

(תוכנית המיועדת למי שחוק ביטוח בריאות ממלכתי אינו חל עליו*)
 (This plan is intended for those not covered by the National Health Insurance Law*)

Section A – Requested Service

חלק א' - השירות המבוקש

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

I hereby request to join the Well-Come plan and receive medical services from Maccabi Healthcare Services, as I am not covered by the National Health Insurance Law 1994.

<input type="checkbox"/> מאושר בכפוף להצהרת הבריאות <input type="checkbox"/> נדחה הערות: _____ תאריך הצטרפות: _____	לשימוש המשרד בלבד: שם גורם מנהלי: _____ תאריך הגשת הבקשה: _____ תאריך הצטרפות: _____	<input type="checkbox"/> איני חושב ישראל I am not a resident of the State of Israel <input type="checkbox"/> הגשתי בעבר בקשת הצטרפות לתכנית ובקשתי נדחתה. My previous membership application was denied	<input type="checkbox"/> מכבי רגיל <input type="checkbox"/> מכבי זהב <input type="checkbox"/> מכבי שלי Maccabi Sheli Maccabi Zahav Maccabi סמן ✓ במשבצת המתאימה (Tick ✓ the relevant box) נא לצרף צילום דרכון Please attach a passport photo
--	---	--	---

Section B – Personal Details

חלק ב' - פרטים אישיים

שם פרטי בעברית	שם פרטי באנגלית	שם משפחה בעברית	שם משפחה באנגלית	תאריך לידה	מספר חבר (למילוי המשרד)	קיד
שם פרטי בעברית	שם פרטי באנגלית	שם משפחה בעברית	שם משפחה באנגלית	תאריך לידה	מספר חבר (למילוי המשרד)	קיד
מין	מספר דרכון	תאריך הפקת הדרכון	ארץ הפקת הדרכון	מצב משפחתי		
מין	מספר דרכון	תאריך הפקת הדרכון	ארץ הפקת הדרכון	מצב משפחתי		
נ F ז M				<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> אלמנה		
כחובת מגורים - רחוב	מס' בית	כניסה	מס' דירה	שכונה	שם ישוב	מיקוד
כחובת מגורים - רחוב	מס' בית	כניסה	מס' דירה	שכונה	שם ישוב	מיקוד
מקום לימודים בארץ	מקום לימודים בארץ	איש קשר במקום הלימודים	האם בוטחת בעבר	שם גוף מבטח בארץ	תקופת הביטוח	סיבת הפסקת הביטוח
מקום לימודים בארץ	מקום לימודים בארץ	איש קשר במקום הלימודים	האם בוטחת בעבר	שם גוף מבטח בארץ	תקופת הביטוח	סיבת הפסקת הביטוח
			כן Yes לא No			

*Subject to the terms and conditions of the Well-Come plan available on the Maccabi website. בכפוף לחקנו תכנית well-come המפורסם באתר מכבי.

