

## יד להחלמה בע"מ

נהריה רח' הרצל 78 טל : 1-700-70-8885, 03-7442004 fax:

E – mail: yad\_le\_hahlama@walla.com

24 שעות

לילה

### הסכם התקשרות

טלפנית

שנערך ונחתם ב \_\_\_\_\_ ביום \_\_\_\_\_ לחודש \_\_\_\_\_ שנה \_\_\_\_\_ מצב משפחתי  א  נ  ר  ג  
מס' ילדים \_\_\_\_\_ קופ"ח \_\_\_\_\_  
**בין** : חברת **יד להחלמה בע"מ** (שתקרא להלן "החברה"), **מצד א'**  
**לבין** : מר/ת \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ש. לידה \_\_\_\_\_  
טל : \_\_\_\_\_ נייד : \_\_\_\_\_  
(שיקרא להלן "המנוי"), **מצד ב'**

הואיל : והחברה מספקת שירותי רפואה למנויים ולזכאים.  
והואיל : והמנוי מעוניין לשכור את שירותי החברה לעצמו ולזכאיו.  
והואיל : והחברה מביעה את הסכמתה לכלול את המנוי ו/או הזכאים במסגרת מנוייה.  
והואיל : והצדדים רוצים להגיע לכדי הסכמה ביניהם.

#### לפי כך, הוצהר הותנה והוסכם בין הצדדים כדלקמן:

- למען הסר כל ספק המבוא להסכם זה והנספחים לו לרבות טופס הגילוי מהווים חלק בלתי נפרד הימנו ומחייב הצדדים. ההתייחסות בהסכם זה למנוי היא להסכמתו לשמש כאפוטרופוס לזכאיו ואלה יכללו תחת ההגדרה "המנוי/ים".
- החברה תפעיל מוקד רפואי שכתובתו ומס' הטלפון ידועים לשם קבלת קריאות באמצעות הטלפון שמספרו 052-3203291, 052-3483355, 052-3203298, 1800-778885, 17000-708885
- החברה מתחייבת מצידה לקיים את כל התחייבויותיה במתן שירותי עזרה ראשונה לביקור רופא כללי, שיפורטו בטופס הגילוי.
- בנוסף המנוי יהיו זכאים לקבלת השירות הרפואי גם הרשומים מטה (להלן הזכאים).

שם	ת.ז.	ת. לידה	קופ"ח	מחלות כרוניות	תרופות קבועות	אלרגיות
1						
2						
3						
4						
5						
6						

- תוקף הסכם זה לתקופה של 12 חודשים החל מרגע חתימתו על ידי הצדדים עם אפשרות לחידוש לתקופות נוספות של שישה חודשים כל פעם.
- על המנוי לפנות בכתב, בדואר רשום אל החברה ולהמציא בפניה כל תלונה, בקשת לביטול ו/או השגה לגבי השירות המוצע, ולא תהיה לפני כן שום עליה מצידו להליך משפטי כנגד החברה.
- החברה תהיה רשאית לשנות מעת לעת את תנאי ההתקשרות ובלבד שלא יפגעו מנוייה הקיימים. רופא החברה ישתדל להגיע לביתו של המנוי במהירות האפשרית ועד מאה ועשרים דקות מרגע קבלת הקריאה. במידה ויבוטל המנוי בה. קבע ו/או המנוי יבטל ו/או לא תכובד ה. הקבע לאחר יותר מ-30 יום מיום חתימת ההסכם וכל עוד המנוי בתוקף ישלם המנוי עמלת ביטול כמצוין בתופס הגילוי.
- בקרות אירוע שאינו בשליטת החברה ו/או אסון טבע ובו ישתקו ו/או יקרו קווי הטלפון יעביר המנוי הודעה לקריאת עזרה ראשונה ע"י שליח ברכב ו/או בכל דרך אפשרית ומקובלת, החברה אינה רואה עצמה אחראית לתוצאות הנזק הרפואי שעלולות להיגרם למנוי ו/או הזכאים בשל כך אולם החברה מצידה תנקוט בכל המאמצים האפשריים העומדים לרשותה לתת שירות יעיל בהתאם לנסיבות. החברה רשאית להחליט על קבלת הלקוחות כמנויים מין המניין או דחייתם מבלי שתהא חייבת להצדיק או להסביר את החלטתה בתוך 120 יום מיום חתימת ההסכם. במידה והחברה תבטל את ההסכם יהא רשאי המנוי לקבל החזר כספי מלא בניכוי השימוש בשירותי המנוי, לרבות זמן מנוי ודמי רישום.

9. המנוי מסכים בזאת לוותר על סודיות רפואית לטובת החברה: המידע האמור לכל המשתמע ממנו נאגר במאגר נתונים של החברה לצורך פעולות שוטפות כמשמעותו בחוק.
10. והיה ויחול שינוי במצב בריאותו של המנוי/ים ו/או הזכאי/ים או שינוי בכתובתו או במס' הטלפון מחויב זה להודיע על כך מיידית לחברה.
11. בהסכם זה נכללו כלל תנאי ההתקשרות שבין הצדדים צד אי ("שיקרא להלן החברה") לבין צד בי (שיקרא להלן המנוי) וכל משא ומתן קודם ו/או הצעות אחרות מתבטלים עם חתימת הסכם זה.
12. המנוי/ים ו/או הזכאים מביעים את הסכמתם להצטרף כמנוי/ים מין מניין לכלל מנויי החברה, ובחתימתו של המנוי והסכמתו לשימוש אפוטרופוס לזכאי/ים מסכים המנוי לתנאי ההצטרפות למימוש השירותים בחברה מבלי לפגוע בשירותים הנ"ל על פי כל דין וחוק.
- הערות:

---

הנני מצהיר בזאת, בחתימתי, כי תוכן ההסכם, פרטיו, עלותו ואופן התשלום, מובנים וברורים לי, לאחר שהוסברו לי בהרחבה ע"י נציג חברתכם בשפה שמובנת לי (עברית רוסית או אחר) כמו כן צורף לעתק שקיבלתי תרגום כללי של ההסכם בשפה הרוסית קראתי וחתמתי עליו לאחר שהבנתי את תוכנו, וידוע לי כי ההסכם המחייב הוא בשפה העברית.

### ולראיה באו כל הצדדים על החתום

החברה יד להחלמה בע"מ – שירותי רפואה  
ח.פ. 51-19093-19

המנוי ובן / בת זוגו \_\_\_\_\_