

בקשת הצטרפות לתוכניות כללית מושלם - זהב ופליטינום

استمارة طلب الانضمام إلى كلاليت موشلام / التأمين التمريضي

המוסד
המבוטח

תוכנית מס': _____ הערות: _____

שם העובד/בציג המכירות _____ מס' העובד/בציג המכירות _____ תאריך _____ חתימת העובד/בציג המכירות _____

שמות הלקוחות

הנני מבקש לצרף אותי ואת בני משפחתי המפורטים מטה בהתאם לתנאי תוכניות "כללית מושלם" על יסוד הפרטים כלהלן:
פרטי הלקוחות:

מס' משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

כתובת:

שם הרחוב _____ מס' הבית _____ מס' דירה _____ עיר/ישוב _____

מיקוד _____ טל' _____ טל' נייד _____

פקס _____ e-mail _____

לידיעתך: א. יש לרשום את פרטי כל בני המשפחה (כולל ילדים עד גיל 18) ב. כתובת זו תשמש לכתובת על-ידי מוסדות שירותי בריאות כללית

לבחירתך

الرجاء التوقيع في المكان المخصص حسب اختياركم

בהתאם לבחירתך נא לחתום במקום המיועד לכך

1

בקשת הצטרפות לתוכנית זהב



1. שם הלקוח/ה

תאריך

חתימה

2. שם הלקוח/ה

תאריך

חתימה

2

בקשת הצטרפות לתוכנית פליטינום



1. שם הלקוח/ה

תאריך

חתימה

2. שם הלקוח/ה

תאריך

חתימה

3

מאתנה בתשלום של 37.79 ש"ח לחודש



+ פליטינום



בקשת הצטרפות לתוכנית זהב

1. שם הלקוח/ה

תאריך

חתימה

2. שם הלקוח/ה

תאריך

חתימה

כללית מושלם - ידוע לי כי:

1. ההצטרפות לתוכנית פלטינום מותנית בחברות בכללית מושלם.
2. התשלום החדשי יתעדכן בהתאם לעליית המדד.
3. לכיסויים השונים תקופות אכשרה כמפורט בתקנון "כללית מושלם" ובתקנון "פלטינום".
4. התנאים המחייבים הם בהתאם לתקנוני התוכניות השונות.
5. הכיסויים כפופים לאישור משרד הבריאות. שינויים שיחויבו ע"י משרד הבריאות יחולו למפרע.
6. הריני לאשר כי אני נותן/ת את הסכמתי מראש לצרף לתוכניות השב"ן בהן אני מבטוח/ת את ילדיי שיולדו ויהיו מבטוחים בכללית.

מתוך חוק ביטוח בריאות ממלכתי:

10. ב. (2) הקופה רשאית לשנות, מעת לעת, את זכויות העמיתים בתכנית ואת תשלומי העמיתים.
 - א. (1) קופת חולים יצרף 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 לענין מתן שירותים שונים במסגרתה, ובלבד שלא תיקבע תקופת אכשרה כאמור לענין שירותים שהיו כלולים בסל השירותים והתשלומים של הקופה לגבי מי שהיה חבר בקופה והצטרף לתכנית לא יאוחר משנה אחת אחרי השינוי בסל השירותים והתשלומים של הקופה.
 - ב. (2) הקופה רשאית לקבוע, לענין תקופות אכשרה כאמור בפסקה (1), הוראות שונות לגבי מעבר מתכנית של קופה אחרת.
 - ד. בכפוף לאמור בסניף קטן (ג), קופת חולים לא תפלה בין עמיתים בתכנית, בין בעת ההצטרפות אליה ובין במתן השירותים במסגרתה.
 - ה. מחיר התכנית יהיה אחיד לכל קבוצת גיל, ללא תלות במספר שנות החברות בתכנית, או במצבו הבריאותי או הכלכלי של העמית.
21. (א) קופת חולים תיתן לכל מי שהיא אחראית כלפיו כאמור בסעיף 3 (ג) את כל שירותי הבריאות שלהם הוא זכאי לפי חוק זה, בין בעצמה ובין באמצעות נותני שירותים, ללא כל הפליה. ולא תתנה מתן שירותים הכלולים בסל השירותים שלה בהצטרפות או בחברות בתכנית לשירותים נוספים לפי סעיף 10.

זכותו של מבטוח בקופה לקבלת 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.

