

**Бланк для присоединения к коллективному страхованию по уходу для членов «Маккаби Шируттей Бриут» от страховой компании Феникс ЛТД.**

«Переход в новую кассу» - было ли оформлено страхование по уходу в предыдущей больничной кассе:  Да  Нет

- Условия присоединения к страхованию по уходу зависят от заполнения декларации о состоянии здоровья, медицинского диагноза, и утверждения страхователя (кроме младенцев до одного года возраста).
- Страхование вступает в силу с момента заполнения всех документов, указанных в данном бланке.

**ЧАСТЬ «А» - Личные и семейные данные**

Данные претендентов на присоединение к страховке (дети – до возраста 18 лет)					
	Номер удостоверения личности («теудат зеут»)	Фамилия	Имя	Дата рождения	Пол
Основной / ая претендент / ка					ОМ ОЖ
Супруг / а					ОМ ОЖ
Ребенок 1					ОМ ОЖ
Ребенок 2					ОМ ОЖ
Ребенок 3					ОМ ОЖ
Ребенок 4					ОМ ОЖ

Данное страховое покрытие не имеет силы в отношении страховых случаев, произошедших первых трех лет жизни застрахованного лица.

**Контактные данные и согласие на получение отчетных документов посредством контактных данных.**

К Вашему сведению, данные, переданные в Маккаби, считаются актуальными. Если Вы не передавали контактные данные в Маккаби, следует заполнить соответствующие поля в данном бланке. Для изменения и обновления данных следует обратиться в Маккаби по телефону \*3555.

Следует указать контактные данные для каждого совершеннолетнего претендента на получение страхования (старше 18-и лет), а также выбрать метод получения отчетной документации (обязательные уведомления, отчет о положениях страхования, ежегодный отчет) от страховой компании Феникс ЛТД.

Если предпочтительный метод получения отчетной документации не указан, документы будут отправлены в соответствии с существующими контактными данными, согласно директиве 2018-1-1 по данному вопросу (при наличии электронной почты отчетные документы будут отправлены на электронную почту, при отсутствии электронной почты – отчетные документы будут отправлены на мобильное устройство адресата, при отсутствии мобильного устройства – отчетные документы будут отправлены почтой Израиля).

При отсутствии контактных данных для совершеннолетних претендентов на получение страхования, страховая компания Феникс будет использовать контактные данные основного претендента / владельца полиса в качестве контактных данных всех совершеннолетних претендентов на получение страхования по настоящему полису.

Изменение метода получения отчетных документов осуществляется при помощи службы поддержки клиентов по телефону \*3507.

	Почтовый адрес в Израиле – обязательно заполнить (заполнять, если данные отличаются от регистрационных данных в Маккаби)				Мобильный телефон	Электронная почта (e-mail)	Метод получения отчетных документов (отметить один вариант) Для каждого варианта будет также отправляться SMS
	Улица	№ дома	Город	Почтовый индекс			
Основной / ая претендент / ка							e-mail <input type="checkbox"/> Почта Израиля <input type="checkbox"/>
Супруг / а							e-mail <input type="checkbox"/> Почта Израиля <input type="checkbox"/>

**ЧАСТЬ «Б» - Декларация о состоянии здоровья**

Если возраст претендента превышает 65 лет, следует приложить выписку из медицинской карточки лечащего врача

