

Formulaire pouvant être rempli sur ordinateur

טופס מותאם למילוי במחשב

Comment remplir ce formulaire

Sauvegarder



Téléchargez le fichier et sauvegardez-le dans votre ordinateur avec le bouton Download

**Remplir
le formulaire**



Remplissez le formulaire. Si une signature est nécessaire, indiquez votre nom et cochez la case à côté de votre nom.

Envoyer



Envoyez le formulaire par e-mail ou par fax, suivant les instructions détaillées ci-dessous.

N'oubliez pas de sauvegarder (save)

Les formulaires nécessitant une signature manuelle ne peuvent pas être signés via l'ordinateur. Imprimez le document et signez-le avec un stylo.

**Demande d'adhésion au programme de Services
de Santé Supplémentaires (ci-dessous SHABAN)**
בקשת הצטרפות לשירותי הבריאות הנוסףים (להלן "השבן")

Détails de la demande : (veuillez cocher par X sur la case pertinente) **Indiquez l'assurance demandée :**

Je soussigné/e demande à adhérer au programme d'assurance complémentaire à partir de :

Aujourd'hui (jour de la demande) 1er du mois prochain

Maccabi Zahav	Maccabi Sheli
מַכְבֵּי זָהָב	מַכְבֵּי שֶׁלִי

**Partie 1 : services demandés, coordonnées personnelles et familiales :
coordonnateur/trice, conjoint/e et enfants de moins de 18 ans**

Coordonnées du/ de la coordonnateur/trice de la famille :

Nom de famille :	Prénom :
------------------	----------

Coordonnées des membres de la famille :

	No d'identité	Prénom	Nom de famille		Date de naissance	Sexe	
Coordonnateur/ trice							
Conjoint/e							
Enfant 1							
Enfant 2							
Enfant 3							
Enfant 4							
Enfant 5							
Enfant 6							
Enfant 7							
Adresse	Rue	No du bâtiment	Entrée	Nom de la localité	Appartement	Code postal	Boîte postale
Coordonnateur/ trice conjoint/e	No de téléphone	No de téléphone portable		Adresse e-mail			

Selon la loi de l'Assurance Santé Nationale, de 5754-1994

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

Veuillez noter :

- L'adhésion au programme de SHABAN ne doit être soumise à aucune condition et il n'y a aucune obligation à adhérer au programme de SHABAN.
- Selon la loi, la caisse de santé a le droit de modifier de temps à autre les conditions du programme.
- L'obtention des avantages du programme de SHABAN est soumise à une période de carence comme précisé dans le règlement.
- 3. (C) (1) La caisse de santé affiliera au programme tout membre qui demande d'y adhérer, indépendamment de son état de santé ou de sa situation financière, et elle ne peut limiter son adhésion ou ses droits lors de son adhésion à aucune condition, sauf pour des périodes de carence raisonnables, qui seront déterminées pour l'ensemble des adhérents au programme pour l'obtention de divers services de ce programme, du moment que ne sera pas fixée une période de carence pour les services qui étaient inclus dans le panier de services et de tarifs de la caisse concernant une personne qui était membre de la caisse et qui a adhéré au programme pas plus tard qu'un an après la modification du panier de services et de tarifs de la caisse.
- (2) La caisse a le droit de déterminer, concernant les périodes de carence décrites au paragraphe (1), diverses directives concernant le passage depuis le programme d'une autre caisse.
- (D) conformément à ce qui figure dans le sous-paragraphe (C), la caisse de santé ne fera pas de discrimination entre les adhérents au programme, que ce soit au moment de leur adhésion ou de l'obtention des services de ce programme.
- (E) Le tarif du programme est uniforme pour chaque tranche d'âge, il est indépendant du nombre d'années pendant lesquelles on a adhéré à ce programme, de l'état de santé et de la situation financière de l'adhérent.
- 21. (A) La caisse de santé fournira à toute personne qui est sous sa responsabilité selon le paragraphe 3 (C) tous les services de santé auxquels la personne a droit selon cette loi, que ce soit par elle-même ou via des prestataires de services, sans aucune discrimination, et elle ne conditionnera pas l'obtention de services inclus dans son panier de services au fait de souscrire ou d'être déjà adhérent au programme de Services de Santé Supplémentaires selon le paragraphe 10.

