



טופס הצטרפות לביטוח בריאות לחברי אקו"ם

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 370 ₪ 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 ותעריפים:

- הצטרפות בין החודשים ינואר ליוני (כולל): ייגבה תשלום מלא בסך - 370 ₪ לשנה.
- הצטרפות בין החודשים יולי לדצמבר (כולל): ייגבה תשלום חלקי בסך - 185 ₪ לחצי שנה.

להצטרפות, יש למלא את הטופס המצורף ולשלוח באמצעות הדוא"ל למחלקת חברים.

לכבוד: קרן הרווחה ליוצר בע"מ

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 [בא](#) 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 370 ₪ לכל הפחות, ינוכו דמי הביטוח על סך של 370 ₪ 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 לחשבון הבנק שפרטיו: בנק לאומי, מספר חשבון 1164681, סניף 743 לפקודת "קרן הרווחה ליוצר בע"מ". יש לשלוח אסמכתא לאחר 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.

בכל שאלה ניתן לפנות למחלקת חברים באקו"ם בדוא"ל members@acum.org.il או בטלפון 03-6113456

שם ושם ומשפחה: _____ מספר ת.ז.: _____