



פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות

בריאות מושלמת לחופא לחברי/עובדי הר"י
ובני משפחותיהם



קבוצת מדנס.

תחיה את החיים. אנחנו איתך.



תוכן עניינים

3	הבהרות כלליות
4-10	גילוי נאות – חלק א' ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה
11-16	גילוי נאות – חלק ב' ריכוז הכיסויים בפוליסה
17-36	תנאים כלליים
37-57	הכיסויים בפוליסה
37-38	פרק א'(1) - ניתוח פרטי בארץ- מסלול מלא "מהשקל הראשון"
39-40	פרק א'(2) - ניתוח פרטי בארץ מסלול שב"ן
40-42	פרק ב' – טיפול חלופי לניתוח פרטי בארץ
42-44	פרק ג' – ניתוח פרטי בחו"ל
44	פרק ד' – התייעצות עם רופאים מומחים
44-47	פרק ה' – השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל
47	פרק ו' – שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים
47	פרק ז' - מנוי למשדר קרדיולוגי
48	פרק ח' – בדיקות אבחנתיות
49	פרק ט' – בדיקות תקופתיות
49-50	פרק י' – בדיקות הריון
50-56	פרק י"א – תרופות מיוחדות
56	נספח א' – פרק ו'
57-59	דף הרשימה
60	נספח ב' – הצהרת בעל הפוליסה
61	אופן הגשת תביעה

דצמבר 2015

**תוכנית "בריאות מושלמת לרופא"
לחברי ועובדי הר"י ובני משפחותיהם**

מבוטח יקר,

אנו מברכים אותך על הצטרפותך לתוכנית הבריאות מבית מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, אשר נבנתה במיוחד עבור חברי ועובדי הר"י, ובני משפחותיהם.

תוכנית הביטוח שלפניך מיועדת להעניק לך כיסוי לאירועים רפואיים מורכבים ויקרים, כגון ניתוחים בארץ ובחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל ועוד.

תוכנית הביטוח המוצעת הינה ביטוח פרטי במסגרת קבוצתית ואינה מכתבה תלות ברופא מסוים או בבית חולים מסוים; אנו מציעים לך קשת רחבה של מומחים, מנתחים ובתי חולים כך שתוכל לבצע פרוצדורות רפואיות רבות אצל מיטב המומחים וזאת על פי בחירתך.

הר"י, מנורה מבטחים וסוכנות מדנס מעניקות לך שקט נפשי ומבטיחות כי ברגעים החשובים באמת אתה ובני משפחתך לא תהיו לבד!

**צוות סוכנות הביטוח מדנס עומד לרשותכם בכל שאלה
בטלפון מספר 03-6380223.**

בברכת בריאות טובה לכם ולבני ביתכם,

תחום בריאות

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

הבהרות כלליות

1. כל תשלומי השיפוי, לכל הפרקים, מותנים באישור ההוצאה בפועל של המבוטח.
2. השיפוי יאושר כנגד הגשת קבלות מקוריות בלבד.
3. כל סכומי השיפוי נקובים בשקלים חדשים וכוללים מע"מ.
4. לידועה בציבור של חבר או עובד הר"י, קרי: מי שחיה עמו חיי משפחה במשק בית משותף אך אינה נשואה לו, תקף הכיסוי על פי הפוליסה, ובלבד שהחבר / עובד הר"י, יודיע על כך בכתב, בטופס עדכון פרטים כשהוא חתום על ידו, למחלקה המשפטית / תחום ביטוח, ההסתדרות הרפואית בישראל, מגדל התאומים 2, רח' ז'בוטינסקי 35, ת.ד. 3566, רמת גן 52136, אזי, היא בלבד תהיה בת זוגו לצורך הכיסוי הביטוחי למשך תקופת הביטוח.
5. אלמנת חבר או עובד הר"י תהיה זכאית להמשיך בביטוח בתנאי שתמלא טופס הצטרפות אותו ניתן לקבל במדנס סוכנות לביטוח, רח' השלושה 2, תל אביב 67060.
6. כל הסכומים הנקובים במסמך זה הם צמודי מדד חודש מאי 2015 (12292 נק') שפורסם ביום 15/06/2015.

תביעות

מבוטח המעוניין להגיש תביעה לפי הפוליסה יפנה לצורך קבלת טופס תביעה, לאגף הבריאות, מדנס סוכנות לביטוח בע"מ, רח' השלושה 2, תל-אביב 67060, מס' טלפון 03-6380468.

תקופת הביטוח והכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח יסתיימו במועד סיום או ביטול הסכם זה, או במועד סיום העסקתו או חברותו של חבר או עובד הר"י אצל בעל הפוליסה או בפטירתו ח"ו, וכן על פי סעיפי הביטול בפוליסה ו/או תקופת הביטוח המצוינת בפוליסה – לפי המוקדם מביניהם.
האמור לעיל מתייחס לגברים ולנשים כאחד.
האמור לעיל, הוא מידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.