Section C – Health Declaration

חלק ג' - הצהרת בריאות

שאלות כלליות	General Questions
השאלה:	Question:
1. גובה בס"מ	1. Height in cm
2. משקל בק"ג	2. Weight in kg
3. היקף מותניים	3. Waist circumference
4. האם הנך מעשן? אם כן, כמה שנים? כמה סיגריות ליום?	4. Are you a smoker? If yes, for how many years? How many cigarettes per day?
5. במידה ועישנת בעבר, מתי הפסקת? כמה שנים עשנת? כמה סיגריות ליום?	5. If you have smoked in the past, when did you quit? How many years did you smoke for? How many cigarettes per day?
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?	6. Are you limited partially or fully in performing independently one or more of the following activities: walking, standing up, sitting down, getting dressed, washing yourself, eating, drinking, controlling your bowels.
7. האם הנך חולה כעת או היית חולה במחלה כלשהי בשנה האחרונה? פרט אלו מחלות ומתי?	7. Are you suffering or have you suffered from any disease in the past year? Mention which illnesses and when.
8. האם נטלת/הנך נוטל תרופות באופן קבוע? פרט אילו תרופות?	8. Are you taking or have you taken any medication on a regular basis? Mention which medication.
9. האם אושפדת אי פעם בבית חולים או מוסד רפואי אחר? פרט מתי, סיבת האשפוז והטיפול שקבלת.	9. Have you been admitted to a hospital or other medical institution? Mention when, the reason for admission, and the treatment you received.
10. האם עברת ניתוח? פרט מתי ומהות הניתוח.	10. Have you undergone surgery? When, and what type of surgery?
11. האם הנך מועמד לטיפול רפואי כלשהו הכולל בין היתר ניתוח או אשפוז?	11. Are you a candidate for medical treatment that includes surgery or hospitalization?
12. האם הנך צורך אלכוהול/סמים?	12. Do you consume alcohol/drugs?
13. האם עברת בדיקות מיוחדות ב-5 השנים האחרונות (כגון: C.T, MRI, מיופי עצמות, ממוגרפיה)?	13. Have you undergone any special examinations in the last 5 years (MRI, CT, bone scan, mammography)?
14. האם עברת בדיקות מעבדה ו/או בדיקות רפואיות כלשהן בשנה האחרונה? פרט סיבה, מועד ותוצאות (בכלל זה תוצאות חורגות מהנורמה).	14. Have you undergone any lab and/or medical examination in the last year? Provide the reason, date, and result, including abnormal results.
15. האם הנך סובל ממחלה כרונית כלשהי פעילה או רדומה?	15. Do you suffer from any chronic disease (active or dormant)?
16. האם אובחנת כסובל ממחלה אוטואימונית כלשהי ובכלל זה זאבת?	16. Have you been diagnosed with any autoimmune disease, particularly lupus?
17. האם הנך סובל או סבלת ממחלה זיהומית כלשהי?	17. Do you suffer or have you suffered from any infectious disease?
18. האם בששת החודשים האחרונים חלה ירידה במשקלך ב-6 ק"ג או יותר?	18. In the last six months, have you lost 6kg or more in weight?
19. האם הנך סובל מתשישות או עייפות כרונית?	19. Do you suffer from tiredness or chronic fatigue?
20. האם הנך סובל משיעול כרוני?	20. Do you suffer from a chronic cough?
21. האם ידוע לך על בעיה רפואית כלשהי (נרבות מום מולד) שאינה נזכרת בהצהרה זו?	21. Do you know of any medical problem (including birth defects) that affects you and is not mentioned in this declaration?

