

استمارة انضمام

إلى برنامج تزويد خدمات طبية إلى المشتركين الخارجيين

للاستخدام الداخلي

مجموعة التسجيل

اسم مندوب/ة مٌوَحِدَت

ختم وتوقيع المندوب/ة

1 تفاصيل المرشح/ة للتأمين

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم جواز السفر/ الهوية	تاريخ الولادة	البريد الإلكتروني	ذكر ☐ أنثى ☐
العائلة	العائلة	العائلة	العائلة	الهاتف المحمول	

2 تفاصيل الزوج/ة

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم جواز السفر/ الهوية	تاريخ الولادة	البريد الإلكتروني	ذكر ☐ أنثى ☐
العائلة	العائلة	العائلة	العائلة	الهاتف المحمول	

3 تفاصيل أفراد العائلة

القرابة	اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم جواز السفر/ الهوية	تاريخ الولادة	ذكر ☐ أنثى ☐
القرابة	اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم جواز السفر/ الهوية	تاريخ الولادة	ذكر ☐ أنثى ☐
القرابة	اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم جواز السفر/ الهوية	تاريخ الولادة	ذكر ☐ أنثى ☐
القرابة	اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم جواز السفر/ الهوية	تاريخ الولادة	ذكر ☐ أنثى ☐

4 نوع التغطية المطلوبة

☐ الانضمام إلى التغطية الأساسية ☐ الانضمام إلى برامج إضافية

توسيع التغطية إلى خدمات صحية إضافية	مُوَحِدَت عديف	مُوَحِدَت سي
اسم المرشح:		
اسم المرشح:		
اسم المرشح:		
اسم المرشح:		
اسم المرشح:		

موعد بداية التأمين سيكون في الأول من الشهر بعد موافقة مُوَحِدَت على الانضمام إلى البرنامج أو الموافقة على الشروط التي أعلنت عنها مُوَحِدَت، إذا طُلبت الموافقة عليها، بحسب الأخير بينهما.

5 تصريح المرشح/ين للتأمين

هذا التصريح ينطبق على كل المرشحين للتأمين المسجلين في استمارة التسجيل هذه. أنا أطلب الانضمام إلى برنامج الخدمات الصحية للمؤمنين الخارجيين و/أو خدمات الصحة الإضافية، ضمن إطار مُوَحِدَت (في ما يلي البرنامج) بحسب ما هو مفضل أعلاه. (بالاستناد على كل ما هو مذكور في هذا الاقتراح). نلفت انتباهك إلى أنه ستسري صلاحية البرنامج وفقاً لتوقيعك على تصريح الصحة الكامل وشرط الحصول على موافقة مُوَحِدَت على قبولك للبرنامج. إن إيجابتك و/أو المعلومات التي يقدمها المؤمن ستُخزّن في قاعدة بيانات بموجب تعليمات قانون حماية الخصوصية 1981 وستُستخدم لأهداف التأمين فقط. أنا أنا أُصرّح بأنني أوافق وألتزم بما يلي:

- كل الإجابات كما هي مفصلة في الاقتراح وفي تصريح الصحة هي صحيحة وكاملة وتم تقديمها بشكل حر.
- الإجابات المفصلة في الاقتراح وفي تصريح الصحة وكل المعلومات الأخرى التي أقدمها إلى مُوَحِدَت (في ما يلي

الصدق) وأيضا الشروط المعمول بها لدى مُوَحِدَت بهذا الخصوص، ستكون الشروط الأساسية في العقد بيننا وستُشكّل جزءاً لا يتجزأ منه.

- أعرف/تعرف أن حقوقي ضمن البرنامج ستدخل سير المفعول بعد أن تُصدر مُوَحِدَت موافقة خطية على قبول المرشح/ة إلى البرنامج وشرط أنه تم دفع البرعيا للأشهر الـ 4 الأولى بشكل كامل.
- أعرف أن مُوَحِدَت تحصل على دفع رسوم المشترك. في المستقبل، قد تقوم مؤسسة أخرى تعمل لصالح مُوَحِدَت بجباية رسم الاشتراك ولن تكون لدي أي شكوى حول هوية المؤسسة التي تقوم بالجباية.
- ب. يرجى الانتباه: يشمل هذا البرنامج قيوداً على الحالة الصحية الخاصة بالمشارك في البرنامج - الرجاء قراءة بنود البرنامج وصيغة المعايير الملزمة بعناية. صيغة المعايير الملزمة هي الصيغة باللغة العبرية.

