



טופס הצטרפות לביטוח הבריאות

במייל: members@acum.org.il

בטלפון: 03-6113456

קרן הרווחה של אקו"ם קיימת משנת 1963 והיא נועדה לפעול לרווחת חברי אקו"ם ולתת סיוע לחברים הנמצאים במצוקה כלכלית, בריאותית או משפחתית. נכון להיום, כל חברי אקו"ם זכאים להצטרף לתוכנית הביטוח הרפואי המסובסד על ידי אקו"ם.

ההצטרפות לתוכנית הביטוח הרפואי היא בתשלום של 250 ₪ לשנה (לרובד א' בלבד) בעוד קרן הרווחה מסבסדת את יתרת התשלום. בהתאם להסכם שבין אקו"ם לחברת הביטוח הראל, ביטוח הבריאות יהיה בתוקף החל ממועד ההצטרפות ואישור חברת הביטוח.

מועדי ההצטרפות:

* הצטרפות בין החודשים ינואר – יוני - ייגבה תשלום מלא על סך 250 ₪ לשנת ההצטרפות.
* הצטרפות בין החודשים יוני – דצמבר - ייגבה תשלום חלקי על סך 125 ₪ לחצי שנת ההצטרפות.

לכבוד: קרן הרווחה ליוצר בע"מ

members@acum.org.il , או לפקס: 03-6113459

אני החתום מטה שם פרטי +משפחה: _____ ת"ז:

מבקש/ת לצרף אותי לרובד א' בתוכנית הביטוח הרפואי הקבוצתי של חברי אקו"ם בהתאם לתנאי פוליסת הביטוח של חברת הביטוח הראל. (העתק הפוליסה זמין לעיוןך באתר אקו"ם www.acum.org.il תחת "יוצרים" – "קרן הרווחה" – הצטרף לביטוח הבריאות)

אני מאשר כי התשלום יבוצע באופן הבא:

א. ככל שבחשבון התמלוגים שלי תהיה במועד החיוב השנתי יתרת תמלוגים העומדת על סך של 250 ₪ לכל הפחות, ינוכו דמי הביטוח על סך של 250 ₪ מחשבון תמלוגים זה בתחילת כל שנה קלנדרית.

ב. ככל שבחשבון התמלוגים שלי לא תהיה יתרה מספקת כאמור לעיל, הנני מתחייב להעביר לאקו"ם את דמי הביטוח לא יאוחר מיום 30.1 מדי שנה באמצעות שיק או העברה בנקאית ל: בנק לאומי, חשבון מס' 1164681, סניף 743 ע"ש "קרן הרווחה ליוצר בע"מ" וכן לשלוח אסמכתא בדבר התשלום האמור.

ג. ידוע לי כי ככל והתשלום לא יבוצע כמפורט לעיל, אקו"ם תהיה רשאית לבטל לאלתר את חברותי בתוכנית הביטוח הרפואי של חברי אקו"ם, ובהתאם לכך יבוטל הביטוח הרפואי ע"י חברת הביטוח כמפורט בהסכם בין הצדדים.

ד. ידוע לי כי במידה וארצה להרחיב את הביטוח לרובד ב', עלי לעשות זאת ישירות מול סוכן חברת הביטוח.

אני מתחייב כי במידה ואהיה מעוניין לבטל את הצטרפותי לתוכנית הביטוח הרפואי של חברי אקו"ם, אודיע על כך לאקו"ם בכתב ומראש והכל בכפוף לתנאי ביטול הפוליסה כמפורט בפוליסת ביטוח זו.

תאריך: _____ חתימה: _____