

הרשאה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי

הנני מבקש לצרף אותי ואת בני משפחתי להסדר תשלומים עבור שירותים רפואיים במתקני הכללית באמצעות הרשאה לחיוב באופן בו ההרשאה תחול על כלל השירותים הרפואיים הכרוכים בתשלום אשר יסופקו לי או למי מבני משפחתי על ידי הכללית או מי מטעמה.

1. פרטי הלקוח (מעל גיל 18):

ת.ז. _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____
תאריך לידה _____ מין: זכר נקבה

2. כתובת הלקוח ופרטי התקשרות

רחוב _____ מס' בית _____ עיר/ישוב _____ מיקוד _____
טל' _____ נייד _____ פקס' _____
דוא"ל _____ @ _____
לידיעתך, כתובת זו תשמש לתכתובת ולמשלוח דפי חשבון על ידי מוסדות הכללית

X חתימה: _____

3. הרשאה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי - נא למלא את פרטי כרטיס האשראי במקומות המסומנים:

סוג הכרטיס: דינרס קלאב ישראלכרט ויזה כאל אמריקן אקספרס לאומי קארד אחר _____

מס' הכרטיס: _____ תוקף הכרטיס: שנה _____ חודש _____

א. שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה לכללית להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת לפי שיפורט למנפיקה.

ב. הרשאה זו תפקע בהודעה לכללית.

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

שם בעל הכרטיס: _____ ת.ז. _____

כתובת: _____ תאריך: _____

חתימת בעל הכרטיס: _____

נא למלא את הפרטים, לחתום במקומות המסומנים ולהעביר את הטופס אלינו:

מסירה
במשרדי
מרפאתכם



בדואר:
שרותי בריאות כללית
ת.ד. 16250, תל אביב 62098
לידי: מחלקת גבייה מלקוחות



לפקס:
03-6948181

הרשאה לחיוב חשבון באמצעות כרטיס אשראי

תנאי הצטרפות להסדר תשלומים

ידוע לי כי:

1. הנני מבקש להצטרף להסדר לפיו אחיוב באמצעות הרשאה על כלל השירותים הרפואיים הכרוכים בתשלום, אשר יסופקו לי או למי מבני משפחתי שפרטיו צורפו על ידי לכתב הרשאה זה על ידי שירותי בריאות כללית או מי מטעמה. ידוע לי כי מיום חתימת הרשאה זו, כל בן משפחה חדש יצורף באופן אוטומטי להרשאה זו.
2. הרשאה זו תחול על כל שירות רפואי הכרוך בתשלום על פי נהלי שירותי בריאות כללית ואשר יסופקו לי או למי מבני משפחתי מיום חתימתי על כתב הרשאה זה ואילך, ולרבות ביקורי רפואה מקצועית טיפול במכונים של שירותי בריאות כללית, טפסי התחייבות ("טופס 17"), רכישת תרופות או אביזרים רפואיים בבתי במרקחת של שירותי בריאות כללית, וכן כל שירות נוסף אשר התשלום בגינו יגבה באמצעות הוראת תשלום זו על פי נהלי שירותי בריאות כללית באותה עת.
3. בעת הזמנת, קבלת או רכישת שירות או מוצר או בעת ביצוע כל פעולה אחרת הכרוכה בתשלום על פי נהלי הכללית, יחויב חשבוני באמצעות הזנת פרטי כרטיס חבר בשירותי בריאות כללית המצוי ברשותי, או ברשות מי מבני משפחתי המפורטים בכתב ההרשאה, או אשר בעתיד יונפק לו או למי מבני משפחתי, אל מערכת החיוב של שירותי בריאות כללית.
4. חשבוני יחויב בסכומים כפי שתורה שירותי בריאות כללית מעת לעת בגין סך הפעולות והשירותים אשר סופקו לי או למי מבני משפחתי ואשר פרטיהם הוזנו באמצעות כרטיס חבר בשירותי בריאות כללית, במהלך החודש אשר קדם לתאריך החיוב. חיוב חשבוני ייעשה באופן אוטומטי בגין כל פעולה, שירות או מוצר אשר נרשמו לחובתי במערכת הגבייה של שירותי בריאות כללית כאמור בין אם ביצוע העסקה נחתם על ידי או על ידי מי מבני משפחתי ובין אם האמור בעסקה במסמך חסר. ידוע לי כי פרטי הרשאה זו ישמשו את הכללית להעברת החזרים כספיים לזכותי, אם וככל שאהיה זכאי להחזרים כספיים משירותי בריאות כללית.
5. סכומי החיוב על פי כתב הרשאה זה יופיעו בדפי חשבון אשר ישלחו לי על ידי שירותי בריאות כללית, אחת לרבעון (שלושה חודשים) ומלבדם לא תישלח לי כל הודעה מיוחדת בגין חיובים אלו. דפי החשבון ישלחו בדואר או דואר אלקטרוני או הודעת SMS לכתובתי הרשומה כפי שהודעתי עליה לשירותי בריאות כללית בכתב הרשאה זה, או לכל כתובת אחרת אשר תימסר על ידי שירותי בריאות כללית מעת לעת. בחתימתי על כתב הרשאה זה הנני מתחייב להודיע לשירותי בריאות כללית באופן מיידי על כל שינוי בכתובתי ומוותר על כל טענה כנגד שירותי בריאות כללית בקשר לאי קבלת דפי חשבון או כל מידע אחר כתוצאה ממחדלי להודיע לשירותי בריאות כללית בדבר שינוי כתובתי. ידוע לי כי שירותי בריאות כללית אינה מחוייבת להחזיק ברשותה דפי חשבון או העתקיהם או כל מידע אחר אשר נשלח לכתובת אשר לה נמסרה על ידי, אף אם הוחזרו כולם או חלקם לשולח מחמת מען שגוי.
6. דפי החשבון יכילו ריכוז של כל השירותים, הפעולות או המוצרים אשר סופקו או נרכשו על ידי או על ידי מי מבני משפחתי, אשר פרטיו מופיעים בכתב ההרשאה ואשר טרם מלאו לו 18 שנה בעת משלוח דפי החשבון. אל מבוסס אשר מלאו לו 18 שנה, ישלחו דפי החשבון ישירות ובנפרד על ידי שירותי בריאות כללית. הפירוט בדפי החשבון מתייחס לכל חיוב אשר נעשה במהלך הרבעון אשר קדם להוצאת דפי החשבון.
7. עלי להודיע לשירותי בריאות כללית באופן מיידי ולא יאוחר מ-30 יום מיום משלוח דפי החשבון, על טענותיי בקשר עם החיובים המפורטים בדפי החשבון, באם ישנן.
8. בכל מקרה בו אבד או נגנב למי מבני משפחתי כרטיס חבר בשירותי בריאות כללית, או נודע לי או למי מבני משפחתי כי נעשה שימוש אחר לרעה בכרטיס, אודיע מיידיית על כך לשירותי בריאות כללית בטלפון: *2700
9. מחובתי לסייע לשירותי בריאות כללית לאתר את הכרטיס שאבד או נגנב או שנעשה בו שימוש אחר לרעה, ולשם כך אמסור לשירותי בריאות כללית את כל הפרטים הידועים לי או למי מבני משפחתי המפורטים בבקשה זו על נסיבות האבדן או הגניבה או השימוש האחר לרעה.
10. הנני מסכים שלא להעביר או למכור את השימוש בכרטיס החבר בשירותי בריאות כללית ולא לאפשר כל שימוש לרעה או הפרה אחרת של השימוש בכרטיס החבר. הנני מסכים לא לאפשר גישה לשירותי האינטרנט באתר של שירותי בריאות כללית באמצעות פרטי כרטיס החבר לכל צד שלישי שהוא, ומתחייב להודיע מיידיית לשירותי בריאות כללית על כל שימוש לרעה או הפרה אחרת של השימוש בשירותים המוצעים באתר, בכלל זה שימוש של אחר בסיסמתי או כל הפרה אחרת הפוגעת באבטחת האתר.
11. כל בירור או תלונה בקשר לשימוש בכרטיס החבר בשירותי בריאות כללית יעשה בפניה טלפונית לשירותי בריאות כללית בטלפון *2700 או באתר www.clalit.co.il בדרך של שליחת מסר אלקטרוני לשירותי בריאות כללית.
12. שירותי בריאות כללית לא תהא אחראית בגין מק או אובדן שיגרם לי כתוצאה משימוש שלא בהתאם להסכם תנאי השימוש שלעיל וזאת בכפוף לכל דין.