

БЛАНК ВСТУПЛЕНИЯ

В ПРОГРАММУ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЗАРУБЕЖНЫМ КЛИЕНТАМ

Для внутреннего использования

Группа регистрации

Фамилия и имя представителя
больничной кассы «Меухедет»

Печать и подпись представителя

1 ДАННЫЕ КАНДИДАТА НА СТРАХОВАНИЕ

Фамилия	Имя	№ паспорта / уд. личности	Дата рождения	Эл. почта	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Адрес в Израиле		Место работы / учебы	Индекс	Телефон _____ Мобильный тел. _____	

2 ДАННЫЕ СУПРУГА / СУПРУГИ

Фамилия	Имя	№ паспорта / уд. личности	Дата рождения	Эл. почта	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Телефон	Мобильный тел.
---------	-----	---------------------------	---------------	-----------	--	---------	----------------

3 ДАННЫЕ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

Степень родства	Фамилия	Имя	№ паспорта / уд. личности	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Степень родства	Фамилия	Имя	№ паспорта / уд. личности	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Степень родства	Фамилия	Имя	№ паспорта / уд. личности	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Степень родства	Фамилия	Имя	№ паспорта / уд. личности	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский

4 ВИД ТРЕБУЕМОГО СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

Вступление в базовую программу Вступление в дополнительные программы

Расширение покрытия для получения дополнительных медицинских услуг	«Меухедет Адиф»	«Меухедет Си»
Фамилия и имя кандидата:		

Дата начала страхования – первого числа месяца, следующего за утверждением больничной кассой «Меухедет» вступления в программу или утверждения условий, сообщенных «Меухедет», если вас просили утвердить их – более позднее из двух.

5 ДЕКЛАРАЦИЯ КАНДИДАТА / КАНДИДАТОВ НА СТРАХОВАНИЕ

Данная декларация относится к каждому из кандидатов на страхование, внесенному в настоящую форму. Я прошу включить меня в программу предоставления медицинских услуг зарубежным клиентам и/или предоставления дополнительных медицинских услуг в рамках больничной кассы «Меухедет» (далее: «Программа») согласно вышесказанному (на основании всего сказанного в данном предложении).

Обратите внимание: программа начинает действовать только после подписания Вами полной декларации о здоровье и после утверждения Вашего вступления в программу больничной кассой «Меухедет».

Ваши ответы и/или сведения, сообщенные Вами страхователю, будут храниться в базе данных в соответствии с положениями Закона о защите частной жизни от 1981 г. и будут использованы только в целях страхования.

А. Я/мы настоящим заявляю/ем и обязуемся, что:

1. Все ответы в предложении и в заявлении о состоянии здоровья являются точными и полными, и они были предоставлены мною добровольно.

2. Все ответы, приведенные в предложении и в декларации о состоянии здоровья, и любая иная информация, сообщенная мной больничной кассе «Меухедет» (далее: «Касса»), а также условия, принятые в «Меухедет» применительно к этому вопросу, будут считаться фундаментальными (основными) условиями договора между нами и будут являться его неотъемлемой частью.

3. Мне/нам известно, что мои права по программе вступят в силу после того, как больничная касса «Меухедет» выдаст письменное подтверждение приема кандидата/-ки в программу, и только при условии, что страховой взнос за первые 4 месяца заплачен полностью.

4. Мне известно, что «Меухедет» будет взимать членские взносы. Возможно, что в будущем взимание членских взносов будет осуществляться по поручению «Меухедет» другой корпорацией, и у меня не будет никаких претензий по поводу выбора корпорации, которая будет осуществлять такое взимание.

Б. Внимание: В данной программе имеются ограничения по состоянию здоровья участника программы – просьба внимательно прочесть положения программы. Формулировка программы на иврите является обязательной.

6 ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Следует пометить «Нет» при отрицательном ответе и «Да» при положительном ответе.