Общие вопросы * Все вопросы относятся в основном к претенденту на получение страхования и / или родителю и / или опекуну претендента на получение страхования, только если претендент является несовершеннолетним или недееспособным	Основной / ая претендент / ка			Супруг / а			Ребенок 1			Ребенок 2			Ребенок 3			Ребенок 4		
	Д а	Н ет	Неизвес тно	Д а	Н ет	Неизвес тно	Д а	Н ет	Неизвес тно	Д а	Н ет	Неизвес тно	Д а	Н ет	Неизвес тно	Д а	Н ет	Неизвес тно
1	Рост (см)																	
	Вес (кг)																	
2	А. Вы курите или курили в прошлом?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Ежедневное количество:																	
	Количество лет:																	
	Б. Если Вы бросили курить, укажите <b>дополнительно</b> , когда Вы бросили курить																	
	Ежедневное количество:																	
	Количество лет:																	
	Когда бросили курить:																	
3	Имеется ли у Вас полное либо частичное ограничение способности на самостоятельное выполнение одного или более из указанных далее действий: ходить, вставать и ложиться, одеваться, мыться, есть и пить, контроль выделений (дефекация и мочеиспускание)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Проводилась ли для кого-либо из претендентов на получение страхования медицинская проверка на одно или более из указанных далее синдромов / заболеваний / состояний / условий? (При каждом положительном ответе следует указать подробный результат и / или приложить соответствующий медицинский документ)																		
4	Васкулит (воспаление кровеносных сосудов, PAN)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<b>Диабет</b> – страдаете ли Вы диабетом?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.1	Если Вы ответили «Да» на предыдущий вопрос, пользуетесь ли Вы инсулином? (Требуется указать значение гликированного			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	гемоглобина HbA1c) <b>Отметьте Ваше значение:</b>																		
	6,5 и менее	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	6,6 – 7,5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	7,6 – 8,5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	8,6 – 9,5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	9,5 и более	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.2	Имеются ли поражения целевых органов (нейропатия, ретинопатия, PVD – заболевания кровеносных сосудов и периферийных артерий)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.3	Наблюдалась ли случаи гипогликемии?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<b>Эндокринологические заболевания</b> – Имеется ли у Вас одно или более из следующих эндокринологических заболеваний: недостаточная либо избыточная функция щитовидной железы, надпочечных желез, гипофиза, гипоталамуса.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1	Имеется ли у Вас другое эндокринологическое заболевание?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.2	При положительном ответе – являлось ли Ваше состояние сбалансированным за последний год?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<b>Нервная система и мозг</b> - Имеется ли у Вас одно или более из следующих неврологических заболеваний: включая события, связанные с мозгом (CVA, TIA), задержка мышления, синдром Паркинсона ALS, рассеянный склероз, полиомиелит, слабость или паралич	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	конечностей, миастения, эпилепсия, повреждение периферийной нервной системы (конечности или лицо).																		
7.1	Было ли у Вас цереброваскулярное происшествие / удар (CVA) в течение двух последних лет (24-х месяцев)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.2	Было ли у Вас событие, связанное с мозгом (ТИА) в течение последнего года (12-и месяцев)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.3	Было ли у Вас поражение спинного мозга, которое привело к параличу, гемиплегии - раздельному параличу правой или левой стороны тела, параличу - раздельному параличу верхней или нижней части тела, тетраплегии - параличу четырех конечностей?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.4	Было ли у Вас поражение периферийной нервной системы?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.5	Были ли у Вас эпилептические припадки?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.6	Обращались ли Вы к врачу с жалобами на понижение памяти за последние три года?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.7	Проходите ли Вы лечение с целью улучшения Ваших когнитивных способностей (памяти)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<b><u>Заболевания сердца и кровеносных сосудов</u></b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.1	Есть ли у Вас сердечный имплантат?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.2	Страдаете ли Вы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	от сердечной недостаточности (грудная ангина / стенокардия и тому подобное), либо от нарушения ритма и проводимости?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.3	Была ли у Вас операция на открытом сердце – коронарное шунтирование либо замена клапана?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.4	Если Вы ответили «да» на предыдущий вопрос «была ли у Вас операция на открытом сердце» - коронарное шунтирование или замена клапана в течение последнего года?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.5	Была ли у Вас катетеризация сердца: замена клапанов (TAVI), открытие коронарных артерий, электрофизиологические процедуры (EPS), течение последнего года?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Онкологические заболевания (рак)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Страдаете ли вы от одного или более из этих заболеваний: хроническое заболевание печени (цирроз, фиброз); хроническое воспаление поджелудочной железы; имеется ли вживленная печень либо поджелудочная железа?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.1	Страдаете ли вы от другого хронического заболевания печени?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.2	Страдаете ли вы от желтухи / гепатита?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Страдаете ли вы от хронического воспаления в пищеварительно	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	й системе (болезнь Крона, колит, язвенный колит)?																		