טבלאות מחירים

טבלת מחירים לתוכנית זהב*

ביל העמית	17-0**	18	30-19	39-31	49-40	59-50	64-60	69-65	70 ומעלה
תשלום חודשי	3.33 ש"ח	12.55 ש"ח	30.51 ש"ח	42.62 ש"ח	48.42 ש"ח	50.96 ש"ח	54.38 ש"ח	59.30 ש"ח	60.97 ש"ח

* התשלום החדשי נכון ליולי 2010, על פי מדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.6.2010, ומתעדכן נכון לעליית המדד, בכפוף לתקנון.

** החל מילד רביעי - חינם

ילד שיצורף לכללית מושלם ללא אחד מהוריו ישלם 12.55 ש"ח לחודש.

טבלת מחירים לתוכנית פלטינום*

ביל העמית	17-0**	18	30-19	39-31	49-40	59-50	64-60	69-65	70 ומעלה
תשלום חודשי	19.56 ש"ח	13.60 ש"ח	37.79 ש"ח	44.69 ש"ח	46.71 ש"ח	54.00 ש"ח	66.44 ש"ח	84.52 ש"ח	88.42 ש"ח

* התשלום החדשי נכון ליולי 2010, על פי מדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.6.2010, ומתעדכן נכון לעליית המדד, בכפוף לתקנון.

למידע והצטרפות:

2700* מכל טלפון
www.clalit.co.il

מידע על יתר ההטבות והתנאים של שירותי הבריאות המשלימים ניתן למצוא באתר האינטרנט: www.clalit.co.il ובנושא סיעוד ותביעות: www.dikla.co.il

כללית מושלם - שירותי הבריאות המקיפים להשלמת חוק בריאות ממלכתי כללית מושלם מכסה סל בריאות רחב משלים בתחומים הבאים*:



עיקרי תוכנית זהב

תקופת אכשרה	השירותים
6 חודשים	חות דעת רפואית שניה אצל מומחה בחו"ל
3 חודשים	חיסונים לנוסעים לחו"ל
3 חודשים	טיפול בבעיות הרטבה של ילדים
6 חודשים	טיפול בבעיות התפתחות של ילדים
3 חודשים	יעוץ דיאטטי בבית הלקוח
3 חודשים	מנוי למשדר קרדיולוגי כמכונני הסדר
24 חודשים	ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלח שמיעה, ראייה ומניעת נכות
אין	סדנאות בתחומי אורח חיים בריא באמצעות כללית אישית
אין	סקירת מערכות לנשים בהריון
6 חודשים	עדשה תוך עינית לניתוח קטרקט בכית חולים פרטי
3 חודשים	טיפול רפואה משלימה
3 חודשים	שהייה במוסד החלמה לאחר אירוע לב
6 חודשים	שיקום דיבור למבוגר
6 חודשים	תרופות שאינן בסל הבריאות לפי רשימה
	אבזורים רפואיים:
אין	מדרסים במפרט בסיסי
12 חודשים	חגורה מתקנת, מכשיר ליישור גב
6 חודשים	מכשיר אינהלציה
12 חודשים	מכשיר CPAP
	אבזורים רפואיים אחרים

תקופת אכשרה	השירותים
3 חודשים	אחות פרטית לאחר ניתוח
אין	בדיקות גנטיות
3 חודשים	בדיקות לספורטאים
אין	בדיקת מי שפיר או סיסי שיליה
6 חודשים	בדיקות סקר תקופתיות
6 חודשים	בדיקות סקר תקופתיות לחולי סכרת ובני משפחותיהם
3 חודשים	הבראה לאחר ניתוח
אין	סדנאות בנושא הריון ולידה
6 חודשים	הבראה ליולדות
אין	יעוץ והדרכה בנושא הנקה
3 חודשים	ערכת גלוקומטר למבוגרים מעל גיל 18
אין	קורס הכנה ללידה
אין	הוצאות טיסה לתושבי אילת
12 חודשים	הנחות בטיפול אורתודנטיה לילדים
אין	הנחות בטיפול שיניים משמרים
12 חודשים	הפריה חוץ גופית מילד ראשון
אין	חיסונים
24 חודשים	השתלות, ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל
24 חודשים	השתלת כליה בחו"ל
12 חודשים	השתתפות בעלות ביצוע ניתוח פרטי
6 חודשים	התייעצות עם רופא מומחה בארץ
3 חודשים	התעמלות שיקומית לאחר אירוע לב



