

טופס בקשת הצטרפות 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 _____ אופן תשלום: חודשי / רבעוני / שנתי _____ 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 בעבר?	צריכת תרופות באופן קבועי
מס' בית	מס' יישוב	שם משפחה	שם פרטי	מס' ילדים	מין:	מצב משפחתי	תאריך לידה
רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מקצוע	עיסוק בפועל	טלפון בבית	טלפון סלולרי
ילדים	שם משפחה	שם הילד	מס' זהות	תאריך לידה			
מין							
נ / ז							
נ / ז							
נ / ז							
נ / ז							

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 בביטוח זה מתייחס בלשון יחיד אך פונה גם ברבים, זכר/נקבה. אני החתום מטה מבקש בואת לצרף אותי לכתב השירות, כפי שהוסבר לי תנאיו וכפי שיופיע בצורה מפורטת לאחר התפקת כתב השרות המפורט, אני מצהיר כי:
 א. כל החשבוניות בשאלון הן נכונות ומלאות.
 ב. אני מסכים שהתסקיה התבצע בתיווך סוכנות הביטוח "קלאודג'ר סוכנות לביטוח (2007) בע"מ".
 ג. ידוע לי כי חברת eMedical Online Ltd מפעילה ומתוחכת ביני כמנוי בשירות ובין נותני השירות כגון: רופאים, מרכזים רפואיים וכד' עפ"י כתבי השירות המצורפים.
 ד. אני מאשר ומסכים בזה כי קבלה או דחייתה של הצעתו זו נתון לשיקול דעתה של חברת eMedical Online Ltd והיא רשאית לדחות אותה ללא מתן הסבר להחלטה.
 ה. ידוע לי שכתב השרות יכנס לתוקפו רק חודש לאחר שתקבל בחברת eMedical Online Ltd אחרי תשלום ראשון וזאת עד לקליטה מלאה של פרטי המנוי.
 ו. ההצטרפות לשירות מחייבת לתקופה של שנה לפחות ותחדש מדי שנה.
 ז. ביטול המנוי: חברת eMedical Online Ltd תבטל את המנוי לאחר מנייה בכתב למשרדי החברה כפי שיופיע על כתב השרות וזאת תוך שבועיים מיום קבלת הביטול חתום במשרדי החברה.
 ח. ביטול המנוי עד שבועיים מיום תחילתו לא יחוייב בתשלום.
 ט. אני מצהיר בזה כי הובא לידיעתו ואני מסכים לכך, שהפרטים שמסרתי וא כל מידע שניתן לידיעת החברה, יחוקק במאגר מידע ממוחשב בו נהוגת החברה לרכז נתונים בדבר מבוטחיה, וכי פרטים אלה עשויים להימסר למאגרי מידע בסוכנות קלאודג'ר בע"מ, למאגרי מידע נוספים לצורך מותן שירותים, ניהול תיק לקוח ולצורך הפעילות השוטפת וכן בהתאם לדרישות הדין. אני מסכים כי הנתונים אשר ישמרו במאגר המידע יישמשו לצורך יצירת קשר עפ"י לרבות לצורך פנייה בהזמנה לחציע הצעות לרכישת מוצרים בסוכנות קלאודג'ר בע"מ.
 י. לברורים ניתן לפנות למקד השירות בטלפון: 04-8644555.

חתימת המועמד: _____ ת.ז.: _____
 חתימת בן הזוג: _____ ת.ז.: _____
 תאריך: _____

ויתור על סודיות רפואית: אני הח"מ, נתון בזה רשות לקופת החולים _____ וא/או למוסדותיה, וא/או לעובדיה וא/או לסניפיה, וא/או לרופא המטפל בי בקביעות וכל רופא אחר, ולכל נוף או מוסד אחר ששמו לא נזכר בכתב זה, שמצאתי או אמצא בטופס זה וכן כל הוואים ובתי החולים האחרים, למסור לחברת eMedical Online Ltd וא/או מי ממוסדותיה ו/או מי ממוסדותיה ("המבקש") את כל הפרטים על מצבי הבטיחות, כל מחלה שחלתתי בה בעבר, או שאני חולה בה כיום, וכן כל ממצא ואבחנה הפצויים ברשותי והקשורים למצבי הבטיחות, ולא יומא מן הכלל ובעודה "שיתופית" על ידי המבקש, אני מסרתי כל נוף או אדם שמרטי לעיל מחובות השמירה על סודיות רפואית בכל תנוגע למצבי הבטיחות וא/או מחלתתי וא/או מחלתתי בהקשר האמור לעיל, ולא תחייבה לי כל טענה או בעתה מסוג כל שהוא כלפי כל המוסד מידע למבקש כאמור לעיל וככלפי המבקש עצמו או מי ממוסדותיה בנינוי זה. הני מייפה בואת את כוחו של "המבקש" לאסוף מידע לגבי בהתאם לבקשתי בהתאם להסכם ההצטרפות לשירות אשר טופס זה נשלח לו. כתב ויתור זה מחייב אותי, את עובדי ובהי חוקיקים וכל מי שיבוא במקומי. כתב ויתור זה יחול על ילדי הקטנים ששמתיים פורטו, אם פורטו בהצעה.