يجب الإشارة بحرف «ل» إلى الإجابة السلبية وحرف «ن» إلى الإجابة الإيجابية. عند الإشارة بالحرف «ن»، يجب إضافة تفاصيل في الجدول وإرفاق مستندات طبية:

السؤال	يجب الإشارة «ل» إلى الإجابة السلبية «ن» إلى الإجابة الإيجابية	ملاحظات: عند الإشارة بالحرف "ن"، يجب إضافة تفاصيل في الجدول وإرفاق مستندات طبية
1. الطول بالأمتار		
2. الوزن بالكيلوغرام		
3. هل أنت مدخن؟ إذا نعم، فمتد كم سنة؟ وكم سيجارة في اليوم؟		
4. هل أنت مريض حاليًا أو كنت مريضًا بأي مرض في السنة الأخيرة؟ فضل الأمراض ومتى		
5. هل أنت مقيد بشكل كامل أو جزئي عند قيامك بشكل ذاتي لواحدة أو أكثر من النشاطات التالية: الجلوس، الوقوف، المشي، الاغتسال، ارتداء الثياب، تناول الطعام، الشرب، عدم التحكم بالخراج؟		
6. هل رقدت مرة في مستشفى أو في مؤسسة طبية أخرى؟ فضل متى وسبب الرقود في المستشفى والعلاج الذي حصلت عليه		
7. هل خضعت لأي فحوص مختبر و/أو فحوص طبية أخرى في السنة الأخيرة؟ فضل السبب والتاريخ والنتائج		
8. هل خضعت لجراحة؟ فضل متى وطبيعة الجراحة		
9. هل تناولت أو تتناول أدوية بشكل دائم؟ فضل ما هي		
10. هل خضعت لفحوص خاصة في السنوات الـ ٦ الأخيرة مثل MRI، CT، فحص مسح العظم، مموغرافيا، فضل متى ولماذا		
11. هل تستهلك المخدرات أو الكحول؟		
12. هل حصلت على خدمات خاصة للعلاج في البيت؟		
13. هل أصبت في حادث عمل/طريق/آخر؟		
14. هل تحصل على مخصصات إعاقة/تمريض من أي جهة؟		
15. هل خضعت للمتابعة الطبية/التطورية/المعالجة النفسية/الطب النفسي؟		
16. هل تعاني أو عانيت في الماضي من تشوه خلقي، مرض جيني (وراثي) أو إعاقة مؤقتة/دائمة؟		
17. هل تعاني من أي مرض مزمن نشيط أو في سبات؟		
18. هل تعاني أو عانيت من أي مرض تلوثي؟		
19. هل حدث انخفاض في وزنك بـ ٦ كيلوغرامات أو أكثر خلال الأشهر الستة الأخيرة؟		
20. هل تعاني من إرهاق أو تعب مزمن؟		
21. مرض أبيي، هرموني (أندوكريولوجيا) يشمل: سكري، دهون في الدم، روماتيزم (نقرس)، غوشيه، FMF، الغدة الدرقية، الغدة النخامية (برولكتينوما/برولكتينيميا)، اضطرابات في النمو		
22. جهاز الأعصاب، الدماغ و/أو اضطرابات في النمو يشمل: صرع، حدث دماغي (CVA)، ورم دماغي، تصلب متعدد، ضمور اللحم، ارتعاد، باركينسون، شلل، شلل الأطفال، أسبرجر، توحد، اضطراب الإصغاء والتركيز، دوخت وإغماجات		
23. نفسي يشمل: اكتئاب، قلق، متلازمة ما بعد الصدمة، هل تم تشخيصك كمريض ممرض نفسي؟		
24. أمراض سرطانية، أورام يشمل: ورم حميد، سرطان أو ما قبل السرطان		
25. النظام الرئوي ومسالك التنفس: يشمل: الربو، البرونخيتيس، COPD (أمراض الانسداد الرئوي) أمفيزما، سركويديس، انقطاع النفس النومي، سيستيك فيروزيس، التهاب الرئتين، سل		
26. نظام الرؤية يشمل: خلل في الرؤية يزيد عن الرقم ٧، انفصال الشبكية، غلوكوما (ضغط داخل العين)، ساد، أوبيايس، كرتكونوس وعمى		
27. جهاز الأنف والأذن والحنجرة يشمل: انخفاض السمع، منيير، طنين، بوليبيات، تضرر الأوتار الصوتية		
28. جهاز القلب/ضغط الدم/الأوعية الدموية يشمل: فرط ضغط الدم، نوبة قلبية، قصور القلب، تشوه خلقي في القلب، اضطراب في وتيرة القلب، تضرر الصمامات، ثرومبوزا، انصمام رئوي، تمدد الأوعية، أوعية موسعة، فرط ضغط الدم داخل الرئة، تصلب عصيدي		
29. تمزق والجهاز الهضمي يشمل: تمزق/كسر/هزينا من أي نوع، ريفلوكس، كروهن، كوليتيس، بروكتيتيس، نزيف شرجي، قيلة مستقيم، هيپاتيتيس/يرقان، تورم الكبد، كبد دهني، سيروزيس، حجارة في مسالك المرارة/كيس المرارة، التهاب في البنكرياس (بنكرياتيتيس)		
30. جهاز الكلى والمسالك البولية يشمل: قصور كلوي، كلية بوليسستية، تشوه في الكلية أو تشوه آخر، حجارة، ريفلوكس في المسالك البولية، هبوط مثانة البول، دم/بروتين في البول، تورم البروستاتا، مشكلة أخرى في البروستاتا		
31. جهاز الدم، المناعة، أمراض تلوئية يشمل: فقر الدم، قيم شاذة في تعداد الدم، اضطراب في تخثر الدم، تلبسيما ميجور/أنتيميديا، هيپوفيليا، تورم الطحال، اضطرابات في جهاز المناعة، إيدز/يحمل الفيروس، مرض حمى متواصل لأكثر من ٣ أشهر		
32. جهاز الهيكل العظمي، العضلات، المفاصل يشمل: أمراض المفاصل، كسور، انفصال وتضرر الأوتار/الأضلاع، انتشار الديسك، نقص الكالسيوم، الفصال العظمي (أوتوآرتروزيس)، التهاب المفاصل الروماتويدي (روماتويد آرتريزيس)، ذئبية، متلازمة الإرهاق المزمنة		
33. الجهاز الجلدي والجنسي يشمل: صدفية، مبيغوس، أكزما، إصابة و/أو ورم جلدي، مرض جلدي التهابي، بيلوما/كونديلوما		
34. الجهاز التناسلي الذكوري خراج الثدي، مشاكل في الخصوبة، ورم في الخصية، دوالي الخصية، قيلة مائية، هيپوسفادياس، انسائي خراج الثدي، نزيف غير مرتبط بالدورة الشهرية، ورم ليفي رحمي، كيسة مبيضية، تكرار الإجهاض، هبوط الرحم و/أو المهبل، مشاكل في الخصوبة، أندومتريوزيس		
35. للنساء هل أنت حامل؟ إذا نعم، يجب إرفاق رسالة من طبيب النساء تشمل توثيقًا ومتابعة للحمل		
36. هل يوجد أمر آخر في وضعك الصحي حاليًا غير مذكور في هذه البنود ويستوجب الاستفسار الطبي؟		

