

คำแผลงสุขภาพสำหรับประกันสุขภาพ – ชาวต่างชาติในอิสราเอล

ขั้นอยู่กับใบสมัครประจำกันภัยที่แนบมาด้วย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากคำแกลงสุขภาพนี้ได้
แบบฟอร์มนี้ออกแบบมาสำหรับทั้งชายและหญิง
โปรดตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่านกรอกแบบฟอร์มนี้อย่างถูกต้องและครบถ้วน
ฉบับวันที่ 06.2025



၁၅၈

บริษัทอาเรลลินชัวรันส์จำกัด - สาขาประกันภัยพนักงานและนักท่องเที่ยวต่างชาติ

3 ถนนแอบบากิลเลล รหัสไปรษณีย์ 1951, รามัตกัน 5211802, แฟกซ์: 03-7348083 อีเมล: fax7930@harel-ins.co.il

ก. รายละเอียดเฉพาะของผู้ขอเป็นไร้ภัย

เลขที่หนังสือเดินทาง นามสกุล ชื่อ วันเดือนปีเกิด เอกสาร ฯ ณ

ในภาคกลางสุขภาพนิ่ง ท่านต้องตอบคำว่าต้องไปได้โดยท่าเครื่องหมาย "✓" ในคอกลัมเน้นที่ตรงกับคำตอบที่เหมาะสม หากค่าตอบของท่านสำหรับคำว่าดีค่าความหนึ่งคือ "ใช่" ท่านต้องแนบใบรับรองที่คอกดีและพิมพ์ผู้รักษาป่วยบันทึก เนื่องจากเป็นเอกสารที่มีความสำคัญ ผลการตรวจ วิธีการรักษา และสถานะป่วยบันทึก

ส่วน ๒: คำสอนพ่อๆ

181

- | รายชื่อ กก. ห้ามนำเข้าประเทศ | |
|------------------------------|---|
| 1. | ความสูงหน่วยเป็น ซม.: น้ำหนักหน่วยเป็น กก.: |
| 2. | <input type="checkbox"/> ท่านใช้ยาเสพติดหรือเครียดใช้ยาเสพติดหรือไม่?
<input type="checkbox"/> ท่านเป็นโรคเรื้อรังหรือไม่? โปรดระบุปริมาณการบริโภค: แก้ว |
| 3. | ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับคำแนะนำให้ตรวจสุขภาพใด ๆ ต่อไปนี้ (นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพทั่วไป) และบังเอิญได้ดำเนินการตรวจนั้น หรืออย่างสมบูรณ์หรือไม่ เช่น โรคเรื้อรัง การสูบบุหรี่ การตรวจมะลิกระดูก เอกซ์เรย์ MRI CT อัลตราซาวด์ (นอกเหนือจากการตรวจจะแนะนำดังครั้งนี้)
เนื้อ การตรวจเลือดแพลง การส่องกล้องลำไส้ใหญ่หรือกระเพาะอาหาร โรคคุนุมิ่มภัยทั่วองค์ รวมถึงโรคคุนุมิ่มภัย (หาก "ใช่" กรุณาแนบใบเบร์ของแพทย์ผู้ให้การรักษาปัจจุบัน โดยระบุเหตุผลของการตรวจ ผลการตรวจ และการวินิจฉัยสุดท้าย) |
| 4. | ท่านกำลังจะเข้ารับการผ่าตัดหรือการปลูกถ่ายอวัยวะในขณะนี้ หรือเคยมีแผนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? โปรดอธิบายในรายละเอียด: |
| 5. | ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่? โปรดอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุผลในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและสาเหตุที่ต้องเข้ารับการรักษา |
| 6. | ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างต่อเนื่อง หรือได้รับคำแนะนำให้รับประทานยาหรือไม่? โปรดอธิบายรายที่ท่านได้รับการรักษา วิธีการรักษา และระยะเวลาที่ท่านใช้ยาดังกล่าว |
| 7. | ท่านได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคภัยแพ้หรือไม่? โปรดอธิบายในรายละเอียด: |

ส่วน ๔: ท่านได้รับเอกสารวินิจฉัยว่ามีความเห็นไป่ไม่ถูกกล่าว枉罪โดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย

1. ระบบประสาท โรคหลอดเลือดสมอง ลมบ้าหมู โรคกลอกประสาทเฉื่อยแข็ง กล้ามเนื้อเฉื่อย หรือโรคร้อน ๆ ที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อ
 วิงเรียนศีรษะช้ำ ๆ ปวดศีรษะ สมดุลผิดปกติ เป็นลมหนาดลติ โรคพาร์กินสัน โรคอัลไซเมอร์ มีสัน พัฒนาการล่าช้า
 ออทิติก ดาวน์ซินไดروم สมองพิการ โรคไปลิโอล (โรคไปลิโอลในวัยเด็ก) โรคโกเกะ อาการสูญเสียความรู้สึก (ชา) สมิเรตัน ไมเกรน
 ท่านเคยพบแพทย์เกี่ยวกับปัญหาความจำได้มีหรือไม่ โรคเอดส์ หายใจลำบาก โรคคุกปัส

หากคำตอบของคุณหนึ่งหรือมากกว่าคือ "ใช่" กรุณาแนบใบรับรองแพทย์ล่าสุดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทที่ท่านได้รับการรักษา

ก้าวต่อไปของความนิยมที่เรียกว่า "ใช่" กรณีแบบปรับร่องแพทย์ล่าสุดจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทที่ท่านได้รับการรักษา

2. ดวงตาและการมองเห็น: ต้อกระจก ปัญหาของประสาทตาและประจักด้า ต้อหิน การยักเสบของดวงตา ตาเขียว ตาบอด
โรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับดวงตา: ไม่มี มี หาก "มี" โปรดระบุ: _____

3. **หัวใจ:** หัวใจเดินผิดจังหวะ โรคหัวใจ หัวใจล้มเหลว หัวใจวาย ความผิดปกติของหัวใจดังที่กำหนด การส่วนหัวใจ

- เรคคันหัวใจ หรือเรค/ปัญหาอันเกี่ยวกับหัวใจ: เมมโมรี่ มาก "มาก" ประดิษฐ์:

4. หลอดเลือด: เส้นเลือดขอด (บริเวณขา) หลอดเลือดแดงค่า troponin (บริเวณคอ) ความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด โรคเลือด
 ถังเลือดในหลอดเลือดดำเล็ก (DVT) โรคหลอดเลือดล่วนปลาย (PVD) หรือโรคปัญหาอื่นเกี่ยวกับหลอดเลือด
 ไห้ รี หมาย "รี" โปรดระบุ:

ก. รายละเอียดเฉพาะของผู้ขอเอกสารกันภัย	ใช่	ไม่
ส่วน ข: ท่านได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยกลุ่มอาการความผิดปกติใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพย่างน้อยหนึ่งอย่างที่ระบุไว้ด้านล่าง:		
5. โรคระบบทางเดินหายใจ: <input type="checkbox"/> ตอมไทรอยด์ <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"/> ไขมัน/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"/> ไข้ลั่นของฟาง <input type="checkbox"/> การติดเชื้อทางเดินหายใจซ้ำ ๆ และหายใจลำบาก <input type="checkbox"/> ปอดแฟบ (Pneumothorax) <input type="checkbox"/> โรคอสติกไฟบริช โรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:		
7. ระบบทางเดินอาหาร: <input type="checkbox"/> แผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้เล็กกวนตัน <input type="checkbox"/> กระแทกห้อน <input type="checkbox"/> โรคโครหัน <input type="checkbox"/> ลำไส้อักเสบ <input type="checkbox"/> โรคกระเพลลล้อน <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"/> อุณหัติ <input type="checkbox"/> น้ำในถุงน้ำดี โรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:		
8. ตับ: <input type="checkbox"/> ตี่่าน <input type="checkbox"/> ไวรัสตับอักเสบบี ซี ดี <input type="checkbox"/> ไขมันพอกตับ <input type="checkbox"/> ตับแข็ง หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับตับ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:		
9. ไส้เลื่อน: ตำแหน่งของไส้เลื่อน: บริเวณกระบังลม สะตือ ขาหนีบขวา ขาหนีบซ้าย ท่านเคยเข้ารับการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนหรือไม่? <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"/> น้ำในไตและทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> อุณหัตินไต <input type="checkbox"/> ความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ไตวาย หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับไตและระบบทางเดินปัสสาวะ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:		
11. ข้อต่อและกระดูก: <input type="checkbox"/> โรคข้ออักเสบ <input type="checkbox"/> เก้าด์ <input type="checkbox"/> หลัง/กระดูกสันหลัง <input type="checkbox"/> ข้อต่อ ¹ <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"/> ชิฟลิล โรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับผิวหนังและเพศ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:		
13. โรคเมริงและเนื้องอกร้าย		
14. สำหรับผู้หญิง: <input type="checkbox"/> เด้านม (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"/> เส้นเลือดอุดตันที่อัณฑะ/อุณหัติ โรค/ปัญหาอื่น <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:		
16. โรคทางจิต: โรคทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากนักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือแพทย์ประจำบ้าน		
17. โรคจมูก หู และลำคอ: <input type="checkbox"/> ภาวะหดหายใจขณะหลับ <input type="checkbox"/> โพรงจมูกอักเสบ <input type="checkbox"/> ไข้ลั่นลักษณะ หรือโรค/ปัญหาอื่นเกี่ยวกับจมูก หู และลำคอ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี หาก "มี" โปรดระบุ:		

