

בקשת הצטרפות לתכנית well-come

(תוכנית המיועדת למי שחוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו חל עליו*)

תאריך הגשת הבקשה _____

תאריך הצטרפות _____

חלק א' - השירות המבוקש

הנני מבקש להצטרף לתכנית well-come ולקבל ממכבי שירותים רפואיים, שלא במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי - התשנ"ד 1994.

קרא מכבי

(סמך ✓ במידה והינך מעוניין להצטרף לקרא מכבי)

☐ אינני תושב מדינת ישראל

☐ חלה עלי תקופת המתנה עפ"י סעיף 58 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי

☐ הגשתי בעבר בקשת הצטרפות לתכנית ובקשתי נדחתה.

☐ הייתי בעבר חבר בתכנית

(סמך ✓ במשכצת המתאימה)

שם משפחה באנגלית	שם משפחה בעברית

פירוט בן/בת זוג או הורה (במקרה של קטין) החבר במכבי או בתכנית well-come

ת.ז/מס' חבר	קוד	שם פרטי	שם משפחה

חלק ב' - פרטים אישיים ומשפחתיים

בגירים/ילדים/ילדיהם מתחת לגיל 18 המבקשים להצטרף לתכנית

יש לצרף צילום של דרכון או תעודת זהות ישראלית עבור כל אחד מבני המשפחה.

מספר חבר	קוד	שם פרטי בעברית	שם פרטי באנגלית	תאריך לידה	מין	מס' דרכון	תאריך הפקת הדרכון	ארץ הפקת הדרכון
בגיר 1	9				☐ ז ☐ נ			
בגיר 2	9				☐ ז ☐ נ			
ילדים 1	9				☐ ז ☐ נ			
2	9				☐ ז ☐ נ			
3	9				☐ ז ☐ נ			
4	9				☐ ז ☐ נ			

שם	ארץ לידה	ארץ עליה	מצב משפחתי	תאריך כניסה לארץ	משך שהייה בארץ	מסרת שהייה בארץ
בגיר 1			☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ אלמן/ה			
בגיר 2			☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ אלמן/ה			

כתובת מגורים - רחוב	מס' בית	כניסה	מס' דירה	שכונה	שם ישוב	מיקוד
כתובת לדואר	טלפון	טלפון סלולרי	שם מעסיק בארץ	כתובת מעסיק בארץ	סיבת הפסקת הביטוח	הביטוח

* בכפוף לתקנון תכנית well-come המפורסם באתר מכבי

חלק ג' - הצהרת בריאות

מעל גיל 45 יש לצרף בנוסף להצהרת הבריאות, בדיקות רפואיות כלליות.

