

"תוכנית השחר של מירב למחלימים מסרטן" לעמית קופת חולים מאוחדת

1. פרוט טיפולים לעמית מאוחדת

אנו שמחים לבשר כי הנך זכאי להבראה בת 7 ימים במסגרת "מאוחדת" לאחר טיפול אונקולוגי, בתשלום השתתפות עצמית של 250 ש"ח ליום (ובסה"כ 1750 ש"ח לכל התוכנית כולל מע"מ).

המחירים כוללים:

- פנסיון מלא כולל: 3 ארוחות ביום
- מפגשים/הרצאות/סדנאות – עד 24 שעות במהלך השבוע (כ 8-10 מפגשים)
- אירוע חברתי – מסיבה/טיול/אחר
- הנך זכאי להשתמש במתקני המלון ללא תשלום (למעט פעילויות ומתקנים עליהם גובה המלון תשלום נפרד)
- רכישת מוצרים ושירותים **נוספים** בבית המלון אינה כלולה במסגרת שרותי "מאוחדת"

2. אופן מימוש הזכאות של מבוטח קופת חולים מאוחדת

"שחר – המקום לתמיכה והעצמה" מציעה לך תכנית המאפשרת לך לממש את זכאותך ל 7 ימים באופן הבא:

- 6 ימים רצופים בתנאי לינה
- 1 יום נוסף לאחר מספר חודשים – המיועד למפגש מקצועי להמשך תהליך חיזוק החוסן הנפשי

בכל מקרה, רשאית "שחר" להחליט, על פי שיקול דעתה המקצועי בלבד, לקיים את הפעילות במתכונת של 7 ימים רצופים

3. פרוט ההזמנה של הח"מ

הריני מאשר בזאת ל"שחר- המקום לתמיכה והעצמה" לחייב אותי בגין רכישת השירותים הבאים, במחירים בלעדיים למבוטחי קופת חולים מאוחדת, כמפורט להלן (נא להשלים את העלויות לשירותים נוספים, בהתאם לצרכיך, כפי שסיכמת בפנייתך עם נציג "שחר"):

| עלות הזמנה זאת (ש"ח) | סוג השרות / מוצר |
|----------------------|--|
| 1,500 ש"ח (ל-6 ימים) | מחיר ליחיד בחדר עם משתתף נוסף בתוכנית * |
| | תוספת מחיר ליחיד בחדר (ללא משתתף נוסף באותו חדר) ** |
| | אפשרות להצטרפות בן זוג לכל 6 ימי התכנית (השתתפות בסדנאות רלוונטיות) ** |
| | סה"כ |

* הפעילות היא ל-6 ימים רצופים. הנך יכול לממש את זכאותך ליום פעילות נוסף שיתקיים לאחר מספר חודשים בתשלום של דמי השתתפות עצמית בסך 250 ש"ח ש"ח
 ** העלויות מתעדכנות מעת לעת. יש לקבל מידע עדכני בפנייתך לשחר

שחר המקום לתמיכה והעצמה

טלפון: 072-2427722 פקס: 072-2118441

Shachar3@012.net.il

www.4life.org.il

4. טופס הרשמה והתחייבות - מבוטח קופת חולים מאוחדת

א. פרטי זיהוי:

- שם פרטי _____ שם משפחה _____
 - מספר ת.ז. _____
 - תאריך לידה _____ / _____ / _____
 - כתובת כולל מיקוד: _____
 - כתובת דואר אלקטרוני: _____
 - טלפון: _____
 - טלפון נייד: _____
 - פקס: _____
 - פרטים נוספים: _____
- נדרשת תזונה מיוחדת? פרטי: _____
- אחר: _____

ב. פרטי תשלום

- מחיר התוכנית על פי המפורט לעיל: _____ ₪
- תאריך התוכנית: _____ מס' מחזור _____

על מנת שנוכל לשריין עבורך את המקום, יש להשלים את תהליך העברת פרטי כרטיס האשראי למשרד שחר בטלפון 072-2427722 למען הסר ספק, אישור סופי על השתתפותך בתכנית יינתן רק לאחר התשלום הכספי במלואו.

- ניתן לשלם בתשלום אחד בכרטיס אשראי, או מזומן (במקרה של תשלום במזומן, ימסרו פרטי כרטיס האשראי במעמד ההרשמה, כבטחון)
- עבור 3 תשלומים – תוספת של 50 ₪

שחר המקום לתמיכה והעצמה

טלפון: 072-2427722 פקס: 072-2118441

Shachar3@012.net.il

www.4life.org.il

ג. תנאי הרשמה והשתתפות

- א. מספר המקומות בתוכנית הינו מוגבל ואישור ההרשמה הוא על בסיס מקום פנוי בלבד.
- ב. הרשמה זו בתוקף רק לאחר אישורה ע"י החברה (בכפוף להנחיות קופת חולים מאוחדת)
- ג. המחיר כולל השתתפות בתוכנית כמפורט בסעיף 1 לעיל.
- ד. המחיר הינו ליחיד בחדר עם משתתף נוסף מהתכנית באותו החדר.
- ה. חשוב לנו לבצע עבורך הזמנה מוקדמת בבית המלון כדי להבטיח עבורך מקום וחדר מתאים.
- ו. יחד עם זאת אנו מחויבים לתנאי ביטול מול בית המלון כמפורט:
 - ביטול ההזמנה אפשרי עד 14 ימים לפני תחילת התוכנית בכפוף לתשלום דמי טיפול בסך של 395 ₪.
 - ביטול ההזמנה בתוך 8-14 ימים לפני תחילת התוכנית יחויבו ב- 50% מהתשלום.
 - ביטול ההזמנה בתוך 7 ימים לפני תחילת התוכנית יחויבו בתשלום מלא.
- ז. טיפולים ושירותים נוספים מעבר למפורט בסעיף 1 לעיל יחויבו בתשלום נפרד.
- ח. החברה אינה מתחייבת לקבל כל הרשמה לתוכנית.
- ט. החברה שומרת לעצמה את הזכות לערוך שינויים בתוכנית ובלבד שתכלול את מספר הסדנאות /פעילויות במהלך השבוע.
- י. נזק אשר יגרם ע"י משתתף בתוכנית ישולם על ידו במלוא עלות הנזק.
- יא. **המשתתף בתכנית יחתום על טופס "תנאי הביטוח" במעמד ההגעה והקליטה שלו ביום הראשון לתכנית**
 - יב. החברה זכאית לבטל או לשנות את תנאי הרישום לתוכנית בכל עת.
 - יג. המשתתף בתוכנית מצהיר ומאשר כי מצבו הבריאותי מאפשר את השתתפותו בתוכנית.
 - יד. המשתתף בתוכנית מצהיר ומאשר כי ידוע במפורש שהתוכנית אינה כוללת ו/או מעניקה טיפולים רפואיים.
 - טו. החברה אינה אחראית לכלל הרעה אשר תיגרם במצבו הרפואי של המשתתף בתוכנית.
 - טז. יש לצרף לטופס זה את מכתב הרופא האונקולוג המאשר השתתפות המחלים בתוכנית

שם מלא וחתימה

ת.ז

תאריך

שחר המקום לתמיכה והעצמה

טלפון: 072-2427722 פקס: 072-2118441

Shachar3@012.net.il

www.4life.org.il