Если Вы отметили «Да», следует конкретизировать в таблице и приложить медицинские документы:

Вопрос		Отметьте «Нет» при отрицательном ответе и «Да» при положительном ответе.	Примечания: Если Вы отметили «Да», следует конкретизировать в таблице и приложить медицинские документы:
1.	Рост в метрах		
2.	Вес в кг		
3.	Курите ли Вы? Если да, сколько лет? И сколько сигарет в день?		
4.	Болеете ли Вы сейчас или болели в прошлом году каким-либо заболеванием? Конкретизируйте заболевания и их даты		
5.	Ограничены ли Вы полностью или частично в самостоятельном выполнении одного или нескольких из указанных действий: Сидение, вставание, ходьба, купание, одевание, прием пищи, питье, контроль над сфинктерами?		
6.	Были ли Вы когда-нибудь госпитализированы в больницу или в ином медицинском учреждении? Укажите даты, причину госпитализации и пройденное лечение		
7.	Проходили ли Вы какие-либо лабораторные обследования и/или медицинские обследования в течение последнего года? Укажите причину, даты и результаты		
8.	Переносили ли Вы операцию? Укажите дату и характер операции		
9.	Принимали ли Вы ранее или принимаете сейчас лекарства на постоянной основе? Укажите, какие		
10.	Проходили ли Вы в течение 6 последних лет какие-либо специальные обследования типа МРТ, КТ, остеосцинтиграфии, маммографии? Укажите даты и причины		
11.	Употребляете ли Вы наркотики или алкоголь?		
12.	Получали ли Вы особые услуги для лечения в домашних условиях?		
13.	Случался ли у вас несчастный случай на работе / ДТП / прочее?		
14.	Получаете ли Вы пособие по инвалидности/по уходу из какого-либо источника?		
15.	Находились ли Вы под врачебным / поведенческим / психологическим / психиатрическим наблюдением?		
16.	Страдаете ли Вы или страдали в прошлом каким-либо врожденным пороком, генетическим (наследственным) заболеванием или имели / имеете временную / постоянную инвалидность?		
17.	Страдаете ли Вы каким-либо активным или латентным хроническим заболеванием?		
18.	Страдаете ли Вы или страдали в прошлом каким-либо инфекционным заболеванием?		
19.	Похудели ли Вы за последние шесть месяцев на 6 кг или больше?		
20.	Страдаете ли Вы слабостью или хронической усталостью?		
21.	Метаболическое, гормональное заболевание (эндокринология) , включая: сахарный диабет, жиры в крови (липиды), ревматизм (подагра), болезнь Гоше, FMF, щитовидная железа / гипопиз (пролактинома / пролактинемия), нарушения роста		
22.	Нервная система, мозг и/или нарушения развития , включая: эпилепсию, инсульт (CVA), опухоль мозга, рассеянный склероз, мышечную дистрофию, тремор, болезнь Паркинсона, паралич, полиомиелит, синдром Аспергера, аутизм, синдром дефицита внимания, головокружения и обмороки		
23.	Душевные заболевания , включая: депрессию, тревожные расстройства, посттравматический синдром. Был ли Вам поставлен диагноз душевного заболевания?		
24.	Злокачественные болезни, опухоли , включая: доброкачественную опухоль, раковую и предраковую опухоль		
25.	Легочная система и дыхательные пути , включая: астму, бронхит, ХОБЛ (обструктивная болезнь легких), эмфизему, саркоидоз, остановку дыхания во сне (апноэ), муковисцидоз (кистозный фиброз), воспаление легких (пневмония), туберкулез		
26.	Зрительная система , включая: дефекты зрения свыше 7 диоптрий, отслолку сетчатки, глаукому (внутриглазное давление), катаракту, увеит, кератоконус и слепоту		
27.	ЛОП-система , включая: снижение слуха, болезнь Меньера, тиннит (звон в ушах), полипы, поражение голосовых связок		
28.	Сердечно-сосудистая система / артериальное давление / кровеносные сосуды , включая: гипертонию, инфаркт миокарда, сердечную недостаточность, врожденный порок сердца, нарушения сердечного ритма, поражения сердечных клапанов, тромбоз, легочную эмболию, аневризму аорты, расширенные вены, повышенное внутриглазное давление, атеросклероз.		
29.	Грыжа и пищеварительная система , включая: прободение/грыжу всех видов, рефлюкс, болезнь Крона, колит, проктит, ректальное кровотечение, ректоцеле, гепатит/желтуху, увеличенную печень, жировой гепатоз (жирная печень), цирроз, камни в желчных путях / желчном пузыре, воспаление поджелудочной железы (панкреатит).		
30.	Почечная система и мочевыводящие пути , включая: почечную недостаточность, поликистоз почки, дефект почки или иной дефект, камни в почках, рефлюкс мочевых путей, опущение мочевого пузыря, кровь/белок в моче, увеличение предстательной железы, иные проблемы с предстательной железой		
31.	Кровеносная система, иммунная система, инфекционные заболевания , включая: анемию, отклонения в анализах крови, нарушения свертываемости крови, тяжелую/среднюю телесемию, гемофилию, увеличение селезенки, нарушения иммунной системы, ВИЧ/СПИД, длительная повышенная температура в течение более 3-х месяцев		
32.	Скелетно-мышечная система, суставы , включая: суставные заболевания, переломы, вывихи, поражение сухожилий(связок, грыжу межпозвоночного диска, остеопороз, дегенеративное заболевание суставов (остеоартроз), ревматоидное воспаление суставов (ревматоидный артрит), волчанку, синдром хронической усталости.		
33.	Дерматовенерологическая система , включая: псориаз, пемфигус (пузырчатка), экзему, кожные ранки и/или опухоли, воспалительное заболевание кожи, папилломы/кондиломы		
34.	Мужская репродуктивная система : уплотнение/абсцесс в груди, проблемы с зачатием, опухоль яичка, варикоцеле, гидроцеле, гипоспадия. Женская репродуктивная система : уплотнение/абсцесс в молочной железе, кровотечения, не связанные с менструальным циклом, миомы матки, кисты яичников, повторные выкидыши, опущение матки и/или влагалища, проблемы с зачатием, эндометриоз		
35.	Гинекология . Вы беременны? Если да, следует приложить письмо от гинеколога, документирующее наблюдение за беременностью		
36.	Имеется ли в Вашем нынешнем состоянии здоровья что-либо, не указанное в данных параграфах, однако требующее обследования у врача?		

