

## בקשת הצטרפות לשירותי הבריאות הנוספים (להלן: 'שב"ן')

מרכז רפואי: \_\_\_\_\_

|             |        |        |
|-------------|--------|--------|
| שם המש"רית: | תאריך: | חתימה: |
|             |        |        |

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

סמנ"י את הביטוח הרצוי:

פרטי מאחד/ת משפחה:

|             |          |          |
|-------------|----------|----------|
| ביטוח בסיסי | מכבי זהב | מכבי שלי |
|             |          |          |

|           |          |
|-----------|----------|
| שם משפחה: | שם פרטי: |
|           |          |

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. |
|           |                |                     |            |      |       |      |
| מס' טלפון | מס' טלפון נייד | כתובת דואר אלקטרוני |            |      |       |      |
|           |                |                     |            |      |       |      |

חלק ב' - מידע על חברות בקופה קודמת

| 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 |
|--|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1. הקופה ממנה אני עובר   |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 1.1 כללית  |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 1.2 מאוחדת   |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 1.3 לאומית   |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 2. שירותי בריאות נוספים בקופה הקודמת (ביטוחים משלימים): כן/לא. במידה וכן, פרט/י מטה: |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 2.1 כללית מושלם  |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 2.2 כללית פלטינום  |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 2.3 מאוחדת עדיף  |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 2.4 מאוחדת שיא   |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 2.5 לאומית כסף   |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 2.6 לאומית זהב   |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 3. תאריך הצטרפות לביטוח משלים בקופה הקודמת:  |           |         |         |         |         |         |         |         |
| 4. ביטוח פרטי - במידה ויש סמנ"י X וציין/י שם חברת הביטוח                             |           |         |         |         |         |         |         |         |

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

3. (ג) קופת חולים אחראית כלפי מי שרשום בה למתן מלוא שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה.
10. (א) קופת חולים רשאית להציע לחברה תכניות לשירותי בריאות נוספים שאינם כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה (להלן - תכנית לשירותים נוספים).
- (ב) (2) הקופה רשאית לשנות, מעת לעת, את זכויות העמיתים בתכנית ואת תשלומי העמיתים.
- (ג) (1) קופת חולים תצרך 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 במתם השירותים במסגרתה.
- (ה) מחיר 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.

- תקופות ההמתנה לשירותי הבריאות הנוספים הינן כמפורט בתקנון שירותי הבריאות הנוספים.
- טבלת פירוט תשלומי העמיתים עבור שירותי הבריאות הנוספים לסוגיהם, הינן כמפורט בתקנון שירותי הבריאות הנוספים.

## לכבוד: שירותי הבריאות הנוספים

1. אני/ו ילדי/נו הקטינים שפרטינו מפורטים בבקשת הצטרפות מבקשים/ים בזה להצטרף לשב"ן כמפורט לעיל.
2. הנני/נו מצהיר/ים ומסכים/ים שבהיותנו/נו חברים/ים זכאים/ים בשב"ן יחולו עלינו/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. אני/נו מתחייב/ים לקיים את הוראות התקנון, הנהלים וההחלטות כלשונן.
3. הנני/נו מתחייב/ים לשלם לשב"ן ו/או לכל מי שהוסמך על ידם במועדים שייקבעו מעת לעת על ידם, בהתאמה, את דמי החבר שלי/נו ושל ילדי/נו הקטינים, וכן את התשלומים שיחולו עלינו/נו בהתאם לתקנון השב"ן וכן נהליהם והחלטותיהם, כפי שיתקבלו מעת לעת על ידי מוסדותיהם המוסמכים.
4. הנני/נו מייפה/ים את כוחה של מכבי, ישירות או באמצעות מוסדותיה, לקבל בשמי/נו ובמקומי/נו מידע שוטף מגורמים כלשהם וממאגרי מידע בכל הנוגע לפרטינו האישיים, ובכלל זה פרטיהם האישיים של ילדי/נו הקטינים בנושאים שיוחלט עליהם מזמן לזמן ע"י מכבי ו/או שב"ן בהקשר לחברותינו, זכויותינו וחובותינו, וכן זכויות וחובות ילדי/נו הקטינים בהם או הנובע מכך.
5. הריני/נו מצהיר/ים בזה שידוע לי/לנו כי זכויותינו/נו וזכויות ילדי/נו הקטינים הינן כפופות לתקופות המתנה כמפורט בתקנון השב"ן ונהליו.
6. 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 ידינו ו/או חלק מהם.
7. 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.
8. 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 חתימתי/נו על בקשה זו הנני/נו לאשר כי אין ולא תהיינה לי/לנו כל התנגדויות טענות או דרישות ביחס לזהות התאגיד המבצע את הגבייה כאמור, ובלבד שהודעה על כך תפורסם על ידי מכבי, מעת לעת, בביטאוניה או בכל פרסום אחר כפי שיוחלט על ידה.
9. ידוע לי/לנו ואני/נו מאשר/ים בזאת כי נמסר לי/לנו מפורשות כי חברותי/נו במכבי לרבות הצטרפותי/נו 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.
10. כל המוצהר לעיל מתייחס גם לילד/נו הקטינים הכלולים בבקשת הצטרפות זאת. כל האמור לעיל במין זכר חל גם על מין נקבה, ובלשון יחיד גם על לשון רבים.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת החבר/ה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בן/בת זוג \_\_\_\_\_