

ביטוח סיעודי לחברי מכבי
תأمين تمريضي لأعضاء مكابي

מרכז קשרי לקוחות טלפון: 1-801-22-7788 או 3507 *
משרד ראשי: דרך השלום 53, גבעתיים | www.fnx.co.il | sm@fnx.co.il | 5345433
מרכז علاقات الزبائن. هاتف: 1-801-22-7788 أو 3507 *
المركز الرئيسي: طريق هشالوم 53، جفعتايم | www.fnx.co.il | sm@fnx.co.il | 5345433

טופס הצטרפות לביטוח סיעודי קבוצתי לחברי מכבי שירותי בריאות באמצעות הפניקס חברה לביטוח בע"מ
نموذج انضمام للتأمين التمريضي الجماعي لأعضاء مكابي خدمات صحية بواسطة فينكس شركة تأمين م.ض.

"עובר קופה" - האם היה ביטוח סיעודי בקופה הקודמת: כן לא
"למנתקל מן صندوق مرضى آخر" - هل كان لديك تأمين تمريضي في صندوق المرضى السابق: نعم لا

- התנאים לקבלה לביטוח סיעודי הינם בכפוף למילוי הצהרת בריאות, חיתום רפואי ואישור המבטח (למעט תינוקות מתחת לגיל שנה).
- תחילת הביטוח יהיה החל מהמועד בו מולאו כלל הפרטים הנדרשים על גבי הטופס.
- תצטעך שרופת הטיפול בתאמינ התמריضي لتعبئة التصريح الطبي، التوقعات الطبية ومصادقة شركة التأمين (باستثناء الأطفال تحت سن سنة).
- سيبدأ التأمين من الموعد الذي تمت فيه تعبئة جميع التفاصيل المطلوبة في النموذج.

חלק א' - פרטים אישיים ומשפחתיים					
القسم أ - تفاصيل شخصية وعائلية					
تفاصيل المرشحين للتأمين (الأبناء - تحت سن 18)					
מין الجنس	תאריך לידה تاريخ الميلاد	שם פרטי الاسم الأول	שם משפחה اسم العائلة	ת.ז. رقم الهوية	
אנשי / נשים ذكر / أنثى					المرشح/ة الرئيسي/ة
אנשי / נשים ذكر / أنثى					الزوج/ الزوجة
אנשי / נשים ذكر / أنثى					الابن/ة 1
אנשי / נשים ذكر / أنثى					الابن/ة 2
אנשי / נשים ذكر / أنثى					الابن/ة 3
אנשי / נשים ذكر / أنثى					الابن/ة 4

הכיסוי לביטוח אינו תקף למקרה ביטוח אשר ארע בשלוש שנות חייו הראשונות של המבוטח.
لا تسري التغطية التأمينية على الحالات التأمينية التي تحدث خلال السنوات الثلاث الأولى من حياة المؤمن.