עיקרי תוכנית פלטינום

תקופת אכשרה	השירותים
6 חודשים	טיפול שיניים: משמרת ילדים, משמרת, כירורגיה, כאבי פנים-הפרעות סנר, טיפולי חניכיים, עזרה ראשונה כמפורט ברשימה
12 חודשים	טיפול שיניים: פרוטטיקה-שיקום, אורתודנטיה, שתלים, שיקום ע"ג שתלים כמפורט ברשימה

תקופת אכשרה	השירותים
24 חודשים	ניתוחים פרטיים בחו"ל
12 חודשים	ניתוחים פרטיים בארץ
9 חודשים	סל לנשים בהריון
12 חודשים	ניתוחים וטיפולים אסתטיים
12 חודשים	תרומת ביצית בחו"ל
6 חודשים	הסעה באמבולנס

*1. התנאים המהייבים - כמפורט בתקנון "כללית מושלם", בתקנון "פלטינום".
2. הכיסויים כפופים לאישור משרד הבריאות. שינויים שיחויבו על-ידי משרד הבריאות יחולו למפרע.

בקשת הצטרפות לביטוח הסיעודי

استمارة طلب الانضمام إلى كلاليت موشلام / التأمين التمريضي

המסמך
המלווה

תוכנית מס': _____ הערות: _____

קוד הסוכן: _____ שם הסוכן: _____

שם העובד/נציג המכירות

מס' העובד/נציג המכירות

תאריך

חתימת העובד/נציג המכירות

שמות הלקוחות

הבני מבקש לצרף אותי ואת בני משפחתי המפורטים מטה בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח הסיעודי על יסוד הפרטים כלהלן:

פרטי הלקוחות:

מס'	מספר תעודת זהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

ביטוח סיעודי - ידוע לי כי:

- התשלום החודשי יתעדכן בהתאם לעליית המדד.
- ניתן להצטרף לביטוח הסיעודי על פי פוליסה קבוצתית באמצעות חברת הביטוח אשר תהיה לבדה אחראית למלוא ההתחייבות בני ביטוח זה. הביטוח הסיעודי הקבוצתי הוא לתקופה של שלוש שנים ויתחדש מדי 3 שנים תוך התאמת תנאי הביטוח לאחר שיאושרו על ידי המפקח על הביטוח במשרד האוצר.
- כדי להצטרף לביטוח הסיעודי יש לחתום במקום המיועד לך.
- ההצטרפות לביטוח הסיעודי מותנית בחיתום רפואי שיתבצע בחברת הביטוח באמצעות הצהרת הבריאות, ו/או מבדקים נוספים שיתבקשו ע"י חברת הביטוח.
- הפוליסה תיכנס לתוקף ב-1 לחודש שלאחר קבלת בקשת הצטרפות זו ובתנאי שאושרה ע"י דקלה והפרמייה בגינה שולמה.
- הבני/ו מאשר/ים את אמיתות הפרטים שציינת/נו בהצהרת הבריאות עבורי/נו ועבור ילדי/נו, כאפורופוס/ים טבעי/ים שלהם.

טבלת מחירים לביטוח הסיעודי*

גיל העמית	18 עד	30-19	35-31	39-36	45-40	49-46	55-50	59-56	64-60	69-65	74-70	80-75	120-81
תשלום חודשי	-	1.50 ₪	9.00 ₪	10.95 ₪	11.50 ₪	14.00 ₪	35.00 ₪	43.00 ₪	62.00 ₪	73.00 ₪	105.00 ₪	108.00 ₪	109.00 ₪

* התשלום החודשי נכון ליולי 2010, על פי מדד המחירים לצרכן שפורסם ביום 15.6.2010, והינו צמוד למדד, בהתאם לפוליסה.

להצטרפות

الرجاء التوقيع في المكان المخصص حسب اختياركم

נא לחתום במקום המיועד לך



בקשת הצטרפות לביטוח סיעודי
(חובה למלא הצהרת בריאות)

