

## 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 להתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.

שומרים



הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב, באמצעות כפתור 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.



## טופס המשך חברות לחיילים המשוחררים מצה"ל

מיועד לחיילים שטרם הגיס היו חברים בתוכניות הנוספות במכבי, והשתחררו מצה"ל (עד 12 חודשים מיום השחרור).

### פרטי החייל/ת:

שם משפחה:	שם פרטי:		מס' תעודת זהות (9 ספרות):		ת. לידה:	ת. גיוס:	ת. שחרור:
			_ _ _ _ _ _ _ _ _				
רחוב:	בית:	כניסה:	דירה:	ישוב:	מיקוד:		
טלפון:	טלפון נוסף:		פקס:		כתובת דוא"ל:		



### המשך חברות או שדרוג בשירותי הבריאות הנוספים לחיילים המשוחררים מצה"ל

חלק זה מיועד לחיילים שטרם גינסם היו חברים בשירותי הבריאות הנוספים והשתחררו משירות חובה או קבע. הריני לאשר בזאת כי ברצוני להמשיך להיות חבר ב"מכבי זהב" הריני לאשר בזאת כי ברצוני להמשיך להיות חבר ב"מכבי שלי" אינני מעוניין/ת להמשיך את חברותי בשירותי הבריאות הנוספים "מכבי כסף" / "מכבי זהב" / "מכבי שלי"

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
המשך חברות - ללא תקופת המתנה



### מידע על חברות חיילים משוחררים בביטוח הסיעודי

חלק זה מיועד לחיילים המשתחררים משירות צבאי ומבוטחים ב"מכבי סיעודי" בהפניקס חברה לביטוח בע"מ. כחייל/ת בשירות צבאי המשכת להיות מבוטח/ת בביטוח הסיעודי לחברי מכבי בפוליסה "מכבי סיעודי". כעת עם שחרורך, חברותך בביטוח הסיעודי ממשיכה ודמי הביטוח ממשיכים להיות משולמים מחשבון הבנק דרכו הם שולמו עד היום. לבירורים או להצטרפות ל"מכבי סיעודי" (לחיילים שאינם מבוטחים) אנא פנה/י למוקד ההצטרפות "מכבי סיעודי" בטל: \*3507 או 1801-22-7788.



### המשך חברות בעמותת "קרן מכבי" לחיילים המשוחררים מצה"ל

חלק זה מיועד לחיילים שטרם גינסם היו חברים בעמותת "קרן מכבי" והשתחררו משירות חובה וקבע. הריני לאשר בזאת כי ברצוני להמשיך להיות חבר בעמותת "קרן מכבי". אינני מעוניין/ת להמשיך בחברות בעמותת "קרן מכבי".

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
המשך חברות - ללא תקופת המתנה

חייל/ת משוחרר/ת זכאי/ת לקבל עד 12 חודשי חברות חינם בשירותי הבריאות הנוספים. בתום תקופת הפטור מתשלום, תחל גביית דמי חבר כנדרש, בכל חודש. בקרן מכבי זכאי/ת להשלמה ל- 12 חודשים, במידה וניצלה/ה חלקית את הזכאות טרם הגיוס. מבקש/ת שדמי החבר לשירותי הבריאות הנוספים ולקרן מכבי ישולמו מחשבון הבנק שלי. מצ"ב טופס הוראת קבע בחתימתי. מבקש/ת שדמי החבר לשירותי הבריאות הנוספים ולקרן מכבי ישולמו מחשבון הבנק דרכו הם שולמו עד לגיוס.

### פרטי ההורה המאשר:

שם מלא:	מס' תעודת זהות (9 ספרות):	טלפון:	מס' השבון בנק:
	_ _ _ _ _ _ _ _		

שם פקיד/ה מטפלת: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ תאריך שיחה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_