פרטי התקשרות והסכמה לקבלת מסמכי דיווח באמצעות פרטי התקשרות					
تفاصيل الاتصال وموافقة على الحصول على المستندات والتقارير عبر تفاصيل الاتصال					
למעומאת/ק التفاصيل المحدثة هي التفاصيل التي تم تسليمها لمكابي. في حال لم تسلم تفاصيل الاتصال لمكابي، يجب تعبئتها في النموذج. لتغيير/ تحديث التفاصيل يجب التوجه إلى مكابي على الرقم 3555* يجب تعبئة تفاصيل الاتصال لجميع المرشحين للتأمين البالغين (فوق سن 18) واختيار طريقة استلامهم للتقارير من فينكس شركة تأمين م.ض. (الكشف اللائق، نشرة تفاصيل التأمين والتقارير السنوية) في حال لم تختار الطريقة المفضلة بالنسبة لك للحصول على التقارير، سترسل لك المستندات بحسب تفاصيل الاتصال الموجودة وفق تعليمات التعميم رقم 1-1-2018 في هذا السياق (بوجود بريد إلكتروني - سترسل المستندات والتقارير إلى البريد الإلكتروني، بغياب عنوان بريد إلكتروني، سترسل المستندات والتقارير إلى الهاتف الخليوي الخاص بالمستلم كرسالة نصية، بغياب هاتف خليوي سترسل التقارير بواسطة بريد إسرائيل). بغياب وجود تفاصيل اتصال للمرشح للتأمين البالغ، ستعتبر فينكس تفاصيل الاتصال الخاصة بالمرشح الرئيسي/ صاحب البوليصه هي تفاصيل الاتصال بجميع المرشحين للتأمين البالغين في البوليصه. يمكنك تغيير طريقة استلام المستندات والتقارير المذكورة من خلال مقسم خدمة الزبائن على الرقم 3507*					
طريقة استلام التقارير (اختر إمكانية واحدة) في كل واحدة من الإمكانيات سترسل أيضا رسالة نصية SMS إضافية.	البريد الإلكتروني (e-mail)	الهاتف الخليوي	عنوان بريد إسرائيل - التعبئة إلزامية (يرجى التعبئة فقط في حال كانت تفاصيلك هي ليست التفاصيل المحدثة لدى مكابي).		
			ميكود	البلدة	رقم البيت
المرشح/ة الأول/ى O e-mail O بريد إسرائيل					
الزوج/ الزوجة O e-mail O بريد إسرائيل					

חלק ב' – הצהרת בריאות															
القسم ب – التصريح الطبي															
في حال كان سن المرشح 65 فما فوق، يجب استصدار ملخص للملف الطبي من الطبيب المعالج															
المرشح/الرئيسي/ة		الزوج/ة		الابن الأول			الابن الثاني			الابن الثالث			الابن الرابع		
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا
اعرف	لا اعرف	اعرف	لا اعرف	اعرف	لا اعرف	اعرف	لا اعرف	اعرف	لا اعرف	اعرف	لا اعرف	اعرف	لا اعرف	اعرف	لا اعرف
أسئلة عامة * جميع الأسئلة موجبة للمرشح للتأمين و/أو لوالد و/أو للوصي القانوني للمرشح للتأمين إن كان قاصراً أو غير مسؤول قانونياً فقط.															
1. الطول (سم)															
الوزن (كغم)															
2. أ. هل أنت مدخن أو دخنت في السابق؟ الكمية اليومية: عدد السنوات: ب. إذا توقفت عن التدخين، اشر كذلك إلى تاريخ توقفك عن التدخين. الكمية اليومية: عدد السنوات: تاريخ التوقف عن التدخين:															
3. هل تعاني من إعاقة جزئية أو كاملة تمنعك من القيام بنفسك بواحدة أو أكثر من الأنشطة التالية: المشي، القيام والجلوس، ارتداء الملابس، الاستحمام، الأكل والشرب، التحكم بالإخراج (التبرز والتبول).															
هل تم تشخيص احد من بين المرشحين للتأمين كمصاب بواحدة أو أكثر من التشوهات الخلقية/ الأمراض/ الحالات/ النتائج المفصلة فيما يلي؟ (في كل إجابة ايجابية يجب تفصيل الإجابة و/أو إرفاق مكتوب من الطبيب).															
4. التهاب وعائي (التهاب الأوعية الدموية، PAN)															
5. السكري – هل تعاني من السكري؟															
5.1. إذا كانت الإجابة على السؤال السابق (نعم)، هل تستعمل الأنسولين؟ (يرجى التفصيل: ما هي قيم الهيموجلوبين السكرية (HbA1c). يرجى وضع دائرة على القيم في الأسفل: 6.5 أو أقل 7.5-6.6 8.5-6.7 9.5-8.6 9.6 أو أعلى															
5.2. هل تعاني من إصابة في الأعضاء المستهدفة (اعتلال عصبي، اعتلال شبكي، PVD - مرض في الأوعية الدموية الشريانية المحيطية)؟															
5.3. هل تعاني من أعراض انخفاض السكر في الدم؟															
6. <u>أمراض في الغدد الصماء</u> – هل تعاني من مرض واحد أو أكثر من أمراض الغدد															