חתימת המועמד: _____ ת.ז.: _____
 חתימת בן הזוג: _____ ת.ז.: _____
 תאריך: _____

תשלום באמצעות כרטיס אשראי:

סוג כרטיס: ויזה / אמריקן אקספרס / מאסטרכארט / אחר _____	בתוקף עד: _____	מספר כרטיס אשראי _____
שם בעל הכרטיס: _____	מספר זהות: _____	כתובת: _____
מספר זהות: _____	מספר _____	יישוב _____
מיקוד _____	מיקוד _____	מיקוד _____

שובר זה נחתם על ידי בלי לנקוב במספר התשלומים ובסכומיהם, הואיל וניתנה על-ידי הרשאה לחברת eMedical Online Ltd להעביר למנוי/ת הכרטיס חיובים מעת לעת כפי שתפרטו כפי שתפרט eMedical Online Ltd למנוי/ת. תאריך: _____ חתימת בעל כרטיס האשראי _____

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה
בנק _____	סניף _____	בנק _____
קוד מוסד _____	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה	
4 6 5 8 3		

1. האויה/נהיה רשאים לבטל חיוב, לא יותר מתשעה ימים ממועד החיוב, אם אוכזר/נוכח לבנק, כי החיוב אינו תואם את המודעים או הסכומים שנקבעו בכתב ההרשאה, אם נקבעו.
 2. ידוע לי/לנו כי, הפרטים שצוינו בכתב ההרשאה ומילויים, הם נשאים שעלינו להסדיר עם המוסד.
 3. ידוע לי/לנו כי, סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו, יופיע בדפי החשבון וכי לא תישלח לי/לנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
 4. הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זו, כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו.
 5. הבנק רשאי להוציא/נו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זו, אם תהיה לו סיבה סבירה לכך, ויודיע לי/לנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
 6. נא לאשר לחברת eMedical Online Ltd בסמך המחובר לזה, קבלת הוראות אלה ממני/מאתינו.

הוראה לחיוב חשבון

לכבוד: _____ בנק _____ סניף _____
 כתובת הסניף _____
 1. אני/הח"מ _____ שם בעלי החשבון כמופיע בספרי הבנק _____ מס' זהות/n.p. _____ מרחוב _____ מס' _____ עיר _____
 נותן/תים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוני/נו הנ"ל בסכומים בגין שירותים של חברת eMedical Online Ltd. בסכומים ובמועדים שיומנעו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מנוטי ע"י חברת eMedical Online Ltd. כמפורט מטה ב"פרטי ההרשאה".
 2. ידוע לי/לנו כי:
 א. הוראה זו ניתנת לבטול ע"י הודאה מנוי/ מנתנו בכתב לבנק ולחברת eMedical Online Ltd. שתבטל לנתוק, יום עסקים אחד לאחר מותן ההודעה בבנק וכן ניתנת לבטול עפ"י הוראת כל דין.
 ב. אהיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד, שהודעה על כך תימסר על ידי/נו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.

פרטי ההרשאה

1. סכום החיוב ומועדי ייקבעו מעת לעת ע"י חברת eMedical Online Ltd. עפ"י מודד המחירים לצרכן.
 2. פרטי החיוב _____

סכום לחיוב בודד	מספר חיובים	תדירות החיוב		מועד חיוב ראשון	מועד חיוב אחרון
		סוג	בסיס		
		חודשי			
		דו-חודשי			
				

אישור הבנק

מספר חשבון בנק	סוג חשבון	קוד מסלוקה
בנק _____	סניף _____	בנק _____
קוד מוסד _____	אסמכתא/מס' מזהה של הלקוח בחברה	
4 6 5 8 3		

מקור טופס זה על שני חלקיו יישלח לסניף הבנק. חתוק הימנו ייסגר למשלים. _____ סניף _____ בנק _____ בכבוד רב, _____ תאריך _____

לכבוד _____ אימדיקל אונליין בע"מ
 פל-ים 2 בניו ברוש, חיפה, 33095
 קבלנו הוראה מ _____
 לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מנוטי שתיצאו לנו מדי פעם בפעם, ואשר מספר חשבוני/נום בבנק יהיה זהה, והכל בהתאם למפורט בכתב ההרשאה, רשמנו לפנינו את ההוראות, ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת, וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצועו. כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב על-ידי בעלי/ה החשבון או כל עוד לא הוצאו/בעלי החשבון מן הסדר. אישור זה לא יפעל בהתייבותכם כלפינו, לפי כתב השפוי שנתחם על ידכם.