

FORMULAIRE D'ADHESION

AU PROGRAMME DE PRESTATION DE SERVICES MEDICAUX AUX MEMBRES ETRANGERS

A usage interne

Groupe d'inscription

Nom du représentant / de la représentante
de la Meuhedet

Signature et cachet du représentant /
de la représentante

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA CANDIDAT(E) À L'ASSURANCE

Nom de famille	Prénom	No de passeport/ carte d'identité	Date de naissance	e-mail	<input type="checkbox"/> Sexe Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse en Israël		Lieu de travail / d'études	Code postal	Téléphone _____ Portable _____	

2 RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA CONJOINT(E)

Nom de famille	Prénom	No de passeport / carte d'identité	Date de naissance	e-mail	<input type="checkbox"/> Sexe Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Téléphone	Portable
----------------	--------	---------------------------------------	-------------------	--------	--	-----------	----------

3 RENSEIGNEMENTS SUR LES MEMBRES DE LA FAMILLE

Lien de parenté	Nom de famille	Prénom	No de passeport / carte d'identité	Date de naissance	<input type="checkbox"/> Sexe Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Lien de parenté	Nom de famille	Prénom	No de passeport / carte d'identité	Date de naissance	<input type="checkbox"/> Sexe Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Lien de parenté	Nom de famille	Prénom	No de passeport / carte d'identité	Date de naissance	<input type="checkbox"/> Sexe Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Lien de parenté	Nom de famille	Prénom	No de passeport / carte d'identité	Date de naissance	<input type="checkbox"/> Sexe Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

4 TYPES D'ASSURANCE DEMANDÉS

Adhésion de base Adhésion à un programme supplémentaire

Extension de l'assurance par des services de santé supplémentaires	Meuhedet Adif	Meuhedet Si
Nom du candidat		

La date de commencement de l'assurance sera le 1er du mois suivant la plus tardive entre : l'approbation de l'adhésion au programme par la Meuhedet ou, le cas échéant, votre acceptation des conditions dont la Meuhedet vous aura informé(e).

5 DÉCLARATIONS DES CANDIDATS À L'ASSURANCE

Cette déclaration concerne chacun des candidats à l'assurance inscrits sur la présente proposition.

Je demande à adhérer au programme de services de santé des assurés étrangers et/ou à des services de santé supplémentaires, dans le cadre de la Meuhedet (ci-après « le programme »), selon ce qui inscrit ci-dessus (sur la base de ce qui est dit dans la présente proposition).

Veuillez noter que l'entrée en vigueur du programme se fera à condition que vous signiez la déclaration de santé complétée et sous condition de l'approbation de la Meuhedet à votre adhésion au programme.

Votre réponse et/ou les renseignements transmis à l'assureur seront conservés dans une base de données conformément aux dispositions de la loi sur la protection de la vie privée de 1981 et aux seules fins d'assurance.

a. Par la présente, je déclare, accepte et m'engage comme suit :

- Toutes les réponses indiquées dans la proposition et la déclaration de santé sont correctes et complètes et ont été fournies librement de mon plein gré.
- Les réponses indiquées dans la proposition et la déclaration de santé et toute autre information transmise par moi à la meuhedet (ci-après : « la Caisse »),

ainsi que les conditions habituellement en usage à la Meuhedet à ce sujet, serviront de conditions de base au contrat passé en nous et en constitueront une partie intégrante.

3. Je suis conscient que mes droits en vertu du programme n'entreront en vigueur qu'après que la Meuhedet aura donné son approbation par écrit à l'acceptation de la candidature au programme et que le paiement de la prime aura été payée pour les 4 premiers mois.

4. Je sais que la perception des cotisations est effectuée par la Meuhedet. Il est possible que dans le futur la perception des cotisations soit effectuée par un autre organisme, au bénéfice de la Meuhedet et je n'aurai aucune réclamation concernant l'identité de l'organisme chargé de la perception des cotisations.

b. A votre attention : Ce programme comporte certaines réserves relatives à l'état de santé du membre du programme – veuillez lire attentivement le règlement du programme. La version faisant foi est la version hébraïque du règlement.

