

**בקשת הצטרפות להסכם לשירותי בריאות נוספים לחברי קופת חולים לאומית**

1 לשימוש פנימי											
שם נציג/ת "קש"ר"				מספר עובד				מספר עובד זמני/ת.ז.			
מספר סניף				מספר טלפון סניף				מספר סניף משנה			

2 חלק א- שמות העמיתים											
הנני מבקש לצרף אותי ואת בני משפחתי המפורטים מטה, להסכם לשירותי בריאות נוספים לחברי קופת חולים לאומית, על יסוד הפרטים כלהלן:											
מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	מין	תאריך לידה	סוג התוכנית						
1					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
2					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
3					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
4					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
5					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
6					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
7					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
8					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
9					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
10					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
11					<input type="checkbox"/> כסף <input type="checkbox"/> זהב						
<input type="checkbox"/> חייל משוחרר/שירות לאומי (שנה ממועד השחרור ללא תשלום ובכפוף להצגת תעודת שחרור)											
פרטי יצירת קשר											
שם הרחוב			מספר בית			עיר/ישוב			מיקוד		
טלפון				טלפון SMS				כתובת אי-מייל			

3 מתוך חוק ביטוח בריאות ממלכתי											
<p>10.ב. (2) הקופה רשאית לשנות, מעת לעת, את זכויות העמיתים בתכנית ואת תשלומי העמיתים</p> <p>ג. (1) קופת חולים תצטרף 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 שהי חבר בקופה ובהצטרף לתכנית לא יאוחר משנה אחת אחרי השינוי בסל השירותים והתשלומים של הקופה.</p> <p>(2) הקופה רשאית לקבוע, לעניין תקופת אכשרה כאמור בפיסקה (1), הוראות שונות לגבי מעבר מתכנית של קופה אחרת.</p> <p>ד. בכפוף לאמור בסעיף קטן, (ג) קופת חולים לא תפלה בין עמיתים בתכנית, בין בעת ההצטרפות אליה ובין במתן השירותים במסגרתה.</p> <p>ה. מחיר התכנית יהיה אחיד לכל קבוצת גיל, ללא תלות במספר שנות החברות בתכנית, או במצבו הבריאותי או הכלכלי של העמית.</p> <p>21. (א) קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף 3 (ג) את כל שרותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל אפליה. ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתכנית לשירותים נוספים לפי סעיף 10.</p> <p>זכותו של מבטח בקופה לקבל מלוא השירותים, להם הוא זכאי מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, לא תושפע מהצטרפותו או אי הצטרפותו לתכנית לשירותי בריאות נוספים של הקופה או של התאגיד בשליטתה.</p> <p>ידוע לי כי:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>דמי שירותי הבריאות הנוספים צמודים למדד המחירים לצרכן, וישנתו מעת לעת על פי גיל העמית.</li> <li>לכיסויים השונים תקופות אכשרה כמפורט בתקנון ל "שירותי בריאות נוספים לחברי קופת חולים לאומית".</li> <li>הכיסוי כפוף לאישור משרד הבריאות. שינויים שיחייבו על ידי משרד הבריאות יחולו למפרע.</li> </ol>											
תאריך החתימה						חתימת העמית/ה					

**בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון**

<b>1 פרטי המבוטח הראשי</b>									
<b>שם מלא</b>					<b>תעודת זהות</b>				

<b>2 הרשמה באמצעות הוראת קבע</b>				
<p>נא למלא את טופס ההצטרפות המצורף ואת פרטי הוראת הקבע שלך במקומות המסומנים.</p> <p style="text-align: right;"><b>הוראה לחיוב חשבון:</b></p> <p>לכבוד, בנק: _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____</p>				
<b>מספר חשבון בנק</b>	<b>סוג חשבון</b>	<b>קוד מסלוקה</b>	<b>קוד מוסד</b>	<b>אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח (ת.ז.)</b>
		בנק	30515	
<p>1. אני/אנו הח"מ (שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק): _____ מס' זהות/ח.פ.: _____</p> <p><b>כתובת:</b> רחוב: _____ מספר: _____ עיר: _____ מיקוד: _____</p> <p>נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבונינו הנ"ל בסניפכם בגין תשלומים עבור שירותי בריאות ו/או ביטוח סיעודי ו/או ביטוח רפואי בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מידי פעם בפעם באמצעי מגנטי ע"י קופת חולים לאומית כמפורט מטה ב- "פרטי הרשאה".</p> <p>2. ידוע לי/נו כי:</p> <p>א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאיתנו בכתב לבנק ולאומית שירותי בריאות, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.</p> <p>ב. אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שההודעה על כך תימסר על ידינו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.</p> <p>3. ידוע לי/נו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב.</p> <p>4. ידוע לי/נו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/נו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.</p> <p>5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.</p> <p>6. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.</p> <p>7. נא לאשר לקופת חולים לאומית בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.</p> <p><input type="checkbox"/> הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות</p> <p>או- הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: <input type="checkbox"/> תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח.</p> <p><input type="checkbox"/> מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום: _____.</p> <p>*לתשומת ליבכם, בחירת הגבלת הרשאות עשויה לגרום להגבלה במתן השירות בהתאם למגבלות ההרשאה. אי סימון אחת מהחלופות המוצגות לעיל- משמעה בחירה בהרשאה כללית- שאינה כוללת הגבלות.</p> <p>*אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך.</p> <p>תאריך: _____ חתימת בעל החשבון: _____</p> <p>אנא בחר את מועד הגביה החודשי הרצוי: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 23 (לתשומת לבך, במידה ולא נבחר תאריך לגביה, הגביה החודשית תבצע ב 15 לחודש)</p> <p>*במקרה של עדכון הו"ק, שינוי התאריך יתבצע מהחודש העוקב.</p>				

**3**
**אישור הבנק**

לכבוד, קופת חולים לאומית. רחוב שפרינצק 23 תל אביב 64738

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלקה	קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח
		בנק	30515	
		סניף		

קיבלנו הוראות מ- \_\_\_\_\_ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי שתציגו לנו מדי פעם ופעם, ואשר מספר חשבוננו/נב בבנק יהיה נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת. כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצא/ בעלי החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.

בנק	סניף	תאריך	חתימה וחותמת הסניף
			_____*

**4**
**הרשמה באמצעות כרטיס אשראי**

נא למלא את טופס ההצטרפות המצורף ואת פרטי כרטיס האשראי שלך במקומות המסומנים. הבוחר באפשרות זו פטור מחתימה על הוראה לחיוב חשבון בנק. תשלום באמצעות הוראה לחיוב חשבון בכרטיס אשראי:

סוג הכרטיס:  דינרס קלאב  ישראלכרט  ויזה  אמריקן אקספרס  אחר \_\_\_\_\_

מספר הכרטיס: \_\_\_\_\_ תוקף הכרטיס: שנה- \_\_\_\_\_ חודש- \_\_\_\_\_

א. שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה לקופת חולים לאומית למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שיפורט למנפיקה.

ב. הרשאה זו תפקע בהודעה לקופת חולים לאומית

ג. הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

שם בעל הכרטיס	מספר תעודת זהות	תאריך	חתימת בעל הכרטיס
			_____*

**במידה ובעל הכרטיס אינו המבוטח או בן זוגו הרשום איתו במסך יש למלא את הפרטים הבאים:**
**5**
**פרטי המבקש**

שם מלא	תעודת זהות	כתובת	טלפון

אני הח"מ מאשר תשלום בגין שב"ן וביטוחים נוספים כמו כן, אני  מאשר  לא מאשר תשלום בגין היטלים והשתתפויות עצמיות.

חתימה	תאריך
_____*	

**6**
**הרשמה טלפונית באמצעות כרטיס אשראי**

צלצל למוקד הרישום בטלפון 1-700-507-507

ניתן להחזיר את הטופס לפקס: 04-8148504 או למייל: [Production@leumit.co.il](mailto:Production@leumit.co.il)  
 בדואר : לאומית שירותי בריאות , מח' קשרי לקוחות, ת.ד. 20083 תל אביב מיקוד: 6473817  
 ובסניף הקופה הקרוב אליך.