																		9	أمراض ورمية خبيثة (سرطان)
																		10	هل تعاني من واحد أو أكثر من الأمراض التالية: مرض مزمن في الكبد (تليف في الكبد، تليف)، التهاب مزمن في البنكرياس؛ خضعت لزراعة كبد أو بنكرياس؟
																		10.1	هل تعاني من مرض مزمن آخر في الكبد؟
																		10.2	هل تعاني من التهاب الكبد الوبائي؟
																		11	هل تعاني من التهاب مزمن في الجهاز الهضمي (كرون، التهاب القولون، التهاب القولون التقرحي)؟
																		11.1	هل مرت أكثر من ثلاث سنوات على النوبة الأخيرة؟
																		12	هل تعاني من تشوه خلقي، تخلف، CP، فشل مناعي، فرط دهون في الدم ناجم عن أسباب عائلية/وراثية؟
																		12.1	هل تعاني من تشوه خلقي آخر؟
																		12.2	هل كنت أو أنت حالياً تحت متابعة طبية لمشاكل تتعلق بالنمو؟
																		13	بتر أطراف – هل هناك تأثير على الأداء اليومي؟
																		14	هل تعاني من ارتفاع ضغط الدم في الـ 10 سنوات الأخيرة؟ (يرجى التفصيل: متى كان موعد التشخيص؟ ماذا كانت قيم ضغط الدم الانقباضي: 250-40؛ وما هي قيم ضغط الدم الانبساطي 150-40)
																		15	هل تعاني من زيادة الدهون في الدم في السنوات العشر الأخيرة؟ (يرجى التفصيل: قيم الكوليسترول العامة في الدم: 400-70؛ مستوى HDL في الدم 200-0) يجب تعبئة القيم في الجدول أدناه
																		16	هل تم تشخيص إصابتك بمشكلة نفسية؟
																		17	مرض مزمن في الرئتين – هل خضعت لزراعة رئة أو تعاني من COPD، التليف الكيسي، التهاب القصبات المزمن، انتفاخ الرئة.
																		17.1	هل تعاني من أمراض أخرى في الرئتين؟
																		17.2	هل تعاني من الربو، ما عدد النوبات في الشهر أو مرات الترقيد في المستشفى؟
																		18	<u>أمراض اختزان (غوشيه، مرض نيمان بيك، تي زاكس، مرض اختزان الغلايوجين "بومي"، مرض فابري، التليف الكيسي).</u>
																		19	<u>أمراض مزمنة في الكلى أو أمراض في المسالك البولية</u>
																		19.1	هل تجري أو أجريت علاجات غسل كلى؟ هل خضعت لزراعة كلية؟
																		19.2	هل تعاني من الفشل الكلوي و/أو من التكريس الكلوي؟
																		20	مشاكل في تجلط الدم (نزف الدم، ثيلاسيميا،

