

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.



בקשת הצטרפות לשירותי הבריאות הנוספים (להלן השב"ן)

סמנ"י את הביטוח הרצוי:

מכבי זהב	מכבי שלי
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

פרטי הבקשה: (אנא סמנ"י X במקום המתאים)

הנני החתומה/ה מטה מבקש/ת להצטרף לתכנית הביטוח המשלים החל מ: היום (יום הבקשה) ה-1 לחודש הבא

חלק א' - השירותים המבוקשים, פרטים אישיים ומשפחתיים - מאחד/ת, בן/בת זוג והילדים מתחת לגיל 18 פרטי מאחד/ת משפחה:

שם משפחה:	שם פרטי:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

פרטי בני משפחה:

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה	תאריך לידה	מין		
מאחד/ת						
בן/בת זוג						
ילד/ה 1						
ילד/ה 2						
ילד/ה 3						
ילד/ה 4						
ילד/ה 5						
ילד/ה 6						
ילד/ה 7						
רחוב	מס' בית	כניסה	שם יישוב	דירה	מיקוד	ת.ד.
כתובת מגורים						
מס' טלפון	מס' טלפון נייד	כתובת דואר אלקטרוני				
מאחדת בן/ת זוג						

מתוך הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994

לתשומת ליבך:

- אין להתנות הצטרפות לשב"ן בתנאי כלשהו ואין חובה להצטרף לתוכנית השב"ן.
 - עפ"י חוק, הקופה רשאית מעת לעת לשנות את תנאי התוכנית.
 - מימוש הטבות בשב"ן כפוף לתקופת המותנה כנקוב בתקנון.
3. (ג) (1) קופת חולים תצרף לתכנית כל חבר המבקש להצטרף לתכנית, ללא קשר למצבו הבריאותי או הכלכלי, ולא תגביל את הצטרפותו או את זכויותיו בעת הצטרפותו בתנאי כלשהו, למעט תקופות אכשרה סבירות, שייקבעו לגבי כלל העמיתים בתכנית לעניין מתן שירותים שונים במסגרתה, ובלבד שלא תיקבע תקופת אכשרה כאמור לעניין שירותים שהיו כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה לגבי מי שהיה חבר בקופה והצטרף לתכנית לא יאוחר משנה אחת אחרי השינוי בסל השירותים והתשלומים של הקופה.
- (2) הקופה רשאית לקבוע, לעניין תקופות האכשרה כאמור בפסקה (1), הוראות שונות לגבי מעבר מתכנית של קופה אחרת.
- (ד) בכפוף לאמור בסעיף קטן (ג), קופת חולים לא תפלה בין עמיתים בתכנית, בין בעת הצטרפות אליה ובין במתן השירותים במסגרתה.
- (ה) מוחיר התכנית יהיה אחיד לכל קבוצת גיל, ללא תלות במספר שנות החברות בתכנית, או במצבו הבריאותי או הכלכלי של העמית.
21. (א) קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף 3 (ג) את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל הפליה, ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה או בהצטרפות או בחברות בתכנית לשירותים נוספים לפי סעיף 10.

- לצורך הכרה בוותק קודם ו/או קבלת פטור מתקופות המתנה בשב"ן, יש להציג אישור חברות בשב"ן מהקופה ממנה עברת (לעובר קופה) או תעודת עליה (לעולה חדש)
- טבלת פירוט תשלומי העמיתים עבור שירותי הבריאות הנוספים לסוגיהם, הינה כמפורט בתקנון שירותי הבריאות הנוספים.

לכבוד: שירותי הבריאות הנוספים

1. אני/ו ילדי/נו הקטינים שפרטי/נו מפורטים בבקשת ההצטרפות מבקש/ים בזה להצטרף לשב"ן כמפורט לעיל.
2. הנני/ו מצהיר/ים ומסכים/ים שבהיותי/נו חבר/ים זכאים בשב"ן יחולו עלי/נו כל החובות והזכויות המפורטות בתקנון השב"ן, בנהלים ובהחלטות של מוסדותיהם המוסמכים כפי שהם קיימים ו/או כפי שהם יתקנו או ישונו מזמן לזמן.
3. הנני/ו מתחייב/ים לשלם לשב"ן ו/או לכל מי שהוסמך על ידו במועדים שייקבעו מעת לעת על ידו, בהתאמה, את דמי החבר שלי/נו ושל ילדי/נו הקטינים, וכן את התשלומים שיחולו עלי/נו בהתאם לתקנון השב"ן.
4. במקרה שאחליט/נחליט לבטל את הצטרפותי/נו לשב"ן, מכל סיבה שהיא, פטורים מכבי ו/או שב"ן מלהחזיר לי/ לנו את דמי החבר ו/או את דמי הרישום, אם יהיו שכבר שולמו על ידי/נו ו/או חלק מהם.
5. ידוע לי/לנו כי הצטרפותי/נו למכבי שלי מותנית בהצטרפותי/נו למכבי זהב וכי אם תבוטל הצטרפותי/נו למכבי זהב, תבוטל הצטרפותי/נו גם למכבי שלי.
6. ידוע לי/לנו שגביית דמי חבר, אם יהיו, או כל תשלום אחר למכבי בגין חברותי/נו ו/או השירותים הניתנים לי/לנו על ידה ו/או כל נושא אחר, יכול ותעשה באמצעו קרן מכבי או כל תאגיד אחד שייקבע לעניין זה, מעת לעת, ע"י מכבי - לשם ביצוע הליכי הגבייה, ובעצם חתימת/נו על בקשה זו הנני/ו לאשר כי אין ולא תהיינה לי/לנו כל התנגדויות טענות או דרישות ביחס לזהות התאגיד המבצע את הגבייה כאמור.
7. ידוע לי/לנו ואני/ו מאשר/ים בזאת כי נמסר לי/לנו מפורשות כי חברותי/נו במכבי לרבות הצטרפותי לשב"ן אינם מותנים בכל צורה שהיא בחברותי/נו ו/או אי חברותי/נו בקרן מכבי ו/או אי חברותי/נו בביטוח סיעודי מכבי וכי הצטרפותי/נו למי מהתאגידים הנ"ל נתונה לבחירתי מבלי שהדבר יפגע ו/או יגרע מזכויותי/נו בתוקף חברותי/נו במכבי בכל צורה ואופן שהם.
8. כל המוצהר לעיל מתייחס גם לילד/נו הקטינים הכלולים בבקשת הצטרפות זאת.

תאריך _____ חתימת החבר/ה _____ תאריך _____ חתימת בן/בת זוג _____

תאריך: ____ / ____ / ____

מרכז רפואי: _____

שם המש"ר/ית:	תאריך:	חתימה: