

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 พร้อมแนบรายงานทางการแพทย์จากโรงพยาบาลและรายงานเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของคุณ		
3.	ปัจจุบันคุณทานยาเป็นประจำหรือเคยทานในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ถ้าเคย โปรดระบุชื่อยาและเหตุผลที่รับประทาน		
4.	คุณดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือเคยดื่มมาก่อนหรือไม่? ถ้าเคย 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.	คุณเป็นโรคมุมนิตตนเอง รวมถึงโรคภูมิแพ้หรือไม่?		
14.	คุณกำลังรอรับการรักษาทันทีทางการแพทย์หรือการรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่หรือเปล่า?		
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 – โปรดระบุรายละเอียดของอาการแพ้และการรักษาใด ๆ ที่คุณได้รับ		
20.	ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ - รวมถึงโรคหอบหืด วัณโรค โรคปอดอักเสบกำเริบ โรคซิสติกไฟโบรซิส หลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง การติดเชื้อซ้ำในระบบทางเดินหายใจ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปอดบวม		
21.	ความผิดปกติของหัวใจและความดันโลหิต - รวมถึงโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, หัวใจวาย, หัวใจเต้นผิดจังหวะ, โรคลิ้นหัวใจ, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ, โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูงหรือความดันโลหิตผันผวน		
22.	ความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด - รวมทั้งการแข็งตัวของเลือดมากเกินไป, เส้นเลือดตีบ, เส้นเลือดขาด, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคหลอดเลือดส่วนปลาย		
23.	ระบบย่อยอาหาร - รวมถึงความผิดปกติของระบบย่อยอาหาร (แผลในกระเพาะอาหารหรือแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น), หัวใจไหม้, โรคติดเชื้อในลำไส้, โรคโครห์น, ลำไส้ใหญ่อักเสบเป็นแผล, เลือดออกในทางเดินอาหาร, ริดสีดวงทวาร, ความผิดปกติของช่องทวารหนัก, ความผิดปกติของตับหรือโรคตับ, ดีซ่าน, การติดเชื้อในถุงน้ำดี, นิ่วในถุงน้ำดี ความผิดปกติของหลอดอาหาร, การติดเชื้อในตับอ่อน		
24.	ไส้เลื่อน ทุกประเภทรวมถึงไส้เลื่อนแบบกรีด		
25.	การติดเชื้อในไตและทางเดินปัสสาวะ – รวมถึงนิ่วในไต การติดเชื้อหรืออุดตันในไตหรือทางเดินปัสสาวะ เลือดหรือโปรตีนในปัสสาวะ โรคไตเรื้อรัง ซีสต์ในไต ปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก		

26.	ข้อต่อและกระดูก – รวมถึงโรคข้ออักเสบ โรคเกาต์ หลัง กระดูกสันหลัง ข้อเข่า และความผิดปกติของข้อต่ออื่นๆ การผ่าตัดกระดูกหัก โรคกระดูก		
27.	การเผาผลาญอาหารและระบบภูมิคุ้มกัน – รวมถึงโรคเบาหวาน, ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์, ความผิดปกติของต่อมหมวกไต, ต่อมน้ำลาย, ต่อมน้ำเหลือง, ต่อมน้ำลายหรือต่อมอื่น ๆ, ไชมันในเลือดสูง, โรคเลือดหรือการแข็งตัวของเลือด, โรคโลหิตจาง		
28.	โรคร้าย (มะเร็ง) – รวมถึงเนื้องอกร้ายหรือก่อนมะเร็ง หรือการเจ็บป่วยก่อนมะเร็ง โปรดระบุชนิด วันที่วินิจฉัยและการรักษา		
29.	โรคผิวหนังและกามโรค - รวมถึงการเจริญเติบโตของผิวหนัง, โรคสะเก็ดเงิน, เริม, ซิฟิลิส, หูด, ตึงเนื้อ / หูดหงอนไก่		
30.	ความผิดปกติและโรคทางตา – รวมถึงต้อกระจก ตาเข ตาบอด ปัญหากระจกตาหรือเรติคูลัม การมองเห็นบิดเบี้ยว สายตาเอียง ต้อหิน		
31.	หู คอ จมูก – รวมถึงการติดเชื้อซ้ำ ไชนัสอักเสบ ตึงเนื้อ ต่อมทอนซิลอักเสบ การได้ยินผิดปกติ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ การนอนกรน		

โปรดให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำถามใดๆ ที่คุณตอบว่า “ใช่” หากมีเนื้อที่ไม่พอ โปรดต่อในหน้าอื่น และแนบเอกสารทางการแพทย์ใดๆ

ประกาศโดยผู้ถือกรรมสิทธิ์		
<p>ข้าพเจ้าขอประกาศว่า ข้อมูลทั้งหมดที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ในคำชี้แจงเกี่ยวกับสุขภาพนี้เป็นความจริงและถูกต้อง และข้าพเจ้าไม่ทราบถึงความผิดปกติอื่นใด ความพิการแต่กำเนิด หรือโรคทางกรรมพันธุ์ และ/หรือสภาวะทางการแพทย์ และ/หรือการเจ็บป่วย และ/หรือโรค และ ผลกระทบไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมที่เกิดขึ้นจากและ/หรือแยงลงจากอาการเจ็บป่วยใด ๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับก่อนที่จะมีการจัดทำกรรมสิทธิ์ประกันภัย และ/หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่อาจทำให้ผู้รับประกันภัยปฏิเสธข้อเสนอนี้ หรือปฏิเสธที่จะทำประกันภัยต่อผู้ยื่นขอเอาประกันภัย</p> <p>ประกาศนี้ลงนามโดยผู้เอาประกันภัย หลังจากอธิบายให้เขาหรือเธอเข้าใจในภาษาที่พวกเขาเข้าใจ</p>		
ลายเซ็นและวันที่	ชื่อนายจ้าง/ผู้ถือกรรมสิทธิ์	ลายเซ็นของผู้นำจ้าง / ผู้ถือกรรมสิทธิ์

