

בקשה לשדרוג תכנית שירותי הבריאות הנוספים (שב"ן)

תאריך _____

הנני החתום/ה מטה חבר/ה כיום ב: (נא X לסמן במקום המתאים)

"מגן כסף"

"מגן זהב"

ומבקש/ת לשדרג את תכנית הביטוח המשלים הקיימת ל "מגן זהב" "מכבי שלי" החל מתאריך ____ /20 ____ /01* (נא X לסמן במקום המתאים)

*ניתן להתחיל את החברות בתכנית החדשה מה-1 לחודש הנוכחי או מה-1 לחודש הבא. לתשומת ליבך! מעתה ואילך, חודש החברות הקובע, לצורך מימוש ההטבות ומניין תקופות המתנה יהיה חודש הצטרפות לתכנית הביטוח המשלים החדשה. מימוש ההטבות יהיה בכפוף לתקופות המתנה ולכללי התקנון של התכנית.

הריני מסכים/ה לחיוב חשבוני באמצעות הרשאה לחיוב חשבון, בהתאם לתעריפי תכנית הביטוח המשלים - אליה אני מבקש/ת לשדרג וזאת החל ממועד תחילת החברות בתכנית.

פרטי המבקש/ת (בוגר מעל גיל 18)

שם מלא _____ ת"ז _____ טל' נייד _____ דוא"ל _____

חב' ביטוח בה קיימת פוליסה פרטית _____

פרטי בן/בת זוג (במידה שמבקש/ת שדרוג)

שם מלא _____ ת"ז _____ טל' נייד _____ דוא"ל _____

חב' ביטוח בה קיימת פוליסה פרטית _____

פרטי הילדים (עד גיל 18)**

חב' ביטוח בה קיימת פוליסה פרטית

שם מלא _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

שם מלא _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

שם מלא _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

שם מלא _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

שם מלא _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

שם מלא _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

שם מלא _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

שם מלא _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____

מס' טלפון	ת"ד	מיקוד	שם ישוב	דירה	כניסה	מס' בית	רחוב	כתובת מגורים ומס' טלפון בבית

**** כל ילד בוגר עברו מתבקש השדרוג הייב בחתימה אישית על טופס נפרד של בקשה לשדרוג**

חתימת המבקש/ת _____ חתימת בן/בת הזוג המבקש/ת שדרוג _____