โปรดระบุรายละเอียด:

ข	รายละเอียดกรมธรรม์ประกันภัยก่อนหน้า						
	<p>ท่านเคยได้รับการประกันจาก衙หรือบริษัทประกันภัยอื่นหรือไม่? <input type="checkbox"/> ไม่ <input checked="" type="checkbox"/> ใช่</p> <p>หากใช่ให้ระบุบริษัทและหมายเลขกรมธรรม์/หมายเลขสมาชิกผู้ให้บริการด้านสุขภาพ:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">ระยะเวลาประกันภัย ถึง</td> <td style="width: 30%;">ชื่อบริษัท ถึง</td> <td style="width: 30%;">เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย</td> </tr> <tr> <td>ตั้งแต่ 1 1</td> <td>ถึง</td> <td>หมายเลขอ峡ิก</td> </tr> </table>	ระยะเวลาประกันภัย ถึง	ชื่อบริษัท ถึง	เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย	ตั้งแต่ 1 1	ถึง	หมายเลขอ峡ิก
ระยะเวลาประกันภัย ถึง	ชื่อบริษัท ถึง	เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย					
ตั้งแต่ 1 1	ถึง	หมายเลขอ峡ิก					

ค หนังสือมอบอำนาจของตัวแทน

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ตัวแทนประกันภัยของข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว เพื่อดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับกรรมธรรม์ประจำภัยในนามของข้าพเจ้า การดำเนินการนี้รวมถึงแต่งตั้งสำนักงานที่อยู่ในกรรมธรรม์ ขั้นตอนการพิจารณารับประกันภัย การต่ออายุหรือขยายกรรมธรรม์ การยื่นคे�ลล์ การแก้ไขรายละเอียด และการดำเนินการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับกรรมธรรม์รวมถึงการส่งเอกสารและ/หรือหนังสือที่เกี่ยวข้องถึงบริษัทประจำภัย "อาเรล" และรับข้อมูลจากบริษัทในนามของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ตัวแทนประจำภัยดำเนินการในที่สุดเท่าที่ ที่เกี่ยวข้องกับกรรมธรรม์ของข้าพเจ้า รวมถึงการอนุญาตให้ส่งข้อมูลทั้งหมดที่จำเป็นต่อการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรรมธรรม์แก่ตัวแทนประจำภัย รวมถึงรายละเอียดของกรรมธรรม์อื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้กับบริษัทอาเรล ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องเป็นกรรมธรรม์ที่ตัวแทนประจำภัยซึ่งข้าพเจ้าขออำนาจให้เป็นตัวแทนของข้าพเจ้าในข้อตกลงนี้เป็นผู้ดูแล

เพื่อทราบข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับกรมธรรม์ ข้าพเจ้ายอมรับว่าการส่งสำเนาของจดหมายและ/หรือเอกสารที่ได้ให้ข้อความกับการเรียกร้องจะถูกส่งให้กับทัวแทนประกันภัยในทุกกรณี.