6 DÉCLARATION DE SANTÉ

Veillez marquer « N » pour une réponse négative et « O » pour une réponse positive, auquel cas il vous faudra indiquer des détails dans le tableau et joindre des justificatifs médicaux :

Question		Marquer N = Non O = Oui	Commentaires : Si vous avez marqué « Oui » veuillez préciser dans le tableau et joindre des justifi- catifs médicaux
1.	Taille en mètres		
2.	Poids en kg		
3.	Est-ce que vous fumez ? Si oui, depuis combien d'années ? Combien de cigarettes par jour ?		
4.	Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou avez-vous été malade au cours des 12 derniers mois ? Veuillez préciser quelles maladies et quand.		
5.	Éprouvez-vous une limitation partielle ou totale dans l'accomplissement d'un ou plusieurs des actes suivants : vous asseoir, vous lever, marcher, vous laver, manger, boire, faire vos besoins ?		
6.	Avez-vous déjà été hospitalisé ou séjourné dans une autre institution ? Veuillez préciser quand, combien de temps, pour quelle raison et quel traitement sous avez subi.		
7.	Avez-vous passé des examens de laboratoire et/ou des examens médicaux dans les 12 derniers mois ? Veuillez préciser la raison, quand et le résultat des examens.		
8.	Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale ? Veuillez préciser quand et quel genre d'opération.		
9.	Prenez-vous des médicaments de manière suivie ? Veuillez préciser lesquels.		
10.	Avez-vous passé des examens particuliers au cours des 6 dernières années, tels que TDM, IRM, scintigraphie osseuse, mammographie ? Veuillez préciser quand et pourquoi.		
11.	Consommez-vous régulièrement des drogues ou de l'alcool ?		
12.	Avez-vous reçu des services particuliers de soins à domicile ?		
13.	Avez-vous été victime d'un accident du travail / de la route / autre ?		
14.	Recevez-vous une allocation d'invalidité / une assistance de quelque organisme que ce soit ?		
15.	Etes-vous sous suivi médical / du développement / psychologique / psychiatrique ?		
16.	Souffrez-vous ou avez-vous souffert dans le passé d'une condition congénitale / d'une maladie génétique (héréditaire) ou d'une infirmité temporaire / permanente ?		
17.	Souffrez-vous d'une maladie chronique active ou dormante ?		
18.	Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert dans le passé d'une maladie infectieuse ?		
19.	Avez-vous, au cours des six derniers mois, perdu du poids, 6 kg ou plus ?		
20.	Souffrez-vous de fatigue chronique ?		
21.	Maladie métabolique, hormonale (endocrinienne) , notamment : diabète, hyperlipidémie, goutte, maladie de Gaucher, FMF, dérèglement de la thyroïde, prolactinome, problèmes de croissance.		
22.	Système nerveux, cérébral et/ou problèmes du développement , notamment : épilepsie, accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale, sclérose en plaques, sarcopénie, tremblement, maladie de Parkinson, paralysie, poliomyélite, syndrome d'Asperger, autisme, déficit de l'attention, vertiges et évanouissements.		
23.	Santé mentale , notamment : dépression, anxiété, syndrome post-traumatique. Avez-vous été l'objet d'un diagnostic de problème mental ?		
24.	Maladie malignes, tumeurs , notamment : tumeur bénigne, cancéreuse et précancéreuse.		
25.	Système pulmonaire et respiratoire , notamment : asthme, bronchite, BPCO (maladie pulmonaire systémique), emphysème, sarcoidose, apnée du sommeil, mucoviscidose, pneumonie, tuberculose.		
26.	Système ophtalmologique , notamment : myopie au-dessus de 7, décollement de la rétine, glaucome (hypertonie oculaire), cataracte, uvéite, kératocône.		
27.	Système otorhinolaryngologique , notamment : baisse de l'ouïe, maladie de Ménière, acouphène, polypes, problème des cordes vocales.		
28.	Système cardiaque / pression artérielle, vaisseaux sanguins , notamment : hypertension, infarctus, insuffisance cardiaque, lésion cardiaque congénitale, problèmes du rythme cardiaque, valvulopathie cardiaque, thrombose, embolie pulmonaire, anévrisme de l'aorte, varices, hypertension pulmonaire.		
29.	Hernie et système digestif , notamment : hernie de toute sorte, reflux gastro-œsophagien, maladie de Crohn, colite, proctite, hémorragie rectale, rectocèle, hépatite / jaunisse, hépatomégalie, stéatose hépatique, cirrhose, calculs biliaires (vésicule ou voies biliaires), pancréatite.		
30.	Systèmes rénal et urinaire , notamment : insuffisance rénale, polykystose rénale, malformation rénale ou autre, calculs, reflux urinaire, descente de vessie, sang dans les urines, protéinurie, élargissement de la prostate, autre pathologie de la prostate.		
31.	Système sanguin, immunitaire, maladies infectieuses , notamment : anémie, anomalies dans le compte sanguin, anomalies de la coagulation sanguine, thalassémie majeure / intermédiaire, hémophilie, élargissement de la rate, problèmes du système immunitaire, SIDA, séropositivité, élévation prolongée de la température, pendant plus de 3 mois.		
32.	Systèmes squelettique, musculaire, articulaire , notamment : maladies articulaires, fractures, luxation, pathologie des ligaments / tendons, hernie discale, décalcification, ostéoartrite, arthrite rhumatoïde, lupus, syndrome de fatigue chronique		
33.	Systèmes dermatologique et vénérien , notamment : psoriasis, exéma, lésion et/ou tumeur dermique, maladie dermique infectieuse, papillome, condylome.		
34.	Système reproducteur de l'homme : abcès du sein, problèmes de la reproduction, tumeur testiculaire, varicocèle, hydrocèle, hypospadias. Femme : grossesse/ abcès du sein, saignement sans rapport aux menstruations, léiomyome utérin, kyste aux ovaires, avortements répétés, descente vaginale et/ou utérine, problèmes de la reproduction, endométriose.		
35.	Femmes : Êtes-vous enceinte ? Si oui, veuillez joindre une lettre du gynécologue contenant la documentation et le suivi de la grossesse.		
36.	Y a-t-il quoi que ce soit concernant votre état de santé qui n'a pas été mentionné dans les rubriques ci-dessus et qui exige une précision médicale ?		

