

בקשה לחידוש חברות בשירותי הבריאות הנוספים

| מס' ת.ז. | משפחה | פרטי | |
|----------|-------|------|--------------------------|
| | | | 1. פרטי מבוטח ראשי |
| | | | 2. פרטי מבוטח בן/ בת זוג |
| | | | 3. ילד/ ה |
| | | | 4. ילד/ ה |
| | | | 5. ילד/ ה |

פרטים נוספים – מבוטח ראשי :

| | |
|-------------|----------------|
| כתובת דוא"ל | כתובת |
| _____ | _____ |
| מספר טלפון | מס' טלפון נייד |
| _____ | _____ |

אני/ ו החתום/ ים מטה מצהיר/ ים בזה כי :

1. ידוע לי/ נו כי לפי תקנון שירותי הבריאות הנוספים של מכבי, רואים אותי/ נו לכל הנוגע לזכויותי/ נו בשירותי הבריאות הנוספים, כמי שסיים/ מו חברות מן החודש עברו הפסקתי / נו לשלם דמי חבר.
2. אני/ ו פונה/ ים בזה בבקשה, לאשר לי/ נו להמשיך בחברותי/ נו בשירותי בריאות נוספים, מאחר ונמנע ממני/ ו לשלם את דמי החבר במועד, בשל הסיבות הבאות :

א. _____

ב. _____

ג. _____

הערה : אם המקום אינו מספיק, נא להמשיך בדף שיצורף לטופס זה.

- ד. בתקופה בה לא שילמתי/ נו דמי חבר לשירותי הבריאות הנוספים לא נזקקתי לשירותים הנכללים בהם.
- ה. במידה ונזקקת/ ם בתקופה בה לא שילמתי/ ם לשירותים הנכללים בין זכויות שירותי הבריאות הנוספים, אנא פרט/ ו :

א. _____

ב. _____

ידוע לי/ לנו כי אם תאושר חברותי / תנו בשירותי הבריאות הנוספים, רטרואקטיבית מהמועד בו הפסקתי/ נו לשלם דמי חבר, אהיה/ נהיה חייבים בתקופת המתנה של חודשיים. במידה אזדקק/ נזדקק לשירותים הכלולים בהם בתקופה זו – לא אהיה/ נהיה זכאי/ ים להם.

אני/ ו מצהיר/ ים בזה כי כל הפרטים שמסרתי/ נו לעיל נכונים. ידוע לי/ נו ואני/ נו מסכים/ מים לכך, כי מסירת פרטים בלתי נכונים משחררת את שירותי הבריאות הנוספים מכל התחייבות בעתיד כלפי/ נו וכלפי בני משפחתי/ נו וכי שירותי הבריאות הנוספים רשאים לבטל את חברותי/ נו רטרואקטיבית מיום התחלת הפיגור, וכן אהיה/ נהיה חייב/ ים לשאת בכל נזק כספי או אחר שנגרם או יגרם לשירותי הבריאות הנוספים כתוצאה מאי נכונות הפרטים שמסרתי/ נו.

חתימת בן/ בת הזוג

חתימת החבר

תאריך

על הצהרה זו יחתום אך ורק המצהיר עצמו ובן/ בת זוגו, אין רשות חתימה זולתו לכל אדם אחר ואף לא מיופה כח