11.1	Прошли ли три года с момента последнего приступа?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Страдаете ли вы от врожденной патологии, отставания, СР, иммунодефицита, гиперлипидемии на фоне семейной / наследственной истории?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.1	Страдаете ли вы от другой врожденной патологии?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.2	Наблюдаетесь ли Вы или наблюдались у врача – специалиста по развитию?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<b>Повреждение членов</b> – имеется ли нарушение обычной функциональности?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Страдаете ли вы от повышенного кровяного давления в течение последних 10-и лет? (Требуется пояснение: Когда выполнялась проверка? Каково значение систолического давления: 40 – 250; каково значение диастолического давления 40 – 150)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Страдаете ли вы от повышенного содержания жиров в крови в течение последних 10-и лет? (Требуется пояснение: Значение общего холестерина в крови: 70 – 400; значение HDL в крови 0 - 200), эти значения следует указать в таблице ниже.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Диагностировали ли у Вас когда-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	либо душевное заболевание?																		
17	<b>Хронические легочные заболевания</b> Имеется ли у Вас легочный имплантат, либо страдаете ли Вы от: COPD, цистического фиброза, хронического бронхита, эмфиземы?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.1	Страдаете ли Вы от других легочных заболеваний?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.2	Страдаете ли Вы от астмы с несколькими приступами в месяц либо с госпитализацией?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	<b>Болезни накопления</b> (болезнь Гоше, болезнь Ниммана – Пика, болезнь Тея – Сакса, болезнь Помпе, болезнь Фабри, цистический фиброз)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	<b>Хронические заболевания почек либо болезни мочепускающих путей</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.1	Проходите ли Вы или проходили диализ? Имеется ли у Вас имплантат почки?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.2	Страдаете ли Вы от почечной недостаточности и / или от почечного поликистоза?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Проблемы с коагуляцией крови (гемофилия, талассемия, либо другая проблема со свертыванием крови)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	СПИД (HIV)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	<b>Заболевания мышц и скелета</b> (хронические боли в спине, остеопороз, артрит, другие заболевания)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	мышц и скелета)?																		
23	Страдаете ли Вы от ревматических заболеваний (волчанка, ревматическое воспаление суставов, псориаз с воспалением суставов, склеродермия, темпоральный артериит, ревматическая полимиалгия)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Фибромиалгия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Были ли Вы госпитализированы за последние пять лет, либо у Вас на руках имеется рекомендация на госпитализацию? (Требуется указать: период госпитализации; причина госпитализации; продолжительность госпитализации).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Была ли у Вас операция в течение последних 12-и месяцев, либо известно ли Вам о необходимости пройти операцию, либо медицинскую процедуру, связанную с госпитализацией либо процедурами в операционной? (Требуется указать: когда выполнялась операция; причины операции; название операции; результат операции в настоящее время; находитесь ли Вы под наблюдением).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	Проходили ли Вы сканирование в течение последних пяти лет? Либо, имеется ли у Вас рекомендация пройти	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	сканирование какого-либо типа за последние полгода (магнитное сканирование – MRI, PET CT, CT, сцинтиграфия костей)? (Требуется указать: когда выполнялась проверка, какого типа проверка, находите ли Вы под наблюдением).																		
28	Принимали ли Вы в течение последних пяти лет либо принимаете ли в настоящее время какие-либо лекарства на постоянной основе? (Требуется указать, какие лекарства, и с какого времени).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Употребляете ли Вы в день более пяти банок пива либо более пяти стаканов алкогольных напитков в день?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Получали ли Вы в течение пяти последних лет специальные услуги по процедурам на дому? (Требуется указать в каком году, по какой причине, и кто выполнял процедуры).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	Получали ли Вы ранее отказ на просьбу о получении страхования по уходу? (Требуется указать: в какой компании, и какова причина отказа).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Получали ли Вы в течение последних пяти лет и / или получаете в настоящее время пособие по уходу или по инвалидности от Министерства социального	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

страхования?																				
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Если на один из этих вопросов Вы ответили «Да», укажите подробности положительного результата в следующей таблице:

Подробности положительных результатов				
Имя претендента / претендентки	Номер вопроса	Диагноз / заболевание / проверка	Даты начала / окончания, осложнения да / нет, рецидивы да / нет, полное выздоровление да / нет	Тип лечения (лекарства, хирургия, и так далее)

Таблица страховых взносов *														
Возрастная группа	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	81 и более
Премии	-	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

\* Сумма премий привязана к индексу потребительских цен, причем за базовый индекс потребительских цен принимается индекс на 1. 7. 2017 года.

<b>Страховые выплаты **</b>			
Место пребывания застрахованного лица	Возраст первоначального присоединения к коллективному страхованию по уходу для членов больничной кассы		
	До 49-и лет	От 50-и до 59-и лет	60 лет и более
Ежемесячная страховая выплата при пребывании застрахованного лица на дому (компенсация)	5.500 шек.	4.500 шек.	3.500 шек.
Максимальная ежемесячная страховая выплата при пребывании застрахованного лица в учреждении (компенсация)	10.000 шек.	6.500 шек.	4.500 шек.

\*\* К суммам страховых выплат прибавляется разница привязки и процент по индексу потребительских цен на 15. 6. 2016 года.

<b>Декларация об отказе от медицинской тайны и общая декларация претендентов на получение страхования</b>
<p>1. Настоящим я заявляю о своем исключительном и безотзывном согласии на отказ от медицинской и \ или функциональной тайны и передаю страховой компании полномочия на выполнение запросов, получение информации о моем состоянии здоровья и \ или функциональности в прошлом, настоящем и будущем, в той мере, в какой такие данные могут потребоваться в целях выяснения моих прав и обязанностей, возникающих в связи с настоящим полисом.</p> <p>Настоящим я отказываюсь от указанной тайны в отношении страховой компании, и не буду предъявлять никакие претензии в отношении организации, передающей указанные данные и \ или в отношении сотрудников такой организации, а также иски любого рода, в связи с получением указанных данных.</p> <p>2. Кроме того, я заранее соглашаюсь с тем, что каждое учреждение, включая «Маккаби Ширутей Бриут» и / или объединение «Маккаби Маген» либо медицинские и / или другие сотрудники таких организаций, имея в своем распоряжении медицинские и / или функциональные и / или социальные данные и / или данные о моем состоянии в аспектах ухода и / или реабилитации и / или по любому заболеванию, которое я мог иметь в прошлом, либо в настоящее время, как указано выше, и передадут такие сведения страховой компании по соответствующему запросу, и что я не буду иметь никаких претензий либо исков против лиц, передающих указанные сведения. Настоящим я освобождаю любое учреждение и / или его сотрудников от обязанности хранить секретность во всех аспектах состояния моего здоровья и / или реабилитации и / или социальные данные и / или данные по уходу, и настоящим передаю им разрешение передавать в</p>

страховую компанию любые данные из любой учетной записи, открытой на мое имя. Такая моя просьба также относится к Закону об охране личных данных от 1981 года, а также к Закону о правах пациента от 1996 года, и покрывает любые другие медицинские сведения, имеющиеся в базах данных указанных организаций.

3. Настоящая Декларация является обязательством для меня, моих наследников, законных представителей, и всех замещающих меня лиц.

4. Настоящим я заявляю, что все сведения, указанные в настоящей декларации, указаны по моей воле и с моего полного согласия, а также, что до моего сведения доведено, и я согласен с этим, что переданные мною данные и / или любые сведения, которые поступят в страховую компанию и / или «Маккаби Ширутэй Бриут» и / или «Маккаби Маген», будут храниться в базах данных организаций «Маккаби Ширутэй Бриут» и / или «Маккаби Маген», и / или страховой компании и / или организации, уполномоченной такими организациями на хранение указанных данных, и что собранные таким образом сведения и данные будут использованы страховой компанией и / или организациями «Маккаби Ширутэй Бриут» и / или «Маккаби Маген», и / или уполномоченной ими организацией. Собранные таким образом сведения и данные будут использованы страховой компанией и / или уполномоченной организацией в целях оценки моей настоящей просьбы, а также в целях ведения страхового полиса, предоставления услуг в рамках указанного полиса, и выполнения требований законодательства. Собранные таким образом сведения и данные будут использованы организацией «Маккаби Ширутэй Бриут» в целях ведения страхового полиса, оказания услуг в налоговом аспекте в рамках указанного полиса, и выполнения требований законодательства.

