

Well-Come Plan Application

(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

הנני 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 שם גורם מנהלי: _____ תאריך הגשת הבקשה: _____ תאריך הצטרפות: _____	<input type="checkbox"/> אינני 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 Maccabi <input checked="" type="checkbox"/> במסגרת המטאמה (Tick ✓ the relevant box) נא לצרף צילום דרכון Please attach a passport photo
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Section B – Personal Details

חלק ב' - פרטים אישיים

קוד	מספר חבר (למילוי המשרד)	תאריך לידה D. of Birth (d/m/y)	שם משפחה באנגלית Family Name in English	שם משפחה בעברית Family Name in Hebrew	שם פרטי באנגלית Given Name in English	שם פרטי בעברית Given Name in Hebrew
9						
מצב משפחתי Marital Status		ארץ הפקת הדרכון Place of Passport Issue		תאריך הפקת הדרכון Passport Issuing Date		מספר דרכון Passport No.
<input type="checkbox"/> אלמן/אלמנה <input type="checkbox"/> נשוי/נשואה <input type="checkbox"/> רווק/רוקה <input type="checkbox"/> נשוי/נשואה						<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
טלפון סלולרי Cellphone	טלפון Telephone	מיקוד Zip Code	שם ישוב City	שכונה Neighborhood	מס' דירה Apt. No.	כניסה Entrance
						מס' בית Building No.
						כתובת מגורים - רחוב Address - Street
סיבת הפסקת הביטוח Reason for Ceasing Insurance	תקופת הביטוח Period of Insurance	שם גוף מבטח בארץ Name of Israeli Insurance Company	האם בוסתח בעבר Have you previously had health insurance in Israel?	איש קשר במקום הלימודים Phone Study Place	כתובת לימודים בארץ Study address in Israel	מקום לימודים בארץ Place of study in Israel
			<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן			

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

Section C – Health Declaration

חלק ג' - הצהרת בריאות

שאלות כלליות	General Questions
השאלה:	Question:
1. גובה ב"מ	1. Height in cm
2. משקל בק"ג	2. Weight in kg
3. היקף מותניים	3. Waist circumference
4. האם הניך 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 עישנת? 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 הניך מוגבל באופן חלקי או מלא בביצוע עצמאי של אחת או יותר מהפעולות הבאות: ללכת, לקום ולשבת, להחליב, להרחיץ, לאכול, לשחות, 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 הניך 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/הניך 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 אושפזת 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? What date, and what type of surgery?
11. האם הניך 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 הניך צורך אלכוהול/סמים?	12. Do you consume alcohol/drugs? Please specify social drinking/other.
13. האם עברת בדיקות מיוחדות ב- 5 השנים האחרונות (כגון: C.T, MRI, מפיץ 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 תוצאות (בכלל זה תוצאות חרוגות 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 הניך סובל ממחלה כרונית כלשהי פעילה או רדומה?	15. Do you suffer from any chronic disease (active or dormant)? If yes please specify and provide current doctors letter
16. האם אובחנת כסובל ממחלה אוטואימונית כלשהי ובכלל זה זאבת?	16. Have you been diagnosed with any autoimmune disease, particularly lupus? If yes please specify and provide current doctors letter
17. האם הניך סובל או סבלת ממחלה זיהומית כלשהי?	17. Do you suffer or have you suffered from any infectious disease? If yes please specify and provide current doctors letter
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 הניך סובל משישון או עייפות כרונית?	19. Do you suffer from tiredness or chronic fatigue?
20. האם הניך סובל משיעול כרוני?	20. Do you suffer from a chronic cough?
21. האם ידוע לך על בעיה רפואית כלשהי (לרבות 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? If yes please specify and provide current doctors letter

provide current doctors letter

		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/פסיכולוגי או פסיכיאטרי? האם הנך לוקה או לקית באחת 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 , דמנציה, 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).
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	26. מחלות דרכי הנשימה, אסטמה, שחפת, דלקת ריאות כרונית, גניחת דם, COPD, חוזה איר.	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.
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	28. מחלות דרכי עיכול, מחלות כבד, כיס מרה, הרניה, סחורים.	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.
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	30. מחלות פרקים ועצמות, כאבי גב וצוואר.	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.
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	32. סרטן (מחלה ממארת). אם כן מתי?	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.
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	34. האם נמצאת נשא של נגיפים HIV ו/או חולה בוורוס HIV או צהבת?	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 לקוי שמיעה/ראיה, מחלות גרון, מחלות אף, ניתוחים פלסטיים.	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.
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	37. מחלה ניוונית במערכת העצבים והשרירים (פרקינסון, פוליו, A.L.S, M.S, 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. האם סבלת/סובלת מהפרעות במחזור הווסת, ציסטות, דימומים, מחלות שדיים (כולל גושים בשדיים), רחם, שחלות, האם ביצעת בדיקות לגילוי גידול סרטני, ממגרפיה?	38. Have you suffered or are you currently suffering from irregular periods, cysts, hemorrhages, breast diseases (including lumps), cervical diseases, or ovarian diseases? Have you undergone an examination to discover cancerous growths, and/or a mammography?
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	39. האם הנך בהריון? (אישה בהריון תצרף מכתב מרופא נשים הכולל תיעוד מעקב היריון)	39. Are you pregnant? Pregnant women must attach a letter from their gynecologist, including details on the progression of the pregnancy.
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	40. האם עברת/ עוברת או זקוקה לטיפול פרייון?	40. Have you undergone or are you undergoing or do you require fertility treatments?
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	41. אחר	41. Other?

כתב ויתור על סודיות:

הנני נתון בואת 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 חיק שנפתח על שמי אצלו, ככל שהדבר דרוש לצורך ביטוח הבריאות והחובות המוקנות על פי תנאי חוכנתי 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. בקשתי 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 הקטנים.

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 באחד מכבי באינטרנט, ואני מקבל עלי את כל התנאים המופיעים בו.
- * אני החתום מטה מאשר כי קראתי את תקנון התכנית והבנתי את כללי תנאיה התכנית וכל הפרטים בטופס הבקשה הסוברו לי.
- * ידוע לי כי מכבי רשאית שלא לאשר את הצטרפותי לתכנית מבלי שתהיה חייבת להצדיק את החלטה.
- * 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 חורשתיות 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 חורשתיות ו/או מצב בריאותי ו/או תופעה רפואית ו/או מחלה בין אם מטופלת ובין אם לא ו/או ידוע לי כי התערפף החודשי מתעדכן מעת לעת והינו בהתאם לתקנון התכנית.
- * ידוע לי כי הרשות בידי מכבי לקבוע תוספת לתערפף הקבוע, או להחריג מצב רפואי, בהתאם למצב רפואי שנקבע, כתנאי לאישור ההצטרפות.
- * ידוע לי כי טופס בקשת ההצטרפות והצהרה הבריאות תקפים לחודש ימים מיום חתימתי על הצהרה.
- * מטרת השהייה בארץ שלי אינה לשם קבלת טיפול רפואי ולא ידוע לי על כל טיפול רפואי לו אני זקוק.
- * כל הפרטים שמסרתי בהצהרה 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 ההבר בתכנית well-come אינם כוללים את התשלום לביטוחים המשלמים, לביטוח הסיעודי ולקרן מכבי ואלה י"גבו 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, confrm 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 confrmation 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 xed 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 _____