๔	คำประกาศของผู้เอาประกันภัย
1.	<p>ข้าพเจ้า ผู้ลงนามด้านล่างนี้ ขอให้บริษัท ฮาเรล อินชัวรันซ์ จำกัด (ต่อไปนี้เรียกว่า “บริษัทประกันภัย/บริษัท/ฮาเรล”) ทำการประกันภัยแก่ข้าพเจ้าตามรายละเอียดในคำเสนอการประกันภัยนี้</p> <p>(1) ความเป็นส่วนตัว บริษัท ฮาเรล อินชัวรันซ์ จำกัด และ บริษัท ฮาเรล เวนด์ แอนด์ โพรวิเดนซ์ จำกัด (“ฮาเรล”) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ในการสมัครใช้ผลิตภัณฑ์ การให้บริการ การดำเนินงานและการจัดการตลอดวงจรชีวิตของผลิตภัณฑ์ การจัดการข้อเรียกร้อง การชำระเงินและกระบวนการต่าง ๆ การบริหารจัดการและการพัฒนาธุรกิจและบริการที่ฮาเรลให้ การปฏิบัติตามกฎหมาย การปรับแต่งและนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการตามลักษณะเฉพาะบุคคล และเพื่อวัตถุประสงค์อันชอบด้วยกฎหมายอื่น ๆ โดยทั่วไปแล้ว ท่านไม่มีภาระผูกพันทางกฎหมายที่จะต้องให้ข้อมูล อย่างไรก็ตาม การเลือกที่จะไม่ให้ข้อมูลอาจทำให้ได้รับไม่สามารถประเมินค่าของหรือให้บริการได้ ข้อมูลที่ให้จะถูกถ่ายโอนไปยังตัวแทนประกันภัย (หากมี) เพื่อให้ตัวแทนสามารถดำเนินการตามคำขอและจัดการในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและการดำเนินงานของผลิตภัณฑ์และบริการ ตลอดจนไปยังผู้ให้บริการและบุคคลภายนอกอื่น ๆ ที่มีสิทธิ์ได้รับข้อมูลดังกล่าวในเบื้องต้น</p> <p>สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับนโยบายความเป็นส่วนตัวได้ที่ https://www.harel-group.co.il/t/XSVCTB ได้แก่ลิงก์:</p> <p>(2) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าคำตอบบททั้งหมดที่ให้ไว้ถูกต้องและครบถ้วน และได้ให้หัวข้อความสมควรไว้</p> <p>(3) คำตอบในคำประกาศสุขภาพและข้อมูลใด ๆ ที่ให้ไว้แก่บริษัท ตลอดจนเงื่อนไขที่เป็นไปตามมาตรฐานของบริษัทเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว จะถือเป็นเงื่อนไขพื้นฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับบริษัท และจะถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันภัยนี้</p>
2.	<p>ผู้รับผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิต</p> <p>ท่านสามารถระบุผู้รับผลประโยชน์ได้ โดยใช้แบบฟอร์ม “คำขอเปลี่ยนแปลงผู้รับผลประโยชน์ในกรณีเสียชีวิต” ในกรณีที่ไม่มีการระบุผู้รับผลประโยชน์ จำนวนเงินจะถูกจ่ายให้แก่ทายาทตามกฎหมาย ตามคำสั่งศาลหรือพินัยกรรม</p>
3.	<p>ขั้นตอนการเข้าร่วมประกันภัย: บริษัทมีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจว่าจะรับหรือปฏิเสธคำเสนอการประกันภัย สำหรับข้อมูลของท่าน ลัญญาประกันภัยจะมีผลบังคับใช้เฉพาะเมื่อบริษัทออกเอกสารยืนยัน เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อยอมรับผู้สมัครเป็นผู้เอาประกันภัย หากมีความจำเป็นต้องดำเนินการเพิ่มเติมเพื่อชี้แจงเงื่อนไข การพิจารณาสรับประกัน และการรับเข้าเป็นผู้เอาประกันภัย กรรมธรรม์จะไม่ถูกออกให้กับผู้สมัครและจะไม่มีผลบังคับใช้จนกว่ากระบวนการดังกล่าวจะเสร็จสิ้น</p>
4.	<p>(1) ข้าพเจ้ายินยอมให้รับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า ซึ่งรายละเอียดปรากฏอยู่ในคำเสนอการประกันภัยนี้ สำหรับการและ/หรือแจ้งให้บริษัททราบในนามของข้าพเจ้าเกี่ยวกับกระบวนการที่จะรับประกันและทำการช่วยเหลือในกรณีรถเมล็ด</p> <p>(2) ข้าพเจ้ายินยอมให้กรรมธรรม์ของแผนประกันภัยตามค่าขอในข้อเสนอที่ถูกส่งมอบให้แก่ข้าพเจ้าโดยผ่านตัวแทนประกันภัย ซึ่งรายละเอียดปรากฏอยู่ในตอนต้นของคำเสนอการประกันภัยนี้</p> <p>(3) หากท่านประสงค์จะรับกรมธรรม์และ/หรือข้อมูลในกระบวนการพิจารณาสรับประกันภัย และกระบวนการเข้าร่วมในกรมธรรม์นี้โดยตรง ท่านสามารถติดต่อบริษัทฮาเรลให้ทุกเวลา โดยไม่ต้องมีหมายเหตุ (*2735)</p>