		השאלה:	Question:
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	22. האם קיבלת שירותים מיוחדים לטיפול ביה? אם כן היכן ומתי?	22. Have you received special home care services? If so, what and when?
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	23. האם עברת תאונת דרכים / תאונת עבודה / אחר?	23. Have you been in a car/work/other accident?
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	24. האם היית/הנך במעקב רפואי/התפתחותי/פסיכיאטרי או פסיכיאטרי? האם הנך לוקה או לקית באחד או יותר מהמחלות הבאות? 24. Are you or have you been under medical / developmental / psychological / psychiatric supervision? Are you suffering or have you suffered from one or more of the following diseases?	24. Are you or have you been under medical / developmental / psychological / psychiatric supervision? Are you suffering or have you suffered from one or more of the following diseases?
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	25. מחלות מערכת העצבים והמוח, שיתוקים, התעלפויות, אפילפסיה, הפרעות תנועה, הפרעות נפשיות (C.V.A, T.I.A , דמונציה, אלצהיימר, תשישות נפש). 25. Diseases of the brain and nervous system, paralysis, fainting, epilepsy, movement disorders, psychiatric disorders (TIA, CVA, dementia, Alzheimer's, emotional exhaustion).	25. Diseases of the brain and nervous system, paralysis, fainting, epilepsy, movement disorders, psychiatric disorders (TIA, CVA, dementia, Alzheimer's, emotional exhaustion).
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	26. מחלות דרכי הנשימה, אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, גניחת דם, COPD, חזה איר. 26. Illnesses of the respiratory system, asthma, tuberculosis, chronic lung infection, hemoptysis, COPD, pneumothorax.	26. Illnesses of the respiratory system, asthma, tuberculosis, chronic lung infection, hemoptysis, COPD, pneumothorax.
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	27. מחלות לב וכלי דם מסוג כלשהו, לחץ דם גבוה. 27. Cardiovascular diseases of any kind, high blood pressure.	27. Cardiovascular diseases of any kind, high blood pressure.
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	28. מחלות דרכי עיכול, מחלות כבד, כיס מרה, הרניה, טחורים. 28. Diseases of the digestive system, liver, gall bladder, hernia, and hemorrhoids	28. Diseases of the digestive system, liver, gall bladder, hernia, and hemorrhoids
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	29. מחלות כליה, דרכי שתן ודיאליזה. 29. Kidney diseases, urinary tract diseases, dialysis.	29. Kidney diseases, urinary tract diseases, dialysis.
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	30. מחלות פרקים ועצמות, כאבי גב וצוואר. 30. Bone and joint diseases, neck and back pain.	30. Bone and joint diseases, neck and back pain.
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	31. מחלות חילוף חומרים, סכרת, מחלות בלוטת המגן, שומנים גבוהים בדם, מחלות דם וקרישה, אנמיה. 31. Metabolic diseases, diabetes, thyroid disorder, hyperlipidemia, blood and clotting diseases, anemia.	31. Metabolic diseases, diabetes, thyroid disorder, hyperlipidemia, blood and clotting diseases, anemia.
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	32. סרטן (מחלה מאתרת), אם כן, מתי? 32. Cancer. If yes, when?	32. Cancer. If yes, when?
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	33. מחלות עור ומין, עגבת, איידס, פצע שאינו מתרפא, הרפס לכל סוגיו, גידולי עור לסוגיהם. 33. Skin and sexually transmitted diseases – syphilis, AIDS, persistent sores, herpes of all types, skin growths of all types.	33. Skin and sexually transmitted diseases – syphilis, AIDS, persistent sores, herpes of all types, skin growths of all types.
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	34. האם נמצאת נשא של נגיפים HIV ו/או חולה בווירוס HIV או צהבת? 34. Are you a carrier of or have you been diagnosed with HIV and/or hepatitis?	34. Are you a carrier of or have you been diagnosed with HIV and/or hepatitis?
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	35. מחלות עינים, מחלות אוזניים לרבות לקי שמיעה/ראיה, מחלות גרון, מחלות אף, ניתוחים פלסטיים. 35. Eye diseases, ear diseases, hearing/vision impairment, throat diseases, nose diseases, plastic surgery.	35. Eye diseases, ear diseases, hearing/vision impairment, throat diseases, nose diseases, plastic surgery.
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	36. קטיעת איברים/חולשת איברים או שיתוק. 36. Amputations/limb weakness or paralysis.	36. Amputations/limb weakness or paralysis.
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	37. מחלה ניונית במערכת העצבים והשרירים (פרקינסון, פוליו, MS, ALS). 37. Degenerative diseases of the nervous or muscular systems (Parkinson's, polio, MS, ALS).	37. Degenerative diseases of the nervous or muscular systems (Parkinson's, polio, MS, ALS).
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	38. אחר. 38. Other.	38. Other.

כתב ויתור על סודיות:

הנני נתון 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 שתחבקש 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 הנני 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.
בבקשתי 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, את עובדיו, ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי ויחול גם על ילדי הקטינים.