7 هل لديك تأمين طبي في اسرائيل/الخارج

اسم الشركة	اسم البرنامج	فترة التأمين	☐ نعم ☐ لا
------------	--------------	--------------	--

8 التنازل عن السرية الطبية (من أجل الدعوى في شروط الانضمام أو استيضاح الدعوى)

أنا الموقع أدناه، أسمح بهذا لكل الأطباء والمؤسسات الطبية والمستشفيات الأخرى في اسرائيل والخارج ومؤسسة التأمين الوطني و/أو أي مؤسسة وجهة أخرى (في ما يلي: «المؤسسات الطبية») و/أو شركات التأمين الأخرى بأن تقدم لمثوحيدي كل التفاصيل من دون استثناء وبالشكل الذي تطلبه وكما هو مفصل في المستندات التي تملكها المؤسسات الطبية، وذلك لكي تقوم مثوحيدي بالاستيضاح بحسب البرنامج، كما أنني أحرر المؤسسات الطبية المذكورة أعلاه من واجب الحفاظ على السرية الطبية وأتخلى عن السرية الطبية هذه في ما يتعلق بمثوحيدي، أنا ألزم برسالة التنازل هذه وهي تنطبق أيضًا على أطفالي القاصرين والملكفين بموجب القانون. رسالة التنازل هذه تنطبق عليّ وأيضًا على ورثتي وميراثي بعد موتي.

9 وبهذا أرفق توقيع

التاريخ	اسم المرشح/ة	رقم جواز السفر/الهوية	توقيع المرشح/ة
---------	--------------	-----------------------	----------------