

# Форма, адаптированная для заполнения на компьютере

## טופס מולאם למילוי במחשב

### Как заполнить форму

**Сохранить**



**Заполнить**



**Отправить**



Сгрузите файл  
и сохраните его  
на своем компьютере  
с помощью кнопки  
«Download».



Если требуется подпись,  
заполните свое имя  
и поставьте отметку  
в поле для галочки   
рядом с вашим именем.



Отправьте форму  
по электронной почте  
или по факсу,  
следуя приведенным  
ниже указаниям.

### Не забудьте сохранить (save)

Формы, требующие ручной подписи,  
не могут быть подписаны на компьютере.

Распечатайте документ  
и подпишите его ручкой.

## Просьба о присоединение к дополнительным медицинским услугам (далее «ШАБАН»)

### בקשת הצטרפות לשירותי הבריאות הנוספים (להלן השב"ן)

Детали просьбы: (отметьте «X» в соответствующем месте)

Отметьте желаемый вид  
страховой программы:

Я, нижеподписавшийся(аяся), желаю присоединиться  
к программе дополнительного страхования, начиная с:

сегодняшнего дня (дня подачи просьбы)  1-го числа следующего месяца

«Маккаби Захав» מכבי זהב	«Маккаби Шели» מכבי שלי
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Часть А — Запрашиваемые услуги, личные и семейные данные — глава семьи, супруг(а) и ребенок/дети в возрасте до 18 лет.

Данные главы семьи:

Фамилия:	Имя:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Сведения о членах семьи:

	Номер удостоверения личности	Имя	Фамилия	Дата рождения	Пол		
Глава семьи							
Супруг/а							
Ребенок 1							
Ребенок 2							
Ребенок 3							
Ребенок 4							
Ребенок 5							
Ребенок 6							
Ребенок 7							
Адрес проживания	Улица	Номер дома	Вход	Название населенного пункта	Квартира	Почтовый индекс	П. я.
Супруг(а) главы семьи	Номер телефона	Номер мобильного телефона		Адрес электронной почты			

### Из положений Закона о государственном медицинском страховании, 1994 г. 1994 — ת"ש 54, חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד

Пожалуйста, обратите внимание:

- Присоединение к ШАБАН не должно быть обусловлено какими-либо условиями и не является обязательным.
  - По закону больничная касса имеет право время от времени изменять условия программы.
  - Для использования льгот по программе ШАБАН необходим период ожидания, как указано в уставе.
3. (в) (1) Медицинская касса должна присоединить к программе любого члена кассы, желающего присоединиться к программе, независимо от состояния его здоровья или финансового положения. Больничная касса не должна ограничивать его присоединение или права при присоединении каким-либо условием, за исключением разумных периодов ожидания, которые будут определены для всех участников программы в отношении предоставления различных услуг в ее рамках, при условии, что такой период ожидания не будет назначаться для услуг, включенных в корзину услуг и платежей кассы для тех, кто был членом кассы и присоединился к программе не позднее, чем через год после изменения корзины услуг и платежей кассы.
- (2) Касса может дать иные указания в отношении периодов ожидания, упомянутых в пункте (1), в случае перехода с программы другой кассы.
- (г) Согласно положениям подраздела (в), больничная касса не должна ущемлять права равноправных членов программы, будь то во время присоединения к ней или во время предоставления услуг в ее рамках.
- (д) Стоимость программы будет одинаковой внутри каждой возрастной группы, независимо от количества лет участия в программе, состояния здоровья или финансового положения участника.
21. (а) Больничная касса должна предоставлять каждому, перед кем она несет ответственность, как указано в разделе 3 (в), все медицинские услуги, на которые он имеет право в соответствии с этим законом, либо непосредственно, либо через поставщиков услуг, без какой-либо дискриминации, и не должна обуславливать предоставление услуг, включенных в ее корзину, ни присоединением, ни членством в другой программе дополнительных услуг в соответствии с разделом 10.

- Для признания предыдущего стажа и / или получения освобождения от периодов ожидания в программе дополнительных медицинских услуг, следует представить свидетельство о членстве в ШАБАН из кассы, из которой вы перешли (для переходящих в другую кассу), или удостоверение репатрианта (для нового репатрианта).
- Таблица, в которой указаны размеры выплат участников за различные дополнительные медицинские услуги, соответствует изложенному в уставе о дополнительных медицинских услугах.

**На рассмотрение: программы дополнительных медицинских услуг****לכבוד: שירותי הבריאות הנוספים**

1. Я/мы и мой(и) /наш(и) несовершеннолетний(е) ребенок/дети, указанный(е) в заявлении о присоединении, настоящим просим присоединиться к услугам ШАБАН, как описано выше.
2. Я/мы заявляю(ем) и согласен(ны) с тем, что, являясь правомочным(и) членом(ами) программы ШАБАН, на меня/нас будут распространяться обязательства и права, указанные в Уставе ШАБАН, правила и решения ее компетентных учреждений в существующем виде и/или включая изменения, которые периодически могут быть внесены.
3. Я/мы обязуюсь(емся) оплачивать ШАБАН и/или любому уполномоченному ею представителю в сроки, определяемые ею время от времени, соответственно, мой/наш членский взнос и членский взнос за несовершеннолетнего/их ребенка/детей, а также выплаты, которые будут полагаться от меня в соответствии с уставом ШАБАН.
4. В случае, если я/мы решу(им) отменить свое присоединение к ШАБАН по какой-либо причине, Маккаби и/или ШАБАН освобождаются от возврата мне / нам членских взносов и/или регистрационного взноса, если они или их часть уже были оплачены мной/нами.
5. Я/мы знаю(ем), что мое/наше присоединение к программе «Маккаби Шели» обусловлено присоединением к «Маккаби Захав» и что, если мое/наше присоединение к «Маккаби Захав» будет отменено, мое/наше присоединение к «Маккаби Шели» также будет отменено.
6. Мне/нам известно, что уплата членских взносов, если таковые будут, или любых других выплат в пользу больничной кассы «Маккаби» за мое/наше членство и/или услуги, предоставленные мне/нам ею и/или разрешение любых других вопросов может и будут производиться через «Керен Маккаби» или любую другую корпорацию, которую назначит для этой цели «Маккаби» — с целью взимания платы, и, подписывая данную просьбу я/мы подтверждаю/ем, что у меня/нас нет и не будет каких-либо возражений, претензий или требований в отношении личности корпорации, которая взимает плату, как указано выше.
7. Мне/нам известно и я/мы подтверждаю/ем, что я/мы был(и) непосредственно осведомлены о том, что мое/наше членство в Маккаби, включая присоединение к ШАБАН, никоим образом не обусловлено моим/нашим членством в / или не членством в «Керен Маккаби» и/или участия в программе страхования по уходу «Маккаби Сиуди», и присоединение к любой из вышеуказанных корпораций является моим/нашим добровольным выбором и это не нанесет ущерба и/или не ущемит мои/наши права в связи с моим/нашим членством в Маккаби в какой бы то ни было форме или каким бы то ни было образом.
8. Все вышеперечисленное также относится к нашему/им несовершеннолетнему/им ребенку/детям, указанным в заявлении о присоединении.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись главы семьи \_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_ Подпись супруга/и \_\_\_\_\_

Имя представителя обслуживания	Дата:	Подпись:
		<input type="checkbox"/>

Дата: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Медицинский центр: \_\_\_\_\_