Medical Confidentiality Waiver:

I hereby permit any medical institution, including any health fund and/or hospital and/or the National Insurance Institute and/or the IDF and also all its employees and/or doctors to provide Maccabi Healthcare Services, in any manner it requests, with any information it holds related to my state of health and/or any illness I have suffered or may suffer from in the past, present, or future and/or all information included in the medical file opened in my name, for so long as it is necessary to ascertain all rights and obligations, which are determined according to the terms of the Well-Come program.
I hereby relinquish medical confidentiality regarding Maccabi Healthcare Services and release any institution and/or employee from the obligation of maintaining medical confidentiality and I will not have any complaint or claim against it regarding the provision of information.
My request is also valid under the Protection of Privacy Act 1981 and the Patients' Rights Law 1996 and applies to all medical or other information contained in the database of any institution, as aforesaid.
This waiver obligates me, my estate and my legal representatives, and anyone who might represent me, and also applies to my minor children.

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.
- * אני החתום מטה מאשר כי קראתי את תקנון התכנית והבנתי את כללי ותנאי התכנית וכל הפרטים וטופס הבקשה הוסברו לי.
- * 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 תורשיות 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 טופס קבלת שירותי ההצטרפות והצהרת הבריאות חקפים לחודש ימים מיום חתימתי על ההצהרה.
- * מטרת השהייה בארץ שלם קבלת טיפול רפואי ולא ידוע לי על כל טיפול רפואי לו אני זקוק.
- * כל הפרטים שמסרתי בהצהרת הבריאות נכונים ושלמים, אם יימצא שהפרטים שמסרתי אינם נכונים או שלמים, מכבי תהא רשאית להפסיק חברותי בתכנית בכל עת.

ביטוחים נוספים

- * ידוע לי כי דמי החבר בתכנית well-come אינם כוללים את התשלום לביטוחים המשלמים, לביטוח הסייעודי ולקרן מכבי ואלה ייגבו בנוסף.
- * ידוע לי ואני מאשר בזאת שחברותי במכבי זהב או/ו במכבי שלי הינה בכפוף לתנאי ההצטרפות החלים על חבר בתוכנית well-come.

I hereby declare, consent and agree that:

- * All statements are correct, complete, and provided voluntarily.
- * I have read the terms and conditions of the plan as displayed on the Maccabi website, and I accept all the terms and conditions stated therein.
- * I, the undersigned, confirm that I have read and understood the plan's terms and conditions and that all the terms above have been explained to me.
- * I acknowledge that Maccabi has the authority to either approve or reject my application for membership of the plan, with no obligation to justify its decision.
- * I acknowledge that the contract will be in effect only after I have received confirmation from Maccabi of my acceptance to the plan and after the initial membership fees have been paid in full.
- * I acknowledge that Maccabi will be exempt from providing care related to a congenital defect/disease, including hereditary diseases and/or my state of health and/or medical event and/or disease, whether treated or not, and/or their results, directly or indirectly, which were caused and/or exacerbated due to a state of health which existed prior to the start date of the membership.
- * I acknowledge that the monthly rate is updated periodically according to the terms and conditions of the plan.
- * I acknowledge that Maccabi has the authority to determine a supplementary fee to the fixed rate or exclude a medical condition, pursuant to the medical state determined as a condition of the membership's approval.
- * I acknowledge that the application and health declaration are valid for a month from the day they are signed.
- * The purpose of staying in my country is not to receive medical treatment and I do not know of any medical treatment I need. All the details I gave in my health statement are true and complete.
- * If the information I provide is incorrect or incomplete, Maccabi may terminate my membership in the program at any time.

Supplementary Insurance

- * I acknowledge that the Well-Come plan membership fees do not include payment for supplementary insurance or Nursing Gold or Keren Maccabi, and these will be paid in addition.
- * I acknowledge and I agree herein that my membership in Maccabi Zahav and/or Maccabi Sheli is subject to the joining terms that apply to a member of the Well-Come plan.

Name and signature of the insured _____ שם וחתימת המבוטח _____ date _____ תאריך _____