งให้กับตัวแทนประกันภัยในทกกรณี.

๖	คำประกาศของผู้เอาประกันภัย	
1.	<p>ข้าพเจ้า ผู้ลงนามด้านล่างนี้ ขอให้บริษัท ฮาเรล อินชัวร์นซ์ จำกัด (ต่อไปนี้จะเรียกว่า “บริษัทประกันภัย/บริษัท/ฮาเรล”) ทำการประกันภัยแก่ข้าพเจ้าตามรายละเอียดในคำเสนอการประกันภัยนี้</p> <p>(1) ความเป็นส่วนตัว</p> <p>บริษัท ฮาเรลอินชัวร์นซ์ จำกัด และ บริษัท ฮาเรล เพนชั่น แอนด์ โพรวิเดนท์ จำกัด (“ฮาเรล”) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ในการสมัครใช้ผลิตภัณฑ์ การให้บริการ การดำเนินงานและการจัดการตลอดวงจรชีวิตของผลิตภัณฑ์ การจัดการข้อเรียกร้อง การชำระเงินและกระบวนการต่าง ๆ การบริหารจัดการและการพัฒนาธุรกิจและบริการที่ฮาเรลให้ การปฏิบัติตามกฎหมาย การปรับแต่งและนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการตามลักษณะเฉพาะบุคคล และเพื่อวัตถุประสงค์อื่นชอบด้วยกฎหมายอื่น ๆ โดยทั่วไปแล้ว ท่านไม่มีภาระผูกพันทางกฎหมายที่จะต้องให้ข้อมูล อย่างไรก็ตาม การเลือกที่จะไม่ให้ข้อมูลอาจทำให้เราไม่สามารถประเมินค่าขอหรือให้บริการได้ ข้อมูลที่จะถูกถ่ายโอนไปยังตัวแทนประกันภัย (หากมี) เพื่อให้ตัวแทนสามารถดำเนินการตามคำขอและจัดการในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและการดำเนินงานของผลิตภัณฑ์และบริการ ตลอดจนไปยังผู้ให้บริการและบุคคลภายนอกอื่น ๆ ที่มีสิทธิ์ได้รับข้อมูลดังกล่าวในบริบทของวัตถุประสงค์เหล่านี้</p> <p>สามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวได้ที่เว็บไซต์ของฮาเรล ซึ่งรวมถึงช่องทางการติดต่อกับ เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูล ของฮาเรล ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิ์ในการตรวจสอบและแก้ไขข้อมูล รวมถึงสิทธิในการยกเลิกการรับจดหมายโฆษณา ได้ที่ลิงก์นี้: https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB.</p> <p>(2) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำตอบทั้งหมดที่ให้ไว้ถูกต้องและครบถ้วน และได้ให้ด้วยความสมัครใจ</p> <p>(3) คำตอบในคำประกาศสุขภาพและข้อมูลใด ๆ ที่ให้ไว้แก่บริษัท ตลอดจนเงื่อนไขที่เป็นไปตามมาตรฐานของบริษัทเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว จะถือเป็นเงื่อนไขพื้นฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท และจะถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยนั้น</p>	
2.	<p>ผู้รับผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิต</p> <p>ท่านสามารถระบุผู้รับผลประโยชน์ได้ โดยใช้แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิต” ในกรณีที่ไม่มีภาระระบุผู้รับผลประโยชน์ จำนวนเงินจะถูกจ่ายให้แก่ทายาทตามกฎหมาย ตามคำสั่งศาลหรือพินัยกรรม</p>	
3.	<p>ขั้นตอนการเข้าร่วมประกันภัย: บริษัทที่มีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจว่าจะรับหรือปฏิเสธคำเสนอการประกันภัย สำหรับข้อมูลของท่าน สัญญาประกันภัยจะมีผลบังคับใช้เฉพาะเมื่อบริษัทออกเอกสารยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อยอมรับผู้สมัครเป็นผู้เอาประกันภัย หากมีความจำเป็นต้องดำเนินการเพิ่มเติมเพื่อชี้แจงเงื่อนไข การพิจารณาประกันภัย และการรับเข้าเป็นผู้เอาประกันภัย กรมธรรม์จะไม่ถูกออกให้กับผู้สมัครและจะไม่มีผลบังคับใช้จนกว่ากระบวนการดังกล่าวจะเสร็จสิ้น</p>	
4.	<p>(1) ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัวแทนประกันภัยของข้าพเจ้า ซึ่งรายละเอียดปรากฏอยู่ในคำเสนอการประกันภัยนี้ ส่งเอกสารและ/หรือแจ้งให้บริษัททราบในนามของข้าพเจ้าเกี่ยวกับกระบวนการพิจารณาประกันภัยและการเข้าร่วมในกรมธรรม์นี้</p> <p>(2) ข้าพเจ้ายินยอมให้กรมธรรม์ของแผนประกันภัยตามคำขอในข้อเสนอนี้ถูกส่งมอบให้แก่ข้าพเจ้าโดยผ่านตัวแทนประกันภัย ซึ่งรายละเอียดปรากฏอยู่ในตอนต้นของคำเสนอการประกันภัยนี้</p> <p>(3) หากท่านประสงค์จะรับกรมธรรม์และ/หรือข้อมูลในกระบวนการพิจารณาประกันภัย และกระบวนการเข้าร่วมในกรมธรรม์นี้โดยตรง ท่านสามารถติดต่อบริษัทฮาเรลได้ทุกเวลา โดยโทรไปที่หมายเลข (*2735)</p>	