פירוט התשובות (נא לצרף מסמכים)	ילדים				בגור 2	בגור 1	השאלה:
	4	3	2	1			
	סמן "ל" לתשובה שלילית "כ" לתשובה חיובית. במקרה של תשובה חיובית - יש לפרט בטבלה ולצרף מסמכים רפואיים.						שאלות כלליות (השאלות מתייחסות לכל בן משפחה):
							1. גובה
							2. משקל בק"ג
							3. היקף מותניים
							4. האם הנך מעשן? אם כן, כמה שנים? כמה סיגריות ליום?
							5. במידה ועשנת בעבר, מתי הפסקת? כמה שנים עישנת? כמה סיגריות ליום?
							6. האם הנך מוגבל באופן חלקי או מלא בביצוע עצמאי של אחת או יותר מהפעולות הבאות: ללכת, לקום ולשבת, להתלבש, להתרחץ, לאכול, לשתות, לשלוט על הסוגרים?
							7. האם הנך חולה כעת או היית חולה במחלה כלשהי בשנה האחרונה? פרט אלו מחלות ומתי.
							8. האם נטלת/הנך נוטל תרופות באופן קבוע? פרט אילו תרופות
							9. האם אושפזת אי פעם בבית חולים או מוסד רפואי אחר? פרט מתי, סיבת האשפוז והטיפול שקבלת.
							10. האם עברת ניתוח? פרט מתי ומהות הניתוח.
							11. האם הנך מועמד לטיפול רפואי כלשהו הכולל בין היתר ניתוח או אשפוז?
							12. האם הנך צורך אלכוהול/סמים?
							13. האם עברת בדיקות מיוחדות ב-5 השנים האחרונות (כגון: C.T, MRI, מיפוי עצמות, ממוגרפיה)?
							14. האם עברת בדיקות מעבדה ו/או בדיקות רפואיות כלשהן בשנה האחרונה? פרט סיבה, מועד ותוצאות (בכלל זה תוצאות חורגות מהנורמה).
							15. האם הנך סובל ממחלה כרונית כלשהי פעילה או רדומה?
							16. האם אובחנת כסובל ממחלה אוטואימונית כלשהי ובכלל זה זאבת?
							17. האם הנך סובל או סבלת ממחלה זיהומית כלשהי?
							18. האם בששת החודשים האחרונים חלה ירידה במשקלך ב- 6 ק"ג או יותר?
							19. האם הנך סובל מתשישות או עייפות כרונית?
							20. האם הנך סובל משיעול כרוני?
							21. האם ידוע לך על בעיה רפואית כלשהי (לרבות מום מולד) שאינה נזכרת בהצהרה זו?
							22. האם קיבלת שירותים מיחידות לטיפול בית? אם כן היכן ומתי?
							23. האם עברת תאונת דרכים /תאונת עבודה/ אחר?
							24. האם היית/הנך במעקב רפואי/התפתחותי/פסיכולוגי או פסיכיאטרי?
	האם הנך לוקה או לקית באחת או יותר מהמחלות הבאות?						
							25. מחלות מערכת העצבים והמוח, שיתוקים, התעלפויות, אפילפסיה, הפרעות תנועה, הפרעות נפשיות (C.V.A, T.I.A, דמנציה, אלצהיימר, תשישות נפש).
							26. מחלות דרכי הנשימה, אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, גניחת דם, COPD, חזה אויר.
							27. מחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו, לחץ דם גבוה.
							28. מחלות דרכי עיכול, מחלות כבד, כיס מרה, הרניה, טחורים.
							29. מחלות כליה, דרכי שתן ודיאליזה.
							30. מחלות פרקים ועצמות, כאבי גב וצוואר.

אישה בהריון תצרף מכתב מרופא נשים הכולל תיעוד מעקב הריון.

להלן המקום המיועד להרחבת המידע הרפואי לתשובות חיוביות שניתנו בהצהרת הבריאות

[illegible]

ההני מזהיר כי: מטרת ההשייה בארץ שלי ושל בני משפחתי אינה לשם קבלת טיפול רפואי ולא ידוע לי על כל טיפול רפואי לו אני, או מי מבני משפחתי המבקשים להצטרף, זקוקים לו (למעט טיפול בקורונה, ככל שנדרש). כל הפרטים שמסרתי בהצהרת הבריאות לגבי ולגבי ילדי הקטינים נכונים ושלמים. אם יימצא שהפרטים שמסרתי אינם נכונים או שלמים, מכי תהא רשאית להפסיק חברותי בתכנית בכל עת.

שם וחתימת בגיר 1

שם וחתימת בגיר 2

כתב ויתור על סודיות:

הגני נותן בזאת רשות לכל מוסד רפואי לרבות קופת חולים ו/או בית חולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או צה"ל וכן לכל עובדיו ו/או רופאיו, למסור למכבי שירותי בריאות בכל צורה שתבקש על ידה, את כל המידע המצוי ברשותו אודות מצבי הבריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, בהווה ובעתיד ו/או כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלו, ככל שהדבר דרוש לצורך ביורר הזכויות והחובות המוקנות על פי תנאי תוכנית well-come.

הגני מוותר בזאת על סודיות רפואית כלפי מכבי שירותי בריאות ומשחרר כל מוסד ו/או עובד כאמור מחובת שמירה על סודיות רפואית ולא תהייה לי כל טענה ו/או תביעה כלפיו בקשר למסירת המידע.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א - 1981 וגם לפי חוק זכויות החולה תשנ"ו 1996 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל אחד מהמוסדות כאמור.

כתב ויתור זה מחייב אותי, ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי ויחול גם על ילדי הקטינים.