תאריך

חתימה

1. שם הלקוח/ה

תאריך

חתימה

2. שם הלקוח/ה

הצהרת בריאות לביטוח סיעודי

بيان الحالة الصحية للتأمين التمريضي

פרט	תאריך ילולי המחלה	שם המבוטח/ת									
		ילד 2		ילד 1		בן/בת זוג		מבוטח ראשי		האם אתה/סובלת/או סבלת (סמן ב-X)	
		לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן		
											מחלת לב
											איחוד מוחי, מחלות וגינדילים במערכת העצבים, מחלה ניוונית של השרירים
											פיגור שכלי, שיתוק מוחי, אוטיזם
											מחלת ריאות כרונית
											מחלת כבד כרונית
											מחלת כליות כרונית
											מחלת נפש כרונית (כולל דיכאון)
											תשישות נפש
											סוכרת תלויה באינסולין ו/או פגיעה באיברי מטרה
											מחלת פרקים כרונית
											אוסטיאורוזיס עם צפיפות עצם נמוכה מ-70% מהמוצע לגיל
											קטיעת גפה/ים או כל קטיעה מעל המרפק/ברך
											עיוורון, מחלת עיניים שפגעה באייה
											מחלת הסרטן בחמש שנים האחרונות
											חולה או נשא איידס
											מחלת ריאתיות, ניוונית, אלצהיימר, דמנטיה, פרקינסון
											גנשה, המופיליה, טלסמיה מייגור ומחלות אנריה אחרות
											מושתל איבר פנימי
											ביתוח או אשפוז מתוכננים
											הגשת בקשה לאחוזי נכות מביטוח לאומי/גמלת סיעוד/שרימ
											הגבלה בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלה, לאכול ולשתות (זקוק להאכלה והשקיה פיזית), לשלול על הסוגרים, ללכת

• בקיומה של מחלה פעילה יש לצרף מסמכים רפואיים מפורטים.

• א/או החתום/מים מטעם ואשר אות/ינו יש לבטח, מצהיר/ים בזה שכל התשובות שניתנו בטופס ההצהרה והצהרת הבריאות הן נכונות ומלאות ולא העלמת/נו דבר העשוי להשפיע על ההחלטה לקבלת ההצעה לביטוח. ידוע ל/נו כי שאלון זה מהווה חלק בלתי נפרד מההצעה לביטוח. אם תשובותי/נו אינן נכונות ומלאות והעלמת/נו דבר, כאמור לעיל, לא יהיה הביטוח בתוקפו ודקלה חברה לביטוח תהיה פטורה מתשלום עבור הביטוח, הרשות בידי דקלה חברה לביטוח, באופן בלעדי, להחליט על קבלת הצעה או דחייתה בלי שתהיה חייבת או להצדיק החלטה, אהיה נכון לעבור בדיקה רפואית, מעבדתית, כללית ומקיפה לצורך גילוי כל מחלה או סימן למחלה כפי שיידרש. ידוע ל/נו כי תנאי הקבלה יהיו כפופים לתנאי החיתום שייערכו בחברה בהתאם להצהרה זו, וכל זאת בתנאי כי עד ליום בו החליטה דקלה חברה לביטוח על קבלת/תמו לביטוח לא חל שינוי במצב בריאות/נו, באורח חיינו ובעיסוקינו. א/נו מסכים/ים כי תשובותינו ו/או הימידע שיימסר לכם יאוסמנו במאגר מידע לפי הוראות חוק הגנת הפרטיות התשמ"א 1981 וישמשו לצורכי הביטוח בלבד. הצהרה זו ניתנת גם בשם ילדי עד גיל 18 הרשומים בהצעה לביטוח זה, וזאת כאפוסטרופוס/ים טבעי/ים שלהם.

(1) שם המבוטח _____ ת.ז. _____

משקל _____ גובה _____

תאריך _____ חתימה _____ X

(2) שם המבוטח _____ ת.ז. _____

משקל _____ גובה _____

תאריך _____ חתימה _____ X

(3) במידה וקיימים עוד מבוטחים במסלול, נא לציין משקל וגובה שלהם: ילד ראשון: משקל _____ גובה _____ ילד שני: משקל _____ גובה _____ ילד שלישי: משקל _____ גובה _____

לרשותך 3 אפשרויות הצטרפות

לידיעתך, עדכון פרטי הגבייה יחול על כל התוכניות והביטוחים שברשותך.

1. הרשמה טלפונית

צלצל למוקד הרישום

להצטרפות:

מכל טלפון *2700

www.clalit.co.il

اتصلوا بمركز التسجيل الهاتفي كلاليت كحول *2700 من أي هاتف

מידע על יתר ההטבות והתנאים של שירותי הבריאות המשלימים ניתן למצוא באתר האינטרנט: www.clalit.co.il ובנושא תביעות: www.dikla.co.il

2. הרשמה באמצעות כרטיס אשראי

הבוחר באפשרות זו פטור מחתימה על הוראה לחיוב חשבון בנק

التسجيل عن طريق إرسال رسالة خطية بواسطة بطاقة اعتماد

סוג הכרטיס: דינרס קלאב ישראלכרט ויזה אמריקן אקספרס לאומי קארד

מס' הכרטיס

תוקף הכרטיס עד: חודש

- שובר זה נחתם על ידי כלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על ידי הרשאה לשירותי בריאות כללית להעביר למנפיקת הכרטיס חיובים מעת לעת לפי שיפורט למנפיקה.
- הרשאה זו תפקע בהודעה לשירותי בריאות כללית.
- הרשאה זו תהיה בתוקף גם לחיוב כרטיס שיונפק וישא מספר אחר, כחלופה לכרטיס שמספרו נקוב בשובר זה.

