

טופס הצטרפות

לתוכנית אספקת שירותים רפואיים לחברי-חץ

לשימוש פנימי

קבוצת רישום

שם נציג/ת מאוחדת

חותמת וחתימת הנציג/ה

1 פרטי המועמד/ת לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' דרכון / ת.ז.	תאריך לידה	דוא"ל	זכר ☐ נקבה ☐
כתובת בישראל	מקום עבודה/לימודים	מיקוד	טלפון	נייד	

2 פרטי בן/בת הזוג

שם משפחה	שם פרטי	מס' דרכון / ת.ז.	תאריך לידה	דוא"ל	זכר ☐ נקבה ☐	טלפון	טלפון נייד
----------	---------	------------------	------------	-------	---	-------	------------

3 פרטי בני המשפחה

קירבה	שם משפחה	שם פרטי	מס' דרכון/ת.ז.	תאריך לידה	זכר ☐ נקבה ☐
קירבה	שם משפחה	שם פרטי	מס' דרכון/ת.ז.	תאריך לידה	זכר ☐ נקבה ☐
קירבה	שם משפחה	שם פרטי	מס' דרכון/ת.ז.	תאריך לידה	זכר ☐ נקבה ☐
קירבה	שם משפחה	שם פרטי	מס' דרכון/ת.ז.	תאריך לידה	זכר ☐ נקבה ☐

4 סוגי הכיסוי המבוקש

☐ הצטרפות לרובד הבסיסי ☐ הצטרפות לתוכנית נוספות

מאוחדת שיא	מאוחדת עדיף	הרחבת הכיסוי לשירותי בריאות נוספים
		שם המועמד:
		שם המועמד:
		שם המועמד:
		שם המועמד:
		שם המועמד:

מועד התחלת
הביטוח יהיה בראשון
לחודש לאחר אישור
הקבלה לתוכנית
על ידי מאוחדת או
אישור התנאים עליה
הודיעה מאוחדת אם
נתבקשת לאשרם,
לפי המאוחר מביניהם.

5 הצהרת המועמד/ים לביטוח

הצהרה זו מתייחסת לכל אחד מן המועמדים לביטוח הרשומים בטופס הצעה זו.
הנני מבקש/ת להצטרף לתוכנית לשירותי בריאות למבטוחי חוץ ו/או שירותי בריאות
נוספים, במסגרת מאוחדת (להלן התוכנית) לפי המפורט לעיל, (בהסתמך על כל
האמור בהצעה זו).

לתשומת ליבך, כניסת התוכנית לתוקף תבצע בכפוף לחתימתך ע"ג הצהרת הבריאות
המלאה ובלבד שהתקבל אישור ממאוחדת על קבלתך לתוכנית.
תשובתך ו/או המידע שימסר למבטוח יאוחסנו במאגר מידע בהתאם להוראות חוק
הגנת הפרטיות התשנ"א 1981 וישמשו לצורכי הביטוח בלבד.

א. אני מצהיר/ה מסכים/ה ומתחייב/ת בזאת כי:

1. כל התשובות כמפורט בהצעה ובהצהרת הבריאות הינן נכונות ומלאות והן ניתנו מתוך
רצוני החופשי.

2. התשובות המפורטות בהצעה ובהצהרת הבריאות וכל מידע אחר שנמסר על ידי
למאוחדת (להלן הקופה) וכן התנאים המקובלים אצל מאוחדת לעניין זה, ישמשו
תנאי יסוד לחוזה ביננו ויהוו חלק בלתי נפרד ממנו.

3. ידוע לי/לנו שזכויותי בתוכנית יכנסו לתוקף לאחר שמאוחדת תנפיק אישור בכתב
על קבלת המועמד/ת לתוכנית ובלבד שהפרמיה עבור 4 חודשים ראשונים שולמה
במלואה.

4. ידוע לי שבגיית דמי החבר נעשית על ידי מאוחדת. ייתכן בעתיד תעשה גביית דמי
החבר על ידי תאגיד אחר מטעמה של מאוחדת ולא תהייה לי כל טענות ביחס
לזהות התאגיד המבצע את הגבייה.

