

## نموذج ملء للملء عن طريق الكمبيوتر טופס מותאם למילוי במחשב

كيف نملأ النموذج

تُرسِّل



ملء



نحفظ



- أرسلوا النموذج عن طريق البريد الإلكتروني أو الفاكس،  
إذا كانت هناك حاجة إلى توقيع،  
بحسب الإرشادات  
الموثقة أدناه.
- املأوا النموذج.  
قوموا بملء الاسم وأشيروا في  مربع التأشير الذي يظهر بجانب الاسم.

قوموا بتنزيل الملف واحفظوه  
في الحاسوب بواسطة  
النقر على الزر  
Download

لا تنسوا أن تحفظوا (save)

في النماذج التي تتطلب توقيعًا يدوياً  
لا يمكن التوقيع من خلال جهاز الكمبيوتر.  
اطبعوا المستند ووقعوه بقلم.

**طلب الانضمام إلى الخدمات الصحية الإضافية**  
**בקשת הצרפות לשירותי הבריאות הנוספים (להלן השב"ן)**

**يُرجى التأكيد إلى التأمين المطلوب:**

**تفاصيل الطلب:** يرجى وضع علامة X في المكان المناسب)

<b>مکانی زهاف</b> <b>מכבי זהב</b>	
--------------------------------------	---

**أنا الموقع/ة أدناه، أرغب في الانضمام إلى برنامج التأمين المكمل ابتداءً من:**

**الاول من الشهر القادر**  **التاريخ (تاريخ الطلب)**

**الجزء أ- الخدمات المطلوبة، البيانات الشخصية والعائلية- الزوج/ الرئيس/<sup>ة</sup>، الزوجة والأولاد دون سن 18**

## تفاصيل الشخص الرئيسي في العائلة:

اسم العائلة:	الاسم الشخصي:
--------------	---------------

تفاصيل أفراد الأسرة:

الجنس	تاريخ الولادة	اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الهوية	
					الرئيسي / ة
					الزوج / ة
					الولد / البنّت 1
					الولد / البنّت 2
					الولد / البنّت 3
					الولد / البنّت 4
					الولد / البنّت 5
					الولد / البنّت 6
					الولد / البنّت 7
صندوق البريد	رمز بريدي	شقة	اسم البلدة	رقم البيت	شارع
عنوان البريد الإلكتروني			رقم الهاتف النقال	رقم الهاتف	عنوان السّكن

מתקור הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד – 1994  
1994 בין الصحִי הרְשי מואילו נוואותה יلعب נם

رجـ الملاحظة:

- يجب أن لا يكون الانضمام إلى الخدمات الصحية الإضافية مشروطاً بأية شروط، والانضمام إلى برنامج الخدمات الصحية الإضافية ليس إلزامياً.
  - بموجب القانون، يحق للصندوق تغيير شروط البرنامج من وقت لآخر.
  - تتحقق المزايا في الخدمات الصحية الإضافية خاضع لفترة الانتظار على النحو المحدد في الأنظمة.

3- (ج) (1) صندوق المرتضى يضم إلى البرنامج أي عضو يرغب في الانضمام إلى البرنامج، بغض النظر عن وضعه الصّحي أو الاقتصادي، بحيث أنّ انضمام العضو أو حقوقه عند الانضمام لن يكونا خاضعين لآية شروط، باستثناء فترات التأهيل المعقولة التي يتم تحديدها لجميع أعضاء البرنامج من أجل تقديم الخدمات المتّوّعة في إطاره، شريطة لا يتم تحديد فترة التأهيل هذه فيما يتعلق بالخدمات التي كانت مشمولة في سلسلة خدمات ومدفوّعات الصندوق فيما يتعلق بمن كان عضواً في الصندوق وانضم إلى البرنامج في موعد لا يتجاوز عاماً واحداً بعد التغيير في سلسلة خدمات ومدفّعات الصندوق.

(2) يحق للضدوك أن يُحدّد، فيما يتعلّق بفترات التأهيل المنصوص عليها في الفقرة (1)، تعليمات مختلفة تتعلّق بالانتقال من برنامج تابع لصندوق آخر.

(د) مع مراعاة أحكام البند الفرعي (ج)، فإنَّ صندوق المرضى لا يُميِّز بين أعضاء البرنامج، سواء في وقت الانضمام إليه أو عند تقديم الخدمات في إطاره.

(هـ) رسوم البرنامج سوف تكون موحدة لكل فئة عمرية، بغض النظر عن عدد سنوات العضوية في البرنامج، أو الحالة الصحية أو الاقتراضية للعضو.