ข้อมูลสำหรับผู้ขอเอาประกันภัย

1. ตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ สามารถต่ออายุกรมธรรม์ได้ภายใน 90 วัน หลังจากกรมธรรม์หมดอายุ โดยขึ้นอยู่กับชำระเบี้ยประกันภัยสำหรับระยะเวลาระหว่างกรมธรรม์หมดอายุจนถึงวันเริ่มต้นการต่ออายุ (สามารถชำระได้ โดยผู้ประกันตนหรือนายจ้าง)
ตราบเท่าที่คุณอาศัยอยู่ในอิสราเอลในฐานะแรงงานต่างชาติ หลังจาก 90 วันผ่านไปนับตั้งแต่กรมธรรม์หมดอายุ จะต้องมีการพิจารณารับประกันภัยทางการแพทย์ใหม่
2. หากคุณประสบความสำเร็จตามข้อกำหนดไว้ในกฎหมายสิทธิเท่าเทียมกันสำหรับผู้พิการ – 1988 หมายความว่าความพิการทางร่างกาย ความบกพร่องทางจิตใจหรือสติปัญญา ไม่ว่าจะพิการหรือชั่วคราว ซึ่งจำกัดการทำงานของคุณในกิจกรรมประจำวันโดยทั่วไปอย่างรุนแรง โปรดแจ้งตัวแทนประกันที่มีรายละเอียดตามแบบฟอร์มนี้

ประกาศของผู้ขอเอาประกันภัย

1. ข้าพเจ้าขอประกาศ ตกลง และรับรองว่า: (1) คำตอบทั้งหมดเป็นความจริง สมบูรณ์ และได้รับการจัดเตรียมโดยเจตจำนงเสรีของข้าพเจ้าเอง (2) คำตอบที่ปรากฏในประกาศสุขภาพและข้อมูลอื่น ๆ ที่ให้แก่ผู้รับประกันภัยพร้อมกับเงื่อนไขมาตรฐานของผู้รับประกัน ในเรื่องนี้เป็นข้อกำหนดพื้นฐานของสัญญาประกันภัยระหว่างข้าพเจ้ากับผู้รับประกันภัยและจะเป็นส่วนสำคัญของสัญญา (3) ผู้รับประกันภัยมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธใบสมัครนี้โดยไม่ต้องพิสูจน์การตัดสินใจของตน ข้าพเจ้าทราบดีว่าสัญญาประกันภัยจะมีผลก็ต่อเมื่อผู้รับประกันภัยยืนยันการยอมรับประกันภัยเป็นลายลักษณ์อักษร และหลังจากชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกครบถ้วนแล้ว
2. ข้าพเจ้าทราบว่าตามนโยบายนี้ ผู้ประกันตนจะได้รับการยกเว้นจากการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด หรือโรคทางกรรมพันธุ์ และ/หรือสภาวะทางการแพทย์ และ/หรือความเจ็บป่วย และ/หรือโรค และผลกระทบของมัน ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือ ไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงหรือโดยอ้อมจากและ/หรือแยงจากอาการทางกาย ใดๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับก่อนที่จะมีการจัดทำกรมธรรม์ประกันภัย โดยขึ้นอยู่กับบทบัญญัติของกฎหมายแรงงานต่างด้าวและข้อกำหนดและเงื่อนไขของกรมธรรม์
3. ข้าพเจ้าขอประกาศว่าข้าพเจ้าไม่เคยถูกปฏิเสธการรับประกันภัยจากบริษัทประกันภัยอื่นใด
4. ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการประกันภัย รวมถึงคำอธิบายของความคุ้มครองหลัก เบี้ยประกัน ระยะเวลาประกันภัย จำนวนเงินเอาประกันภัยหลักและขีดจำกัดความรับผิด และความเป็นไปได้ที่จะได้รับข้อความในกรมธรรม์ฉบับสมบูรณ์
5. การจัดนโยบายนี้ถือว่าคุณให้สิทธิตัวแทนประกันของคุณในการส่งและรับหนังสือแจ้งและ/หรือเอกสารใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณารับประกันภัยและกระบวนการจัดทำนโยบายนี้ในนามของคุณ / สำหรับคุณ
6. ข้าพเจ้าตกลงให้ตัวแทนประกันภัยจัดส่งกรมธรรม์ประกันภัยที่มีรายละเอียดในแบบฟอร์มนี้ให้แก่ข้าพเจ้า หากคุณต้องการได้รับข้อความในกรมธรรม์ฉบับเต็มและ/หรือข้อมูลอื่น ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพิจารณารับประกันภัยและขั้นตอนการจัดทำกรมธรรม์นี้โดยตรงจากบริษัทประกันภัย โปรดติดต่อเราได้ตลอดเวลา

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