

1. טופס גילוי להסכם התקשרות שנערך ונחתם ב _____ ביום _____ בין מר/ת _____, ת.ז. _____ לבין חברת יד להחלמה שירותי רפואה בע"מ, ח.פ. 511-9093-19.
2. פרטי החברה: יד להחלמה בע"מ, ח.פ. 511-9093-19 מרח' הרצל 78, נהריה. טלפון: 1700-70-8885, פקס: 03-7442004, דואר אלקטרוני: yad_le_hahlama@walla.com.
3. במסגרת שירותי החברה יכללו:
 - א. הגעת רופא החברה בהמשך לקריאה שתתקבל במוקד הרפואי לביתו של המנוי/ים ו/או הזכאים בתשלום 25 ₪ לרופא.
 - ב. (סמן בעיגול) קיבל/לא קיבל לחץ מצוקה. מוסכם ומוצהר כי הלחץ נהו רכוש החברה.
 - ג. הגשת עזרה ראשונית שכוללת: בדיקה, אבחון ומתן תרופות לעזרה ראשונה על פי שיקול דעתו של רופא החברה, כולל אנמנזה רפואית.
 - ד. פינוי לביה"ח על פי החלטת הרופא החברה באמבולנס רגיל או מונית במהירות האפשרית לפי התנאי שבהסכם.
 - ה. טיפול חרום בכאבי שיניים בשעות הלילה והגשת עזרה ראשונה בבית לשיכוך כאבים. יעוץ רפואי ע"י רופא מוסמך בטלפון.
 - ו. סל שירותים נלווים שכוללים הנחות עד 50% הנחה החברה רשאית להוסיף להרחיב או לגרוע נותני שירותים שונים לפי ראות עיניה וללא התראה מוקדמת. מוצהר בזאת שסל השירותים הנלווים **ניתן בחינם**, וכהטבה בלתי מחייבת, והמנוי משלם אך ורק עבור שרות רופאים.
 - ז. במקרה של אירוע חריף וחריג, אובדן הכרה ו/או התקף לב אין להזמין את השירות אלא בדחיפות אמבולנס או ניידת טיפול נמרץ. למען הסר כל ספק, מוצהר שמנוי יקבל החזר כספי מקופ"ח עבור הנט"ן, במידה ויקבל רק מחצית החזר, תשלם החברה את ההפרש עד לגובה עלות אמבולנס רגיל.
4. השירות ינתן (סמן) 12 / 24 שעות ביממה בפריסה ארצית בבית המנוי /או זכאי, השירות לא פועל ביום כיפור. מנוי לילה זכאי להזמין רופא כל יום משעה 19:00 ועד 06:00, שבתות וחגים 24 שעות. החברה מצהירה בזאת כי היא בעלת לחצן המצוקה במידה וסופק והיא מספקת שירותי אחריות תחזוקה ותיקון למכשיר, אלא אם כן נעשה נזק בזדון.
5. התשלום יתבצע באמצעות: (סמן) מזומן/ המחאות/ הוראת קבע/ כרטיס אשראי ב _____ תשלומים של _____ ₪ ועוד **דמי רישום בסך** _____ ₪. מוסכם על ידי הצדדים כי סכום המנוי משולם ב _____ תשלומים ובסה"כ _____ ש"ח. המנוי יחודש אוטומטית לאחר שנה לתקופות נוספות של שישה חודשים בכל פעם ובעת החידוש ישולם המנוי בהוראת קבע, ובלבד שלא ישונו תנאי העסקה ומחירה. מוסכם ומוצהר בזאת כי בעסקה מתמשכת מעבר לשנה יכול המנוי לבטל את ההסכם מתי שירצה בהודעה מוקדמת של 60 יום ללא כל תשלום מעבר לחודשי השירות שהשתמש.
6. תיירים מחו"ל שיתארחו בבית המנוי ו/או זכאי יהיו זכאים לקבלת עזרה ראשונה בבית המנוי, לא כולל פינוי באמבולנס בתשלום של 25 ₪.
7. במידה והחולה יקבל הפניה ע"י רופא החברה באמבולנס. יחתום המנוי על שטר התחייבות לאמבולנס, במידה ואושפז ייגש לקופ"ח שלו עם טופס שחרור לקבלת החזר, במידה ולא אושפז ו/או לא קיבל החזר מקופ"ח, החברה תשלם את מחיר האמבולנס. מוסכם ומוצהר בין הצדדים שאין החזר אמבולנס לחולים כרוניים ולמנוי בודד בתוך המשפחה. החזר רק למנוי משפחתי. מוסכם ומוצהר בזאת בין הצדדים כי החזר הכספי בגין אמבולנס ו/או מונית יוחזר בתוך 60 יום מיום קבלת החשבונית בחברה. במידה ולא תתקבל חשבונית בתוך 60 יום מיום הפניית רופא החברה, יאבד המנוי את זכאותו להחזר כספי.
8. מוסכם ומוצהר ע"י הצדדים כי במידה והמנוי יהא מעוניין לבטל את הסכם ההתקשרות לאחר שחתם על ההסכם, (גם במידה וטרם שולמה מלוא תמורת הסכום) או במהלך תקופת ההתקשרות, מסיבה כל שהיא, יוכל לבטל את המנוי ולשלם בגין ביטול ההסכם פיצוי מוסכם

וידוע מראש של הוצאות עמלת וסוכן, עמלת שווק וטלמרקטינג בסך שלושים אחוז מעלות זמן המנוי שנשאר, וכן בניכוי הוצאות בגין מספר חודשי המנוי שהיה מנוי בפועל עד לבקשת הביטול ודמי רישום. המנוי זכאי לבטל הסכם בתוך 30 יום מכוח החוק. כמו כן מוסכם שהשרות הינו שרות ביטוחי והשימוש והקריאה לרופא אינם מעלים או מורידים לעניין החבות בגין שרותי המנוי, ואין באמור לעיל כדי לשנות מכך. חתימה _____.

9. במידה ומנוי בודד בהסכם ילך לעולמו חו"ח, יהיו רשאים באי כוחו לקבל החזר כספי יחסי לעלות המנוי עד לתאריך פטירה שיכלול זמן שהיה מנוי ודמי רישום. במידה ואחד מיחיד המנוי זכאים ילך לעולמו חו"ח יקבלו הזכאים ו/או המנוי תוספת זמן מנוי יחסי בגין הנפטר. במידה והמנוי ו/או הזכאים יעברו דירה לאזור שאין בו שירות ו/או יעתיקו מגוריהם לחו"ל, יהיו רשאים לבטל ההסכם לפי התחשיב המוזכר בסעיף 8 לגבי ביטול הסכם, במידה והמנוי יעבור לבית אבות או דיור מוגן יבוטל ההסכם ויחושבו העלויות של זמן המנוי ודמי רישום עד ליום בקשת הביטול אך ללא תשלום עמלות ביטול הסכם כמצוין בסעיף 8.

ולראיה באו כל הצדדים על החתום

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

המנוי ובן / בת זוגו _____