7 AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE MÉDICALE EN ISRAËL / À L'ÉTRANGER ?

<input type="checkbox"/> Oui			
<input type="checkbox"/> Non	Nom de la compagnie	Nom du programme	Période de l'assurance

8 RENONCIATION À LA CONFIDENTIALITÉ MÉDICALE (AUX FINS DES EXIGENCES DES CONDITIONS D'ACCEPTATION OU DE VÉRIFICATION DE RÉCLAMATION)

Je soussigné(e) accorde par la présente le droit à tout médecin, hôpital et autre institution médicale en Israël et à l'étranger et à l'Institution de l'Assurance Nationale et/ou toute autre institution et organisme (ci-après : « les institutions médicales ») et/ou autres compagnies d'assurance à transmettre à la Meuhedet tous les renseignements, sans exception, de la manière qui lui sera nécessaire, comme il se trouve inscrit dans les documents se trouvant en possession des institutions médicales, aux fins de vérification de la Meuhedet, conformément au programme, et je décharge les institutions médicales en question de l'obligation de garder la confidentialité médicale et je renonce à cette confidentialité médicale vis-à-vis de la Meuhedet ; le présent acte de renonciation m'engage et s'applique également aux enfants mineurs et à mes représentants légaux. Le présent acte de renonciation m'engage moi-même ainsi que mes héritiers et mon patrimoine après mon décès.

9 EN FOI DE QUOI J'AI DÛMENT SIGNÉ

Date	Nom du candidat	Numéro de passeport / carte d'identité	Signature du candidat
------	-----------------	--	-----------------------