7 ЕСТЬ ЛИ У ВАС МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА В ИЗРАИЛЕ / ЗА ГРАНИЦЕЙ?

<input type="checkbox"/> Да			
<input type="checkbox"/> Нет	Название компании	Название программы	Страховой период

8 ОТКАЗ ОТ ВРАЧЕБНОЙ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ (для иска по поводу условий приема или выяснения иска)

Я, нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся, даю настоящим свое разрешение всем врачам, медицинским учреждениям и прочим больницам в стране и за рубежом и Институту национального страхования и/или любому иному учреждению и источнику (далее: «медицинские учреждения») и/или прочим страховым компаниям сообщить больничной кассе «Меухедет» в том виде, в котором она потребует, все без исключения сведения, указанные в документах, имеющихся в распоряжении этих медицинских учреждений, необходимые «Меухедет» для проверки в связи с программой, и я освобождаю указанные медицинские учреждения от обязанности сохранения медицинской конфиденциальности и отказываюсь от подобной конфиденциальности применительно к больничной кассе «Меухедет». Данный отказ обязует меня и будет распространяться также на моих несовершеннолетних детей и моих законных доверенных лиц. Данный отказ обязует меня и будет также обязывать моих наследников и распространяться на мое наследство после моей смерти.

9 В ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЧЕГО Я СТАВЛЮ СВОЮ ПОДПИСЬ:

Дата	Имя кандидата/ки	№ паспорта / уд. личности	Подпись кандидата/ки
------	------------------	---------------------------	----------------------