(أ) صندوق المرضى سوف يقدم لأي شخص يكون مسؤولاً تجاهه كما هو مذكور في البند 3 (ج) جميع الخدمات الصحيحة التي يحق له الحصول عليها بموجب هذا القانون، سواء بواسطته أو من خلال مقامه الخدمة، بدون أي تمييز، ولن يتشرط تقديم الخدمات المشتملة في سلسلة خدماته بالانضمام أو بالعضوية في البرنامج بخدمات إضافية بموجب البند 10.

- لغرض الاعتراف بأقدمية سابقة و/ أو الحصول على إعفاء من فترات الانتظار في الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة، ينبغي تقديم شهادة عضويّة في الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة من الصندوق الذي تم تحويلك منه (بالنسبة للمستقلين من صندوق آخر) أو شهادة قادم جديد (بالنسبة للقادمين الجدد).
- قائمة تفصيل مدفوعات الأعضاء مُقابل الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة على أنواعها، هي على النحو المحدّد في أنظمة الخدمات الصحية الإضافية.

## لحضرة: الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة

### לכבוד: שירותו הביריאות הנוסףים

1. أنا / نحن وأبنائي / أبناءنا القاصرون المدرجة تفاصيلنا في طلب الانضمام أنقدم / نتقدّم بطلب الانضمام إلى الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة كما هو مُبيّن أعلاه.
2. أصرح / نصرّح وأوافق / توافق بهذا على أنه بكوني / ننا عضواً / أعضاء مستحق / ين في الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة، تنطبق عليّ / علينا جميع الالتزامات والحقوق المحددة في أنظمة الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة، في الأنظمة الإداريّة وفي قرارات مؤسساتها المختصة كما هي و/ أو كما يتم تعديلها أو تغييرها من وقت لآخر.
3. أتعهد / نتعهّد بالدفع للخدمات الصّحّيّة الإضافيّة و/ أو لأي جهة مخولة من قبلها في المواجهة التي يتم تحديدها من قبلها من وقت لآخر، على التّوالي، رسوم عضويتي / عضويتنا وعضووية أولادي / أولادنا القاصرين، وكذلك المدفوعات التي سيتم فرضها علينا / علينا موجب أنظمة الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة.
4. في حال قررت / قررنا إلغاء انضمامي / انضمמנו إلى الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة، لأي سبب من الأسباب، تُعفى مكابي و/ أو الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة من إعادة رسوم العضوية و/ أو رسوم التسجيل إلى / إلينا، إن كان قد تم دفعها بالفعل من قبلني / قبلنا و/ أو تم دفع جزء منها.
5. معلوم لي / لنا أنَّ انضمامي / انضمמנו إلى مكابي شلي مشروع باضمامي / انضمמנו إلى مكابي زهاف وأنه إذا تم إلغاء انضمامي / انضمמנו إلى مكابي زهاف، فسيتم أيضًا إلغاء انضمامي / انضمמנו إلى مكابي شلي.
6. معلوم لي / لنا أنَّ جبائية رسوم العضوية، إن وجدت، أو أي مدفوعات أخرى ملکابي مُ مقابل عضويتي و/ أو الخدمات المقدمة لي / لنا من قبلها / أو أي شأن آخر، يمكن أن يتم من خلال صندوق مكابي أو أي هيئة أخرى يتم تحديدها لهذا الغرض، من وقت لآخر، من قبل مكابي - لغرض تنفيذ إجراءات الجبائية، وبمجرد توقيعي على هذا الطلب فإني / إننا أصادق / نُصادق على أنه ليس لدي / لدينا أي اعتراضات أو إدعاءات أو متطلبات فيما يتعلق بهوية الهيئة التي تقوم بالجبائية كما هو مذكور.
7. معلوم لي / لنا وإنني / إننا أصادق / نُصادق بهذا على أنه تم إبلاغي / أبلغنا بشكل صريح أن عضويتي / عضويتنا في مكابي، بما في ذلك الانضمام إلى الخدمات الصّحّيّة الإضافيّة، ليست مشروطة بأي شكل من الأشكال بعضويتي / عضويتنا في صندوق مكابي و/ أو عدم عضويتي / عضويتنا في تأمين الرعاية طويلة الأمد في مكابي وأن انضمامي / انضمמנו إلى أي من الهيئات المذكورة أعلاه هو اختياري/اختيارنا بدون الإضرار / أو الانتقاص من حقوقني / حقوقنا في نطاق عضويتي / عضويتنا بأي شكل من الأشكال.
8. كل ما تم التّصرّح به أعلاه ينطبق أيضًا على أولادي / أولادنا القاصرين المشمولين في في هذا الطلب.

توقيع العضو /ة  توقيع الزوج /ة  التاريخ

المركز الطبي:	التاريخ:	التوقيع:	اسم مقدم الخدمة:
		<input type="checkbox"/>	