שם וחתומת בגיר 2	תאריך	שם וחתומת בגיר 1	תאריך
------------------	-------	------------------	-------

אני מצהיר, מסכים ומתחייב בזה כי:

- כל התשובות נכונות, מלאות וניתנו מרצוני החופשי.
- קראתי את תקנון התכנית, כפי שמופיע באתר מכבי באינטרנט, ואני מקבל עלי את כל התנאים המופיעים בו.
- ידוע לי כי מכבי רשאית שלא לאשר את הצטרפותי לתכנית מבלי שתהייה חייבת להצדיק את החלטתה.
- ידוע לי שההתקשרות תכנס לתוקפה רק לאחר קבלת אישור ממכבי על הצטרפותי לתכנית ולאחר הסדרת התשלומים הנדרשים.
- ידוע לי כי מכבי תהא פטורה ממתן שירות הקשור למום/מחלה מלידה, לרבות מחלות תורשתיות ו/או מצב בריאותי ו/או תופעה רפואית ו/או מחלה בין אם מטופלת ובין אם לא ו/או תוצאותיהם בין במישרין ובין בעקיפין שנגרמו ו/או הוחמרו עקב מצב בריאות שהיה קיים לפני מועד תחילת ההצטרפות.
- ידוע לי כי התעריף החודשי מתעדכן מעת לעת והינו בהתאם לתקנון התכנית.
- ידוע לי כי הרשות בידי מכבי לקבוע תוספת לתעריף הקבוע, או להחריג מצב רפואי, בהתאם למצב רפואי שנקבע, כתנאי לאישור ההצטרפות.
- ידוע לי כי התשלום הראשון לתוכנית הוא למספר חודשים מראש, כקבוע בתקנון התכנית.
- ידוע לי כי טופס בקשת ההצטרפות והצהרת הבריאות תקפים לחודש ימים מיום חתימתי על ההצהרה.
- ידוע לי כי במידה וחלה עלי תקופת המתנה על פי סעיף 58 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי הגני מחויב לעדכן את מכבי על מועד סיום תקופת ההמתנה.
- כל המוצהר לעיל מתייחס גם לילדי הקטינים הכלולים בבקשת הצטרפות זו.

ביטוחים נוספים

- ידוע לי כי דמי החבר בתכנית well-come אינם כוללים את התשלום לביטוח הסיעודי ולקרן מכבי ואלה ייגבו בנוסף.
- ידוע לי כי חברותי בקרן מכבי הינה בכפוף לתקנות קרן מכבי ונהליה.
- ידוע לי כי הצטרפותי לביטוח הסיעודי הינה בכפוף לתנאי חברת הביטוח ולתנאי הפוליסה.

אני החתום מטה מאשר כי קראתי את תקנון התכנית והבנתי את כללי ותנאי התכנית וכל הפרטים בטופס הבקשה הוסברו לי בשפה _____.

שם וחתומת בגיר 2	תאריך	שם וחתומת בגיר 1	תאריך
------------------	-------	------------------	-------

לשימוש המשרד:

טופס הצעה זה נחתם על ידי המועמד לתכנית לאחר שהוסבר לו תוכנו בשפה המובנת לו.

שם המשרד/ית	חתימה	תאריך	פרטי המשרד/ית
פרטי המשרד/ית	פרטי המשרד/ית	פרטי המשרד/ית	פרטי המשרד/ית
שם ושם משפחה	ת.ז/דרכון	שם ושם משפחה	ת.ז/דרכון

הצהרת המועמד, במידה ועבר מעל חודש ימים (ולא יותר מ- 3 חודשים) מיום חתימתו על טופס הצטרפות זה:

הגני מצהיר כי לא חל שינוי במצבי הרפואי מיום חתימתי על הצהרת הבריאות ביום _____ וידוע לי כי מכבי רשאית לדרוש מסמכים רפואיים נוספים.

שם וחתומת בגיר 2	תאריך	שם וחתומת בגיר 1	תאריך
------------------	-------	------------------	-------

יש למלא במקרים בהם הגשת טופס בקשת ההצטרפות לתוכנית או הסדרת התשלום לצורך השלמת תהליך הרישום מבוצעים שלא ישירות על ידי המועמד עצמו

הגני מיפה כוחו/ה של _____ ת.ז. _____ לבצע בשמי ובעבורי כל הפעולות הנדרשות לצורך הרישום שלי ושל ילדי הקטינים לתוכנית well-come

שם וחתומת בגיר 2	תאריך	שם וחתומת בגיר 1	תאריך
------------------	-------	------------------	-------

לשימוש המשרד בלבד: ☐ מאושר ☐ נידחה שם גורם מנהלי: _____ תאריך: _____

בכפוף להצהרת הבריאות.

הערות: _____