																		أو مشاكل أخرى تتعلق بتخثر الدم؟	
																		21	نقص المناعة المكتسبة – الايدز HIV
																		22	مشاكل في العضلات أو في الهيكل العظمي (الأم ظهر مزمنة، هشاشة عظام، التهاب المفاصل، أمراض أخرى في العضلات أو الهيكل العظمي؟
																		23	هل تعاني من أمراض روماتزمية (الذئبة الحمامية، التهاب المفاصل الروماتويدي، تصلب الجلد، التهاب المفاصل الصدفي، التهاب المفاصل، الحمى الروماتزمية)؟
																		24	آلم عضلي ليفي
																		25	هل دخلت المستشفى في السنوات الخمس الأخيرة أو هل تمت توصيتك بدخول المستشفى؟ (يرجى التفصيل: ماذا كان موعد الترقيد؛ سبب الترقيد؛ فترة الترقيد)
																			أسئلة عامة * جميع الأسئلة موجهة للمرشح للتأمين و/أو لوالد و/أو للوصي القانوني للمرشح للتأمين إن كان قاصراً أو غير مسؤول قانونياً فقط.
																		26	هل خضعت لجراحة في الـ 12 شهراً الأخيرة، أو تعرف عن حاجة لديك لإجراء جراحة، أو علاج طبي يتعلق بالترقيد في المستشفى أو الإجراء في غرفة عمليات جراحية؟ (يرجى التفصيل: ماذا كان تاريخ العملية؛ سبب العملية؛ اسم العملية؛ نتيجة الجراحة اليوم، هل ما زلت تحت المتابعة)
																		27	هل أجريت فحص تصوير خلال السنوات الخمس الأخيرة؟ أو أوصيت بإجراء فحص كهذا خلال النصف سنة الأخيرة؟ (رنين مغناطيسي MRI، PET، CT، تصوير عظام)؟ (يرجى التفصيل: متى كان الفحص، ماذا كان نوع الفحص، هل ما زلت تحت المتابعة)
																		28	هل تناولت في السنوات الخمس الأخيرة أو هل تتناول اليوم أدوية بشكل ثابت؟ (يرجى تفصيل نوع الأدوية ومنذ متى)
																		29	هل تستهلك أكثر من 5 عبوات من البيرة في اليوم أو أكثر من 5 كؤوس من مشروب كحولي في اليوم؟
																		30	هل حصلت في السنوات الخمس الأخيرة على خدمات خاصة للعلاج في البيت؟ (يرجى التفصيل في أي سنة، ما هو السبب ومن الذي قدم لك العلاج؟)
																		31	هل توجهت في السابق للانضمام إلى تأمين ترفيهي وتم رفض طلبك؟ (يرجى التفصيل: في أي شركة وما هو سبب الرفض).
																		32	هل حصلت في الـ 5 سنوات الأخيرة و/أو أنك تحصل الآن على مخصصات ترفيهي أو إعاقة من التأمين الوطني؟

אם התשובה היא "כן" לאחת מהשאלות, אנא פרט בטבלה מטה את פירוט הממצאים החיוביים.
 إذا كانت إجابتك على أي من الأسئلة بنعم، يرجى أن توضح في الجدول أدناه تفاصيل كل نتيجة إيجابية.

פירוט ממצאים חיוביים				
תفصيل النتائج الايجابية				
اسم المرشح/ة	رقم السؤال	التشخيص/ المرض/ الفحص	موعد البدء/ الانتهاء، المضاعفات نعم/ لا، تكرار الحالة نعم/ لا، شفاء تام نعم/ لا	نوع العلاج (دوائي، جراحة وما شابه)

טבלת דמי הביטוח*														
جدول رسوم التأمين*														
الغنة العمرية	0-18	18-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	80 فما فوق
الرسوم	-	7.19	8.7	26.51	35.81	40.43	78.61	95.93	111.13	131.78	163.7	190.24	205.85	213.88

* סכומי הפרמיות צמודים למדד כאשר מדד הבסיס הוא זה שהיה ידוע ב 1.7.2017 .
* מبالغ الرسوم مرتبطة بمؤشر الغلاء حيث سيكون المؤشر المعتمد هو ما كان معروفا بتاريخ 1.7.2017

תגמולי ביטוח**			
تعويضات التأمين**			
סנ الانضمام لأول مرة إلى التأمين التمريضي الجماعي لأعضاء صندوق المرضى			مكان مكوث المؤمن
حتى 49	50-59	60 فما فوق	تعويضات التأمين الشهرية للمؤمن الماكث في المنزل (تعويض)
5500 ش.ج.	4500 ش.ج.	3500 ش.ج.	سقف تعويضات التأمين الشهرية للمؤمن الماكث في مؤسسة (إرجاع نفقات)
10,000 ش.ج.	6500 ش.ج.	4500 ش.ج.	