5. Я также настоящим выражаю просьбу, что, в случае удовлетворения моей просьбы на присоединение к обсуждаемому здесь страхованию, с меня будут взиматься страховые взносы, требуемые согласно условиям указанного полиса, посредством постоянного периодического банковского перевода («ораат кева»), переданного мною в «Маккаби Ширутэй Бриут» с целью оплаты медицинских и страховых услуг. Если в «Маккаби Ширутэй Бриут» в настоящее время не имеется моего действительного распоряжения о таком переводе, обсуждаемое здесь страхование не войдет в силу до надлежащего оформления такого перевода («ораат кева»).

6. Я обязуюсь сообщать в страховую компанию о любом изменении в моем состоянии здоровья, которое может произойти с момента заполнения настоящей декларации о состоянии здоровья и до момента согласия страхователя удовлетворить мою просьбу о присоединении к страхованию, и мне известно, что если я не извещу о таком изменении состояния здоровья, мои права по данному полису могут быть удержаны.

7. Я, нижеподписавшийся, настоящим заявляю, что все сведения, указанные в бланке просьбы о присоединении к страхованию и в приложенных к нему документах, являются верными и полными, и что мне известно, что указание неполного ответа на существенный вопрос может привести к удержанию моих прав в силу данного полиса, включая право на получение страховых выплат, полностью или частично.

8. Если Вы являетесь человеком с ограниченными способностями согласно определениям, указанным в Законе о равноправии людей с ограниченными способностями от 1998 года: «Человек с ограничением физических способностей, душевных либо умственных способностей, включая когнитивные, временным или постоянным, причем указанные ограниченные способности приводят к существенному нарушению функциональности в одном или более из основных аспектов жизненной деятельности», просим Вас информировать нас по телефону 1-801-22-7788, чтобы Ваша просьба была рассмотрена в соответствии с положениями указанного Закона.

Имя основного / ой претендента / ки *	№ удостоверения личности («теудат зеут»)	Дата	Подпись
Супруг / а	№ удостоверения личности («теудат зеут»)	Дата	Подпись

\* Подпись опекуна для детей, не достигших 18-летнего возраста и указанных в декларации, № удостоверения личности, дата, подпись.

#### Несогласие на использование ресурсов Интернета для получения страховых продуктов

В распоряжении Администрации по рынку ценных бумаг в области страхования и накоплений имеется защищенный Интернет – сайт, позволяющий Вам просматривать Ваши страховые продукты во всех Ваших страховых компаниях в Израиле на основе данных, которые мы передаем в указанную Администрацию. В случае если Вы не даете Вашего согласия на предоставление таких данных, отметьте знаком «X»:

Страхование по уходу для членов больничной кассы Маккаби.

Центр связи с клиентами, тел.: 1-801-22-7788 или \*3507

Главный офис: Дерех А-Шалом 53, Гиватаим 5345433 | [sm@fnx.co.il](mailto:sm@fnx.co.il) | [www.fnx.co.il](http://www.fnx.co.il)

О Основной / ая претендент / ка О Супруг / а О Ребенок 1 О Ребенок 2 О Ребенок 3 О Ребенок 4

К Вашему сведению, отказ от предоставления данных не позволит Вам централизованно просматривать на указанном защищенном Интернет – сайте Ваши страховые продукты во всех страховых компаниях Израиля.

Вы можете изменить Ваше решение в любой момент при помощи Интернет – сайта компании Феникс: [www.fnx.co.il](http://www.fnx.co.il) , либо по телефону 074 - 7311155