5.	<p>ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประกันภัย ซึ่งรวมถึงอย่างน้อยที่สุด รายละเอียดขององค์ประกอบหลักของความคุ้มครอง ค่าเบี้ยประกันภัย ระยะเวลาประกันภัย จำนวนเงินประกันภัยหลัก และข้อจำกัดความรับผิดชอบหลัก พร้อมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ข้าพเจ้าจะได้รับรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว</p>	
6.	<p>การส่งสื่อโฆษณา</p> <p>(ก) ประกาศเกี่ยวกับการรับสื่อโฆษณาจากบริษัท:</p> <p>ข้อมูลที่ท่านให้จะถูกใช้เพื่อการส่งสื่อโฆษณาโดยบริษัทผ่านทางอีเมล ระบบโทรศัพท์อัตโนมัติ หรือข้อความ SMS ท่านสามารถยกเลิกการรับสื่อโฆษณาได้ตลอดเวลาโดยไปที่: https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS หรือ unsubscribe1@harel-ins.co.il หรือ โดยการกดหมายเลข *2735 หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดด้านล่าง:</p> <div></div> <p>(ข) ความยินยอมในการรับสื่อโฆษณาเพิ่มเติม:</p> <p><input type="checkbox"/> นอกเหนือจากโฆษณาที่บริษัทอาจส่งให้ข้าพเจ้าตามประกาศข้างต้น ข้าพเจ้าขอแสดงความประสงค์ที่จะรับสื่อโฆษณาเกี่ยวกับบริการและผลิตภัณฑ์จากทุกบริษัทในกลุ่มฮาเรล คู่ค้าทางธุรกิจของบริษัท และบุคคลภายนอก โดยผ่านทางอีเมล ระบบโทรศัพท์อัตโนมัติ หรือข้อความ SMS</p> <p>*กลุ่มฮาเรล ได้แก่ บริษัท ฮาเรล อินชัวร์นซ์ แอนด์ โฟแนนเชียล เซอร์วิสেস จำกัด และบริษัทในเครือ</p> <p>โปรดทราบว่า การไม่แสดงความประสงค์ของท่านจะไม่ถือว่าเป็นการปฏิเสธการรับสื่อโฆษณาจากบริษัท (ตามรายละเอียดในส่วน A. ข้างต้น) และจะไม่เป็นการลบล้างความยินยอมที่เคยให้ไว้ก่อนหน้านี้ ท่านสามารถเปลี่ยนใจในการให้ความยินยอมของท่านได้ตลอดเวลา</p>	
7.	<p>บริษัทประกันภัยเคยปฏิเสธหรือยกเลิกใบสมัครประกันสุขภาพของท่านหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก “เคย” โปรดระบุรายละเอียด:</p> <p>.....</p>	
8.	<p>การยกเว้นการรักษาความลับทางการแพทย์: ข้าพเจ้าขออนุญาตแก่หน่วยงาน HMO และ/หรือสถาบันการแพทย์ต่าง ๆ รวมถึงแพทย์ทุกท่าน นักจิตแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ โรงพยาบาลและ/หรือบริษัทประกันภัย หรือหน่วยงานใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้เปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อความจำเป็นในการพิจารณาสิทธิและหน้าที่ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และ/หรือกระบวนการตรวจสอบการเข้าร่วมในประกันภัยที่ข้าพเจ้าได้สมัครไว้ ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในความลับทางการแพทย์ และการสละสิทธิ์นี้จะครอบคลุมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพสุขภาพ ความเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตที่ข้าพเจ้าอาจมี โดยไม่มีข้อยกเว้นและในรูปแบบที่ฝ่ายผู้ร้องขอต้องการ ข้าพเจ้าขอปลดปล่อยความรับผิดชอบของท่านในการเก็บรักษาความลับทางการแพทย์และสละสิทธิ์นี้ให้แก่ “ผู้ร้องขอ” การสละสิทธิ์นี้จะมีผลบังคับใช้กับทรัพย์สินทางกฎหมายของข้าพเจ้า ผู้แทนทางกฎหมายของข้าพเจ้า และบุคคลที่มาสืบทอดหน้าที่ของข้าพเจ้า</p>	

ผู้สมัครประกันภัยได้ลงนามในแบบฟอร์มแถลงการณ์สุขภาพนี้หลังจากได้รับการอธิบายเนื้อหาในภาษาที่ตนเข้าใจดี

วัน

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลายมือชื่อพยาน