** על סכום תגמולי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה וריבית מהמדד שהיה ידוע ב 15.6.2016 .
** على مبالغ تعويضات التأمين ستضاف فروقات الارتباط بمؤشر الغلاء والفائدة وفق المؤشر الذي كان معروفا في 15.6.2016

כתב ויתור סודיות רפואית והצהרת המועמדים לביטוח مكتوب تنازل عن السرية الطبية وتصريح المرشحين للتأمين
<p>1. אصرח بهذا عن موافقتי المطلقة والتي لا عودة عنها بالتنازل عن السرية الطبية و/أو الوظيفية، وأخول بهذا شركة التأمين بأن تطلب، وتحصل على معلومات حول حالتي الصحية و/أو الوظيفية سواء في الماضي، في الحاضر أو في المستقبل، كلما كانت هناك حاجة لذلك من أجل استيضاح حقوقي وواجباتي وفقاً لهذه البوليصه. أتنازل عن هذه السرية أمام شركة التأمين ولن تكون لي ضد المؤسسة التي تسلم المعلومات و/أو عاملها أي ادعاءات أو دعاوى من أي نوع كان تتعلق بالإفصاح عن هذه المعلومات كما هو مذكور.</p> <p>2. كما أنني أوافق مسبقاً على أن تقوم أي مؤسسة، بما فيها مكابي خدمات صحية و/أو رابطة مكابي مچين أو عاملها الطبيين و/أو غيرهم – والذين يمتلكون معلومات طبية و/أو وظيفية و/أو اجتماعية و/أو تشخيصية في مجال التمريض و/أو التأهيل و/أو تتعلق بأي مرض أصبت به في السابق أو أعاني منه حالياً كما هو مذكور أعلاه، بالكشف عنه لشركة التأمين بناء على طلبها ولن يكون لي بهذا الصدد أي ادعاءات أو دعاوى ضد مقدم المعلومات. واعفي بهذا أي مؤسسة و/أو العاملين فيها من واجب المحافظة على السرية في كل ما يتعلق بوضعي الصحي و/أو التأهيلي و/أو الاجتماعي و/أو التمريضي واسمح لهم بهذا بتقديم جميع المعلومات لشركة التأمين ومن أي ملف يحمل اسمي. هذا الطلب صالح أيضاً بحسب قانون المحافظة على الخصوصية لعام 1981، وكذلك بحسب قانون حقوق المريض لعام 1996 وهو يسري على أية معلومات طبية أخرى موجودة في أي قاعدة بيانات في أية مؤسسة.</p> <p>3. مكتوب التنازل هذا ملزم بالنسبة لي، ولورثتي ولوكلائي القانونيين ولكل من ينوب عني.</p> <p>4. أصرح بهذا أنني قد أعطيت المعلومات الواردة في هذا التصريح بإرادتي وموافقتي الكاملة وأنه قد تم إعلامي وأنا أوافق على أن التفاصيل التي أفصحت عنها و/أو أية معلومات ستصل إلى شركة التأمين و/أو إلى مكابي خدمات صحية و/أو مكابي مچين، ستحفظ في قاعدة بيانات لدى مكابي خدمات صحية و/أو لدى مكابي مچين و/أو في شركة التأمين و/أو لدى جهة من قبلها، وأن المعلومات التي ستحفظ كما ذكر ستستخدم من قبل شركة التأمين و/أو مكابي خدمات صحية و/أو مكابي مچين و/أو جهة أخرى من قبلهم. المعلومات المحفوظة كما ذكر ستستخدم من قبل شركة التأمين و/أو أي من طرفها من أجل فحص الطلب، وإدارة البوليصه، وتقديم الخدمات في إطار البوليصه وتنفيذ متطلبات القانون. المعلومات المحفوظة كما ذكر ستستخدم من قبل مكابي خدمات صحية من أجل إدارة البوليصه، وتقديم خدمات الجبابة في إطار البوليصه وتطبيق متطلبات القانون.</p> <p>5. اطلب انه في حال قبول عرضي للانضمام إلى التأمين المذكور، أن تجبى رسوم التأمين المطلوبة وفقاً لشروط البوليصه، بواسطة أمر الدفع الثابت الذي سلمته إلى</p>