5.	<p>ข้าพเจ้ายินยอมขึ้นว่าข้าพเจ้าได้รับข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า ซึ่งรวมถึงอย่างน้อยที่สุด รายละเอียดขององค์ประกอบหลักของความคุ้มครอง ค่าเบี้ยประกันภัย ระยะเวลาประกันภัย จำนวนเงินประกันภัยหลัก และข้อจำกัดความรับผิดชอบหลัก พร้อมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ข้าพเจ้าจะได้รับรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว</p>
6.	<p>การส่งสื่อโฆษณา</p> <p>(ก) ประกาศเกี่ยวกับการรับสื่อโฆษณาจากบริษัท: ข้อมูลที่ท่านให้จะถูกใช้เพื่อการส่งสื่อโฆษณาโดยบริษัทผ่านทางอีเมล ระบบโทรศัพท์มือถือ หรือข้อความ SMS ท่านสามารถยกเลิกการรับสื่อโฆษณาได้ตลอดเวลาโดยไปที่: https://www.harel-group.co.il/t/QMUYBS หรือ unsubscribe1@harel-ins.co.il หรือ โดยการกดหมายเลข *2735 หรือ สแกนคิวอาร์โค้ดด้านล่าง</p>  <p>(ข) ความยินยอมในการรับสื่อโฆษณาเพิ่มเติม: <input type="checkbox"/> นักหนែจากโฆษณาที่บริษัทอาจส่งให้ข้าพเจ้าตามประกาศข้างต้น ข้าพเจ้าขอแสดงความประสงค์ที่จะรับสื่อโฆษณาเกี่ยวกับบริการและผลิตภัณฑ์จากทุกบริษัทในกลุ่มฮาเรล ผู้ค้าทางธุรกิจของบริษัท และบุคคลภายนอก โดยผ่านทางอีเมล ระบบโทรศัพท์มือถือ หรือข้อความ SMS</p> <p>*กลุ่มฮาเรล ได้แก่ บริษัท ฮาเรล อินชัวรันซ์ แอนด์ ไฟแนนเชียล เซอร์วิสเซส จำกัด และบริษัทในเครือ</p> <p>โปรดทราบว่า การไม่แสดงความประสงค์ของท่านจะไม่ถือว่าเป็นการปฏิเสธการรับสื่อโฆษณาจากบริษัท (ตามรายละเอียดในส่วน A. ข้างต้น) และจะไม่เป็นการลบล้างความยินยอมที่เคยให้ไว้ก่อนหน้านี้ ท่านสามารถเปลี่ยนใจในการให้ความยินยอมของท่านได้ตลอดเวลา</p>
7.	<p>บริษัทประกันภัยเคยปฏิเสธยกเว้นในสิ่งใดที่คุณต้องการ? <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย หาก “เคย” โปรดระบุรายละเอียด:</p>
8.	<p>การยกเว้นการรักษาความลับทางการแพทย์: ข้าพเจ้าขออนุญาตให้หน่วยงาน HMO และ/หรือสถาบันการแพทย์ดังนี้ รวมถึงแพทย์ทุกท่าน นักจิตแพทย์ สถาบันทางการแพทย์ โรงพยาบาล และ/หรือบริษัทประกันภัย หรือหน่วยงานใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้เปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของข้าพเจ้าเพื่อความจำเป็นในการพิจารณาสิทธิ์และหน้าที่ภายใต้กรมธรรม์ประกันภัย และ/หรือกระบวนการตรวจสอบการเข้าร่วมในประกันภัยที่ข้าพเจ้าได้สมัครไว้ ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในความลับทางการแพทย์ และการสละสิทธิ์นี้จะครอบคลุมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสภาพสุขภาพ ความเจ็บป่วย ในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตที่ข้าพเจ้าอาจมี โดยไม่ขอยกเว้นและในรูปแบบที่ผ่านมา ข้าพเจ้าขอปลดปล่อยความรับผิดชอบของท่านในการเก็บรักษาความลับทางการแพทย์และสละสิทธิ์นี้ให้แก่ “ผู้ร้องขอ” การสละสิทธิ์นี้จะมีผลบังคับใช้กับทรัพย์สินทางกฎหมายของข้าพเจ้า ผู้แทนทางกฎหมายของข้าพเจ้า และบุคคลที่มาสืบทอดหน้าที่ของข้าพเจ้า</p>

ผู้สมัครประกันภัยได้ลงนามในแบบฟอร์มและรายการสุขภาพทั้งหมดที่ได้รับการอธิบายเมื่อท่านได้รับการอธิบายเมื่อท่านเข้าใจดี

วัน

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย

ลายมือชื่อพยาน