

בקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון

1 פרטי המבוטח הראשי									
שם מלא					תעודת זהות				

2 הרשמה באמצעות הוראת קבע (למעוניינים בה"ק בבנק)					
נא למלא את טופס ההצטרפות המצורף ואת פרטי הוראת הקבע שלך במקומות המסומנים. הוראה לחיוב חשבון: לכבוד, בנק: _____ סניף: _____ כתובת הסניף: _____					
מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח (ת.ז.)	
		בנק סניף		30515 לאומית שירותי בריאות	
1. אני/אנו הח"מ (שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק): _____ מס' זהות/ח.פ.: _____ כתובת: רחוב: _____ מספר: _____ עיר: _____ מיקוד: _____ נותן/ים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו 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 לאומית שירותי בריאות כמפורט מטה ב- "פרטי הרשאה" ובכפוף למגבלות שסומנו לעיל. 2. ידוע לי/נו כי: א. עלינו לקבל מהמוטב את הפרטים הנדרשים למילוי הבקשה להקמת הרשאה לחיוב חשבון. ב. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ולאומית שירותי בריאות, שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן, ניתנת לביטול ע"י הוראת כל דין. ג. אהיה/נהיה רשאי/ים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שההודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לא יאוחר מ- 3 ימי עסקים לאחר מועד החיוב. ככל שההודעה ניתנה לאחר מועד החיוב, הזיכוי יעשה בערך יום מתן הוראת הביטול. ד. נהיה רשאים לדרוש מהבנק, בהודעה בכתב, לבטל חיוב, אם החיוב אינו תואם את מועד פקיעת התוקף שנקבע בהרשאה, או את הסכומים שנקבעו בהרשאה, אם נקבעו. ה. הבנק אינו אחראי בכל הנוגע לעסקה שביננו לבין המוטב. ו. הרשאה שלא יעשה בה שימוש במשך תקופה של 24 חודשים ממעוד החיוב האחרון, בטלה. ז. אם תענו לבקשתנו, הבנק יפעל בהתאם להוראת הרשאה זו בכפוף להוראות כל דין והסכם שביננו לבין הבנק. ח. הבנק רשאי להוציאנו מן ההסדר המפורט בהרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה. 3. ידוע לי/נו כי הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נושאים שעלינו להסדיר עם המוטב. 4. ידוע לי/נו כי סכומי החיוב ע"י הרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/נו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה. 5. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען. 6. נא לאשר ללאומית שירותי בריאות בספח המחובר לזה, קבלת הוראות אלו ממני/מאיתנו. ☐ הרשאה כללית, שאינה כוללת הגבלות או- הרשאה הכוללת לפחות אחת מההגבלות הבאות: ☐ תקרת סכום החיוב: _____ ש"ח. ☐ מועד פקיעת תוקף ההרשאה ביום: _____. *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. *אם ישלחו על ידי המוטב חיובים שאינם עומדים בהגבלות שקבע הלקוח, הם יוחזרו על ידי הבנק, על כל המשמעויות הכרוכות בכך. תאריך: _____ חתימת בעל החשבון: _____ אנא בחר את מועד הגביה החודשי הרצוי: ☐ 2 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 17 ☐ 23 (לתשומת לבך, במידה ולא נבחר תאריך לגביה, הגביה החודשית תתבצע ב- 15 לחודש) *במקרה של עדכון הו"ק, שינוי התאריך יתבצע מהחודש העוקב.					

3
אישור הבנק (למעוניינים בה"ק בבנק)

לכבוד, קופת חולים לאומית. רחוב שפרינצק 23 תל אביב 64738				
מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה	קוד מוסד	אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח
		סניף	בנק	30515 לאומית שירותי בריאות
קיבלנו הוראות מ- _____ לכבד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי שתציגו לנו מדי פעם ופעם, ואשר מספר חשבוננו/נם 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 בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא/ו בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השיפוי שנחתם על ידכם.				
בנק	סניף	תאריך	חתימה וחותמת הסניף	
			* _____	

4
הרשמה באמצעות כרטיס אשראי (למעוניינים בה"ק בכרטיס אשראי)

אני: _____ ת"ז: _____	
כתובת: רחוב: _____ מספר: _____ עיר: _____ מיקוד: _____	
נותנים לכם בזה הרשאה לחייב את חשבוני בגין תשלומים עבור שירותי בריאות ו/או ביטוח סיעודי ו/או ביטוח רפואי	
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 ללאומית שירותי בריאות. 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 בפקס : 04-8148504 ; במייל: production@leumit.co.il
 בדואר : לאומית שירותי בריאות, מח' קשרי לקוחות, ת.ד. 20083 תל אביב מיקוד: 6473817
 ובסניף הקופה הקרוב אליך.