

הרשאה לחיוב חשבון באמצעות חשבון הבנק

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. הרשמה באמצעות הרשאה לחיוב חשבון בנק - נא למלא את פרטי חשבון הבנק שלך במקומות המסומנים:

הוראה לחיוב חשבון (לבנק)	מספר חשבון בבנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	בנק
	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה			קוד מוסד 30744
1. אני / והח"מ (שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק) _____ מס' זהות/ח.פ. _____				
כתובת: רח' _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____				
2. ידוע לי/נו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/נו ע"י הבנק הודעה מיוחדת כגון החיובים האלה.				
3. ידוע לי/נו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולשירותי בריאות כללית שתכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק, וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין. ב. אהיה/ נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד, שההודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.				
4. ידוע לי/נו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תשלח לי/נו ע"י הבנק הודעה מיוחדת כגון החיובים האלה.				
5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.				
6. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/נו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.				
7. נא לאשר לשירותי בריאות כללית בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו.				
פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו, יקבעו מעת לעת ע"י שירותי בריאות כללית עפ"י התנאים וכפי שיהיו על פי השינויים שיוכנסו מעת לעת. תאריך: _____ חתימת בעלי החשבון: _____ X				

אישור הבנק יוחד לשירותי בריאות כללית	מספר חשבון בבנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	בנק
	אסמכתא / מספר מזהה של הלקוח בחברה			קוד מוסד 30744
לכבוד: שירותי בריאות כללית ת.ד. 16250, תל-אביב 62098 לידי: מחלקת גבייה מלקוחות				
קבלנו הוראות מ- _____				
לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי שתציגו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבונות/בנקים 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 הוצאו/נו בעלי החשבון מן ההסדר. אשור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על ידיכם.				
תאריך: _____ בנק: _____ חתימה וחותמת הסניף: _____				
מקור טופס זה על שני חלקיו ישלח לסניף הבנק, העתק הימני ימסר למשלם.				



נא למלא את הפרטים, לחתום במקומות המסומנים ולהעביר את הטופס אלינו:
דואר: שירותי בריאות כללית
ת.ד. 16250, תל-אביב 62098
לידי: מחלקת גבייה מלקוחות
מסירה: במשרדי מרפאתכם

הרשאה לחיוב חשבון באמצעות חשבון הבנק

תנאי הצטרפות להסדר תשלומים

ידוע לי כי:

1. הנני מבקש להצטרף להסדר לפיו אחויב 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 מיידי 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 מיידי 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.