



טופס בקשת הצטרפות טלפוני לחברת אימדיקל אונליין בע"מ

סמן את כתב השרות הנבחר: חבילת רפואה דחופה חבילת איכות חיים חבילת היהלום אחר _____ שם הסוכן: _____
 EMEDICARD - סמן את המסלול הנבחר: כסף זהב פלטינה מס' הסוכן: _____

פרטי המנוי:	ת.ז. ID	שם משפחה	שם פרטי	מס' ילדים	מין:	מצב משפחתי	תאריך לידה	
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון בבית	טלפון סלולרי	
משקל	גובה	סוג דם	עישון	אלכוהול	סמים	האם נותחת	צריכת תרופות באופן קבוע?	
פרטי בן זוג:	ת.ז. ID	שם משפחה	שם פרטי	מס' ילדים	מין:	מצב משפחתי	תאריך לידה	
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	טלפון בבית	טלפון סלולרי	מקצוע	עיסוק בפועל	
ילדים	שם משפחה	שם הילד	מס' זהות	תאריך לידה				

פרטים מזהים לשיחה טלפונית: 1. אימייל: _____ 2. קופת חולים בה הינך חבר/ה _____
 3. סוג הביטוח בקופה _____ 4. שם נעורים של אמה _____ 5. שם בייס יסודי _____
 נא ציין איש קשר למקרה חירום: שם מלא _____ טל': _____ אימייל: _____

כל האמור בפסקה זו מתייחס בלשון יחיד אך פונה גם ברבים/ זכר/ נקבה. אני החתום מטה מבקש בזאת לצרף אותי לכתב השירות, כפי שהוסברו לי תנאיו וכפי שיופיעו בצורה מפורטת לאחר הנפקת כתב השרות המפורט, אני מצהיר כי:

- כל התשובות בשאלון הן נכונות ומלאות.
- אני מסכים שהעסקה תתבצע בתיאור סוכנות הביטוח "קלאוזר סוכנות לביטוח (2007) בע"מ".
- ידוע לי כי חברת eMedical Online Ltd מפעילה ומתווכת ביני כמנוי בשירות ובין נותני השירות כגון: רופאים, מרכזים רפואיים וכד' עפ"י כתבי השירות המצורפים.
- אני מאשר ומסכים בזה כי קבלה או דחייתה של הצעתו זו נתון לשיקול דעתה של חברת eMedical Online Ltd היא רשאית לדחות אותה ללא מתן הסבר להחלטה.
- ידוע לי שכתב השרות יכנס לתוקפו רק חודש לאחר שנתקבל בחברת eMedical Online Ltd ואחרי תשלום ראשון וזאת עד לקליטה מלאה של פרטי המנוי.
- ההצטרפות לשירות מחייבת לתקופה של שנה לפחות ותתחדש מידי שנה.
- ביטול המנוי: חברת eMedical Online Ltd תבטל את המנוי לאחר פנייה בכתב למשרדי החברה כפי שיופיעו על כתב השרות וזאת תוך שבועיים מיום קבלת הביטול חתום במשרדי החברה.
- ביטול המנוי עד שבועיים מיום תחילתו לא יחוייב בתשלום.
- אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתי ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי וא לא כל מידע שיוגו לידיעת החברה, יוחזק במאגר מידע ממוחשב בו נוהגת החברה לרכז נתונים בדבר מבוסחיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בסוכנות קלאוזר בע"מ, למאגרי מידע נוספים לצורך מתן שירותים, ניהול תיק לקוח ולצורך הפעילות השוטפת וכן בהתאם לדרישות הדין. אני מסכים כי הנתונים אשר ישמרו במאגר המידע ישמשו לצורך יצירת קשר עימי. לרבות לצורך פנייה בהזמנה להציע הצעות לרכישת מוצרים בסוכנות קלאוזר בע"מ.
- אני מצהיר בזאת כי קראתי והבנתי את ההצטרפות הנ"ל ואני מסכים לכתוב בהן.
- לכירורגים ניתן לפנות למוקד השירות בטלפון: 04-8644555.

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

תאריך התחלת המנוי 01/___/20___	אופן תשלום: <input checked="" type="checkbox"/> חודשי	אופן הגבייה <input type="checkbox"/> אופן הגבייה <input type="checkbox"/>	הוראת קבע (למנוי קיים בלבד) נא לנכות בהוראת הקבע לשם משתמש _____ כרטיס אשראי (מלא פרטים)
--------------------------------	---	---	--

סוג כרטיס: ויזה / אמריקן אקספרס / ישראלר / אחר _____	בנוסף עד: _____	מספר כרטיס אשראי _____
שם בעל הכרטיס: _____	מספר זהות: _____	רחוב _____
כתובת _____	יישוב _____	מספר _____
מיקוד _____		

אני מאשר בזאת כי בעל הכרטיס אישר לי במפורש, שישלם את התשלומים בגין דמי המנוי שרכש באמצעות כרטיס האשראי, אשר פרטיו מפורטים כאן, וכל כרטיס אשראי אחר שיופנק במקום הכרטיס שמספרו נקוב בטופס זה וישא מספר אחר. הודעתי לבעל הכרטיס וקיבלתי את הסכמתו לכך ש- eMedical Online Ltd תהיה רשאית להעביר לחברת כרטיסי חיובים מעת לעת כפי שתפרט לחברת כרטיסי האשראי, בגין דמי מנוי בסכומים ובמועדים לפי הסכם הצטרפות בין בעל המנוי לבין eMedical Online Ltd.

הצהרות של המנוי יש להקריא הצהרה זו ללקוח בטלפון ולהדגיש כי היא חלה על כל המועמדים להצטרפות כולל בני זוג וילדים:

- מנוי רשאי לוותר על הסודיות הרפואית, ולתת הרשאה לאדם או למוסד לקבל מידע מן הרשומה הרפואית שלו. מנויים שרוצים כי מידע רפואי אודותיהם יעבור לגורמים אחרים צריכים להסכים לכך בכתב ובמפורש ולחתום על טופס הנקרא "כתב ויתור על סודיות רפואית".
- כל התשובות המפורטות לעיל הן נכונות ומלאות.
- אני מאשר כי תחילת המנוי תיכנס לתוקף לאחר קבלת אישור eMedical Online Ltd ולאחר שהוראת החיוב הראשונה תשולם במלואה ל- eMedical Online Ltd.
- ידוע לי כי בקשת ביטול או שינוי של המנוי יועבר על ידי בכתב בלבד.

הצהרת הסוכן:

- דיברתי עם הלקוח באופן אישי, קיבלתי את אישורו לצירופו לכתבי השירות המבוקשים עבורו ו/ או עבור בני משפחתו לאחר שהסברתי לו/ה את פרטי התוכנית, התנאים והסייגים בהתאם למכירה ולהוראות החברה.
- המנוי אישר לי מפורשות כי הבין את משמעות ההסברים שקיבל.

תרשומת השיחה:

השיחה נערכה בתאריך ___/___/___ שעה _____ העתק מטופס הצטרפות זה נשלח ללקוח ביום ___/___/___

שם הסוכן _____ מס' סוכן _____ חתימת הסוכן _____