ב. לתשומת לב: בתוכנית זו קיימים סייגים לגבי מצב רפואי של החבר בתכנית - אנא
קרא/י בעיון את תקנות התוכנית נוסח התקנות המחייב הוא הנוסח בשפה העברית.

יש לסמן 'ל' לתשובה שלילית ו'כ' לתשובה חיובית אם סומן 'כ' יש לפרט בטבלה ולצרף מסמכים רפואיים:

הערות: אם סומן 'כ' יש לפרט בטבלה ולצרף מסמכים רפואיים	יש לסמן 'ל' לתשובה שלילית 'כ' לתשובה חיובית	השאלה
		1. גובה במטרים
		2. משקל בק"ג
		3. האם הנך מעשן? אם כן כמה שנים? וכמה סיגריות ביום?
		4. האם הנך חולה כעת או היית חולה במחלה כלשהי בשנה האחרונה? פרט אלו מחלות ומתי
		5. האם הנך מוגבל באופן מלא או חלקי בביצוע עצמאי של אחת או יותר מהפעולות הבאות: לשבת, לקום, ללכת, להתרחץ, להתלבש, לאכול, לשתות לשלוט על הסוגרים?
		6. האם אושפזת אי פעם בבית חולים או במוסד רפואי אחר? פרט מתי, סיבת האשפוז והטיפול שקיבלת
		7. האם עברת בדיקות מעבדה ו/או בדיקות רפואיות כלשהן בשנה האחרונה? פרט סיבה מועד ותוצאות
		8. האם עברת ניתוח? פרט מתי ומהות הניתוח
		9. האם נטלת או הנך נוטל תרופות באופן קבוע? פרט אלו
		10. האם עברת בדיקות מיוחדות ב-6 שנים האחרונות כגון CT, MRI מיפוי עצמאות ממוגרפיה פרט מתי ולמה
		11. האם הנך צורך סמים או אלכוהול?
		12. האם קיבלת שרותים מיוחדים לטיפול בבית?
		13. האם נפגעת בתאונת עבודה/דרכים/אחר?
		14. האם הנך מקבל קצבת נכות/סיעוד מגורם כלשהו?
		15. האם היית במעקב רפואי/התפתחותי/פסיכולוגי/פסיכיאטרי?
		16. האם הנך סובל או סבלת בעבר ממום מלידה, מחלה גנטית (תורשתית) או נכות זמנית/קבועה?
		17. האם הנך סובל ממחלה כרונית כלשהי פעילה או רדומה?
		18. האם הנך סובל או סבלת ממחלה זיהומית כלשהי?
		19. האם בששת חודשים האחרונים חלה ירידה במשקלך ב-6 ק"ג או יותר?
		20. האם הנך סובל מתשישות או עייפות כרונית?
		21. מחלה מטבולית, הורמונלית (אנדוקרינולוגיה) לרבות: סכרת, שומנים בדם, שיגרון (גאוט), גושה, FMF, בלוטת התריס/מגן, יוותרת המוח (פרולקטינומה/פרולקטינומיה), הפרעות בגדילה
		22. מערכת העצבים, המוח ו/או הפרעות התפתחותיות לרבות: אפילפסיה, איחוע מוחי (CVA), גידול מוחי, טרשת נפוצה, ניוון שרירים, רעד, פרקינסון, שיתוק, פוליו, אספרג, אוטיזם, הפרעות קשב וריכוז, סחרחורת והתעלפויות
		23. נפש לרבות: דיכאון, חרדות, תסמונת פוסט טראומטית, האם אובחנת כחולה במחלת נפש?
		24. מחלות ממאירות, גידולים לרבות: גידול שפיר, סרטני וטרומ סרטני
		25. מערכת ריאות ודרכי נשימה: לרבות: אסטמה, ברונכיטיס, COPD (מחלת ריאות חסימתית), אמפיזמה, סרקואידוזיס, דום נשימה בשינה, ססיטיק פיברוזיס, דלקת ריאות, שחפת
		26. מערכת ראייה לרבות: ליקוי ראייה מעל מספר 7, הפרדת רשתית, גלאוקומה (לחץ תוך עיני), קטרקט, אובאיטיס, קרטקונוס ועיוורון
		27. מערכת אף אוזן גרון לרבות: ירידה בשמיעה, מנייר, טינטון, פוליפים, פגיעה במיתרי הקול
		28. מערכת הלב/לחץ דם/כלי דם לרבות: יתר לחץ דם, התקף לב, אי ספיקת לב, מום מולד בלב, הפרעות קצב, פגיעה במסתמים, טרומבוזת, תסחיף ריאתי, מפרצת אאורטה, ורידים מורחבים, יתר לחץ תוך ריאתי, טרשת עורקים
		29. בקע ומערכת העיכול לרבות: בקע/שבר/הרניה מכל סוג שהו, ריפלוקס, קרוהן, קוליטיס, פרוקטיטיס, דימום רקטלי, רקטוצולה, הפטיטיס/צהבת, כבד מוגדל, כבד שומני, שחמת (צירוזיס), אבנים בדרכי מרה/כיס מרה, דלקת בלבלב (פנקריאטיטיס)
		30. מערכת כליות ודרכי שתן לרבות: אי ספיקת כליות, כליה פולציסטית, מום בכליה או מום אחר, אבנים, ריפלוקס דרכי שתן, צניחת שלפוחית שתן, דם/חלבון בשתן ערמונית מוגדלת, בעיה אחרת בערמונית
		31. מערכת הדם, החיסון, מחלות זיהומיות לרבות: אנמיה, ערכים חריגים בספירת דם, הפרעה בקרישת הדם, טלסמיה מיגור/אינטרמדיה, המפיליה, טחול מוגדל, הפרעות במערכת החיסון, איידס/נשאות, מחלת חום ממושכת מעל 3 חודשים
		32. מערכת השלד, השרירים, מפרקים לרבות: מחלות מפרקים, שברים, פריקה פגיעה בגידים/רצועות, פריצות דיסק, בריחת סידן מחלת מפרקים ניוונית (אוטוארטרוזיס) דלקת מפרקים שגרונית (ראומטיד ארטריטיס) לופוס (זאבת) תסמונת התשישות הכרונית
		33. מערכת עור ומין לרבות: פסוריאזיס, פמפיגוס, אגזמה, נגע א/ו גידול בעור, מחלת עור דלקתית, פפילומה/קנדידומה
		34. מערכת הרבייה גברים ג/אבצס בשד, בעיות פוריות, גידול באשך, וריקולציה, הידרוצלה, היפוספדיאס. נשים גוש/אבצס בשד, דימומים ללא קשר לזווסת החודשית, רחם שרירי, ציסטות שחלתיות, הפלות חוזרות, צניחת רחם א/ו נרתיק, בעיות פרויון, אנדומטריוזיס
		35. נשים האם את בהיריון? אם כן, יש לצרף מכתב מרופא נשים הכולל תיעוד ומעקב היריון
		36. האם יש משהו במצב בריאותך כרגע שאינו מוזכר בסעיפים אלו ונדרש ברור רפואי?