שם בעל הכרטיס _____ מס' תעודת זהות _____ תאריך _____

חתימת בעל הכרטיס: X _____ תכונת _____

أمر تسديد من الحساب المصرفي

מספר חשבון בבנק		סוג חשבון		סניף	קוד מסלקה	בנק
קוד מוסד 30744		אסמכטא / מספר מזהה של הלקוח בחברה				

לכבוד: בנק

סניף

כתובת הסניף

1. אני/הח"מ (שם בעלי/ החשבון כמפיע בספרי הבנק) מס' זהות/ח.פ. _____

כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

נותן/ים לכם הוראה לחייב את חשבון/ינו ה"ל בסכימים בגין תשלומים בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי ע"י שירותי בריאות כללית כמפורט מטה "בפרטי ההרשאה"

2. ידוע לי/נו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתם 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 רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד, שההודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

3. ידוע לי/נו כי הפרטים שציינתי בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוסד.

4. ידוע לי/נו כי סכומי החיוב עפ"י ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון ובי לא תשלח לי/נו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין החיובים האלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.

6. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר לשירותי בריאות כללית בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

תאריך: _____
 X חתימת בעלי/ החשבון: _____

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו, יקבעו מעת לעת ע"י שירותי בריאות כללית עפ"י התנאים וכפי שיהיו על פי השינויים שיזכנסו מעת לעת.

تصريح البنك

מספר חשבון בבנק		סוג חשבון		סניף	קוד מסלקה	בנק
קוד מוסד 30744		אסמכטא / מספר מזהה של הלקוח בחברה				

לכבוד:

שירותי בריאות כללית

ת.ד. 16250, תל-אביב 62098

לידי: מחלקת גבייה מלקוחות

קבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי שתציונו לנו מדי

פעם בפעם, ואשר מספר חשבון/נום 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 לביצוע; כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב ע"י בעלי/ החשבון, או כל עוד לא

הוצא/נו בעלי/ החשבון מן ההסדר. ואשר זה לא יפגע בהתחייבותיכם כלפיו, לפי כתב השיפוי שחתם על ידיכם.

תאריך: _____ בנק _____ סניף _____ חתימה וחותמת הסניף

מקור טופס זה על שני חלקיו ישלח לסניף הבנק. העתק הימנו ימסר למשלם.

أمر تسديد من الحساب المصرفي

מספר חשבון בבנק		סוג חשבון		סניף	קוד מסלקה	בנק
קוד מוסד 30744		אסמכטא / מספר מזהה של הלקוח בחברה				

לכבוד: בנק

סניף

כתובת הסניף

1. אני/הח"מ (שם בעלי/ החשבון כמפיע בספרי הבנק) מס' זהות/ח.פ. _____

כתובת: רחוב _____ מס' _____ עיר _____ מיקוד _____

נותן/ים לכם הוראה לחייב את חשבון/ינו ה"ל בסכימים בגין תשלומים בסכומים ובמועדים שימצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי ע"י שירותי בריאות כללית כמפורט מטה "בפרטי ההרשאה"

2. ידוע לי/נו כי: א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתם 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 רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד, שההודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

3. ידוע לי/נו כי הפרטים שציינתי בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעל/נו להסדיר עם המוסד.

4. ידוע לי/נו כי סכומי החיוב עפ"י ההרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון ובי לא תשלח לי/נו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין החיובים האלה.

5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוע.

6. הבנק רשאי להוציאני/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, תוך ציון הסיבה.

7. נא לאשר לשירותי בריאות כללית בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

תאריך: _____
 X חתימת בעלי/ החשבון: _____

פרטי ההרשאה: סכום החיוב ומועדו, יקבעו מעת לעת ע"י שירותי בריאות כללית עפ"י התנאים וכפי שיהיו על פי השינויים שיזכנסו מעת לעת.

טופס הצטרפות לשירותי הבריאות המשלימים הטובים ביותר

הצטרפו
עכשיו!