- Pour faire reconnaître une ancienneté précédente et/ou être exempté de périodes de carence des SHABAN, il faut présenter une attestation d'adhésion au programme de SHABAN de la caisse de santé précédente (pour qui a changé de caisse) ou une "téoudat alya" (pour un nouvel immigrant).
- Le tableau des paiements des adhérents pour les divers Services de Santé Supplémentaires est détaillé dans le règlement du programme de Services de Santé Supplémentaires.

Destinataire : Services de Santé Supplémentaires

לכבוד: שירות הבריאות הנופפים

1. Je/nous et mes/nos enfants mineurs, dont les coordonnées figurent dans la demande d'adhésion demandons par la présente à adhérer au programme de SHABAN tel que décrit ci-dessus.
2. Je/nous déclare/ons et accepte/ons que le fait d'être adhérent/s ayant droit aux SHABAN nous donne des droits et des devoirs détaillés dans le règlement des SHABAN, dans les règles et les décisions de leurs institutions compétentes, tels qu'ils existent et/ou tels qu'ils seront mis à jour de temps à autre.
3. Je m'engage/nous nous engageons à payer aux SHABAN et/ou à toute instance qu'ils désigneront, aux dates qu'ils fixeront de temps à autre, respectivement, les frais d'adhésion pour moi/nous et mes/nos enfants mineurs, ainsi que les frais qui m'incomberons /nous incomberons selon le règlement des SHABAN.
4. Si je décide/nous décidons de résilier mon/notre adhésion au programme de SHABAN, pour toute raison, la Maccabi et les SHABAN sont exemptés de me/nous rembourser les frais d'adhésion et/ou les frais d'inscription, s'ils ont déjà été payés par moi/nous, et/ou une partie d'entre eux.
5. Je sais/nous savons que mon/notre adhésion à Maccabi Sheli est soumise à l'adhésion à Maccabi Zahav et que si l'adhésion à Maccabi Zahav est résiliée, l'adhésion à Maccabi Sheli sera également résiliée.
6. Je sais/nous savons que le recouvrement des frais d'adhésion, s'il y en a, ou tout autre paiement à la Maccabi pour mon/notre adhésion et/ou les services qui me/nous seront fournis par elle et/ou tout autre sujet, pourra être effectué par la Keren Maccabi ou toute autre entreprise qui sera désignée pour le faire, de temps à autre, par la Maccabi : pour permettre d'effectuer les recouvrements, et en apposant ma/notre signature sur cette demande, j'atteste/nous attestons que je n'exprimerai/nous n'exprimerons aucune opposition ou allégation ou réclamation concernant l'identité de l'entreprise effectuant ledit recouvrement.
7. Je sais/nous savons et j'atteste/nous attestons par la présente que j'ai/nous avons été clairement informés que mon/notre adhésion à la Maccabi, y compris l'adhésion au programme de SHABAN ne sont soumises en aucune façon à mon/notre adhésion ou non-adhésion à la Keren Maccabi et/ou à mon/notre souscription à l'assurance dépendance Maccabi et que mon/notre adhésion à l'une des entreprises ci-dessus dépend de mon/notre choix sans que cela porte atteinte à ou réduise mes/nos droits liés à mon/notre adhésion à la Maccabi sous quelque forme que ce soit.
8. Toutes les déclarations ci-dessus concernent également notre/nos enfants mineurs qui sont inclus dans cette demande d'adhésion.

Date _____ Signature de l'assuré _____ Date _____ Signature du/de la conjoint/e _____

Nom du/de la représentant/e :	Date :	Signature :
		<input type="checkbox"/>

Date : _____
Centre médical : _____