7 האם הנך מבטוח בביטוח רפואי בארץ/בחו"ל

תקופת הביטוח	שם התוכנית	שם החברה	כן ☐ לא ☐
--------------	------------	----------	---

8 ייתור על סודיות רפואית (לצורך תביעת תנאי הקבלה או בירור תביעה)

אני הח"מ נתן/ת בזה רשות לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי החולים האחרים בארץ ובחו"ל ולמוסד לביטוח לאומי ו/או לכל מוסד וגורם אחר (להלן: "המוסדות הרפואיים") ו/או לחברות ביטוח אחרות למסור למאחדת את כל הפרטים ללא יוצא מהכלל ובצורה שתידרש על ידה כמפורט במסמכים אשר בידי מוסדות הרפואיים, לצורך בירור של מאוחדת עפ"י התוכנית והנני משחרר/ת את המוסדות הרפואיים הנ"ל מחובת שמירה על סודיות רפואית ומוותר על סודיות זו כלפי מאוחדת, כתב יתור זה מחייב אותי ויחול גם על ילדי הקטינים ובאי כוחי החוקיים.

כתב יתור זה מחייב אותי, ויחייב גם את יורשיי ועזבני לאחר מותי.

9 ולראייה באתי על החתום

תאריך	שם המועמד/ת	מס' דרכון / ת.ז.	חתימת המועמד/ת
-------	-------------	------------------	----------------