

טופס מותאם למילוי במחשב

איך ממלאים את הטופס?

שולחים



שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס, בהתאם להנחיות המפורטות מטה.

ממלאים



מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (save)

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן להתווסף דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות Download

הקובץ לא נפתח? יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלכם, [הורידו אותה בחינם מאתר Adobe](#) <



אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (fonts), אשרו והתקינו אותה לפי ההוראות. לא הצלחתם? [למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר](#) <

אנא שימו לב לכך שמידע הנשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. בעצם משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, הנכם פוטרם את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת המידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.



בקשה לביטול חברות בשירותי הבריאות הנוספים / קרן מכבי / תכנית Welcome (דרכונאים)

אני / אנו הח"מ מבקש/ת בזאת לבטל את חברותי (וחברות ילדי הקטינים הרשומים עמי ואשר אני משלם/ת עבורם*) בשירותים המסומנים הבאים:

שירותי הבריאות הנוספים (להלן- "שב"ן) :

הוסברה לי המשמעות של השירותים השונים להם קיימת זכאות בתוכנית השב"ן ומשמעות ביטולם. כמו כן, אני מצהיר/ה כי ידוע לי שאם אבקש להצטרף מחדש לא יעמוד לזכותי רצף זכויות, ועל מנת למצות שירות רפואי כלשהו בביטוח בו אני מבטח/ת, אצטרך להמתין עד 24 חודשים (בהתאם לתקנון השב"ן).

לתשומת לבך - משמעות ביטול החברות מכוח חתימה על טופס זה, הנה ביטול החברות בכלל תוכניות השב"ן, ולא ברובד מסוים בלבד. אם ברצונך להמשיך בתוכנית השב"ן ברובד אחר, נא מלא "בקשת תדרוג" במקום "בקשת ביטול".
[להורדת טופס בקשת תדרוג מ"מכבי שלי" ל"מכבי זהב" >>](#)

חבר/ת מכבי כסף - שימו/י לבי! לאחר ביטול החברות ברובד ביטוחי זה לא ניתן לשוב ולהתקבל אליו, וזאת בשל סגירת התכנית למצטרפים חדשים ביום 1.5.2012.

קרן מכבי ע.ר.

ידוע לי כי באפשרותי לבטל את חברותי בשב"ן ולהותיר את חברותי בעמותת "קרן מכבי". כמו כן ידוע לי כי אם אבטל חברותי ב"קרן מכבי" ואבקש להצטרף מחדש ל"קרן מכבי", יחולו עלי תקופות המתנה עד ל-36 חודשים, בהתאם לזכויות השונות.

תוכנית Welcome (דרכונאים)

ידוע לי כי אם אבקש להצטרף מחדש לתוכנית "welcome", קבלתי מחדש תהיה בכפוף לתנאי התוכנית ולמצבי הרפואי ולא יעמוד לזכותי רצף הזכויות בשב"ן.

אני מבקש/ת להפסיק לחייב אותי בתשלום דמי חבר/דמי ביטוח (פרמיה) בגין שירותים אלה בתוקף מהחודש הבא. ידוע לי כי החל מאותו חודש לא אהיה זכאי/ת לשירותים אלו.

אני מצהיר/ה כי ידוע לי שאם אבקש להצטרף לא אהיה זכאי/ת לרצף זכויות ואוכל לבקש להצטרף רק כחבר/ה חדש/ה.

אנא סמן/י סיבה: אי שביעות רצון (קוד 1) חוסר יכולת לשלם (קוד 3) עזיבה לחו"ל (קוד 6)

חוסר בשירותים (קוד 11) מעבר לביטוח פרטי (קוד 28) אחר- פרטי: _____

פרטי המבקשים

אם הביטול מבוקש רק עבור ילדים קטינים יש לפרט מטה את פרטיהם ולהוסיף חתימה ושם הורה בסוף כל שורה.

שם המבקש/ת	מס. ת.ז. (9 ספרות)	חתימה / שם וחתימת הורה
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

* כל בוגר רשאי לבטל את חברותו וחברות ילדיו הקטינים אם הוא משלם עבורם בלבד. בביטול חברות של בן משפחה בוגר/ת נדרשת חתימה של כל אחד מהמבקשים לבטל את זכויותיהם.