"מכאבי خدمات صحية" من أجل الدفع مقابل الخدمات الطبية والتأمينية. في حال لم يكن لدى مكابي خدمات صحية أمر دفع ثابت ساري المفعول كما ذكر، فلن يدخل التأمين المذكور حيز التنفيذ، حتى يتم ترتيب أمر دفع ثابت ساري المفعول.

6. التزم بإبلاغ شركة التأمين عن أي تغيير يطرأ على حالتني الصحية من يوم تعبئة التصريح الطبي وحتى موعد موافقة شركة التأمين على قبولي في التأمين، معروف لي أن عدم إبلاغي عن التغيير يمكنه أن يمس بحقوقني وفقاً للبوليصة.

7. أنا الموقع أدناه، أصرح بهذا أن جميع التفاصيل التي تم الإفصاح عنها في نموذج الانضمام وفي المستندات المرفقة هي صحيحة وكاملة وأنه معروف لي أن تقديم إجابات غير كاملة أو غير صريحة على سؤال في مسألة هامة، يمكنه المس بحقوقني وفق هذه البوليصة، بما فيها استحقاقي للحصول على تعويضات التأمين بشكل كامل أو جزئي.

8. في حال كنت شخصاً يعاني من إعاقة، كما هو معرف في قانون مساواة الحقوق لأصحاب الإعاقات لعام 1998: "كل شخص مع نقص جسدي، نفسي، أو عقلي بما فيه إدراكي، ثابت أو مؤقت، يحد بشكل كبير من أدائه في مجال واحد أو أكثر من مجالات الحياة الأساسية"، فيرجى إبلاغنا بذلك على هاتف رقم 1-801-22-7788، من أجل أن يتم فحص طلبك للحصول على التأمين وفقاً لتعليمات القانون.

שם מועמד/ת ראשית/ת* اسم المرشح/ة الرئيسي/ة*	תעודת זהות رقم الهوية	תאריך التاريخ	חתימה التوقيع
בן/ת זוג الزوج/ة	תעודת זהות رقم الهوية	תאריך التاريخ	חתימה التوقيع

* חתימת אפוטרופוס עבור ילדים שגילם מתחת לגיל 18, ומולאו בהצהרה, ת.ז., תאריך, חתימה.
* توقيع الوصي القانوني بالنسبة للصغار الذين يقل سنهم عن 18 سنة، وتم في التصريح إضافة رقم الهوية، التاريخ، التوقيع.

אי הסכמה לממשק אינטרנטי לאיתור מוצרי ביטוח عدم الموافقة على إضافة معلوماتي إلى موقع انترنت للاطلاع على الخدمات التأمينية	
<p>יوجد لدى سلطة الأوراق المالية والتأمين والادخار موقع انترنت محمي يمكنك من الإطلاع بشكل مركز على خدمات التأمين الخاصة بك في جميع شركات التأمين في إسرائيل وذلك على أساس المعطيات التي سنزوده بها. في حال لم تكن معنياً بأن نسلم المعطيات للموقع، يرجى الإشارة ب X</p> <p>○ المرشح الرئيسي/ة ○ الزوج/ة ○ الابن الأول ○ الابن الثاني ○ الابن الثالث ○ الابن الرابع</p> <p>لمعلوماتك، عدم تسليم المعطيات لن يمكنك من الإطلاع على خدمات التأمين الخاصة بك في جميع شركات التأمين في إسرائيل، وبشكل مركز، على موقع الانترنت المحمي.</p> <p>يمكنك تغيير قرارك في أي حين على موقع الانترنت الخاص بالشركة على العنوان www.fnx.co.il أو بواسطة الهاتف: 074-7311155</p>	