גילוי נאות

חלק א' – ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה:

תנאים	סעיף	
ביטוח בריאות מושלמת לרופא לחברי/עובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם לכיסוי הוצאות רפואיות. ניתוחים בארץ (שקל ראשון או שב"ן), מחליפי ניתוח, ניתוחים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל ושירותים אמבולטוריים	שם הפוליסה	כללי
ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן: "הר"י")	שם בעל הפוליסה	
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ	שם המבטחת	
<ul style="list-style-type: none"> מבוטחים קיימים יצורפו לביטוח באופן אוטומטי לביטוח במסלול מלא תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד 28/01/2016. מבוטחים קיימים יהיו זכאים לעבור ממסלול מלא למסלול שב"ן בכל עת. במידה והמעבר יבוצע בתוך 60 ימים מיום תחילת הביטוח, יהיו זכאים המבוטחים להיות מבוטחים במסלול שב"ן באופן רטרואקטיבי מיום תחילת הביטוח ויהיו זכאים להחזר בגין הפרמיות העודפות שנגבו. עובדים/חברים אשר הפכו עובדים/חברים לראשונה החל מיום 01/01/2016 ואילך אשר יבקשו להצטרף לביטוח תוך 180 יום ממועד הצטרפותם לראשונה להר"י: החל מהאחד בחודש העוקב ליום קבלת ההצעה במשרד הר"י. מצטרפים לביטוח לפי סעיף יהיו פטורים ממילוי הצהרת בריאות. <p>חברי הר"י שלא הצטרפו לביטוח לפי האמור לעיל, וכן הזכאים להצטרף לביטוח בהתאם להגדרת "מבוטח" נדרשים למלא הצהרת בריאות לשביעות רצונו של המבטח.</p>	רשאים להצטרף לביטוח	
פרק א' (1) ניתוח פרטי בארץ- מסלול מלא "מהשקל הראשון" פרק א' (2) ניתוח פרטי בארץ – מסלול שב"ן פרק ב' - טיפול חלופי לניתוח פרטי בארץ פרק ג' - ניתוח פרטי בחו"ל פרק ד' - התייעצות עם רופאים מומחים. פרק ה'- השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל פרק ו'- שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים	הכיסויים בפוליסה	

סעיף	תנאים
	<p>פרק ז' - מנוי למשדר קרדיולוגי</p> <p>פרק ח' - בדיקות אבחנתיות</p> <p>פרק ט' בדיקות תקופתיות</p> <p>פרק י' - בדיקות הריון</p> <p>פרק י"א - ביטוח לתרופות מיוחדות</p> <p>* יובהר כי בטרם מתן שיפוי בעד ביצוע השתלה, תבחן "מנורה מבטחים" אם ההשתלה בוצעה בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה: 1. נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה. 2. מתקיימות הוראות החוק הנ"ל לעניין איסור סחר באיברים.</p>
כללי	<p>01/01/2016 – 31/12/2020</p> <p>יובהר, כי בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, תנאי הפוליסה נכנסים לתוקף ביום 28/01/2016. עד לתאריך זה ימשיכו לחול תנאי הפוליסה הקודמת.</p>
המשכיות	<p>במקרה של הפסקת חברות ו/או עזיבת מקום העבודה, או בעת סיום תקופת הביטוח ואי חידושו אצל המבטחת או בחברה אחרת לכלל המבוטחים או לחלקם - המוקדם מביניהם, יהיו רשאים מי שהיו מבוטחים להמשיך בביטוח פרט, בתנאים שהיו קיימים אצל המבטח באותה העת ובהנחה של 20% ל-5 שנים מפרמיית הפרט, ללא צורך בחיתום רפואי לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים וללא צורך בתקופת אכשרה נוספת, אם יבקשו זאת תוך 180 יום ממועד העזיבה/סיום תקופת הביטוח, לפי העניין.</p> <p>במקרה של אי חידוש ההסכם עבור כלל המבוטחים או חלקם תינתן הנחה של 25% למשך 3 שנים מדמי הביטוח אשר יהיו נהוגים באותה העת בפוליסת פרט בעלת כיסויים חופפים.</p> <p>יובהר כי, ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p> <p>תחילת תקופת הביטוח בביטוח הפרט תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.</p>
תנאים לחידוש אוטומטי	אין
תקופת אכשרה	<p>תקופה רציפה של 90 יום לגבי כיסויי הפוליסה, למעט הכיסויים הבאים בהם תחול תקופת אכשרה כמפורט להלן: תקופה רציפה של 12 חודשים בגין ניתוחים מניעתיים, תקופה של 270 יום לגבי בדיקות הריון.</p> <p>תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופות ביטוח</p>

סעיף	תנאים																														
	רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. במידה והמבוטח יצא לשנת שבתון או להשתלמות עמיתים, תוקפא הפוליסה למשל תקופה שלא תעלה על שנתיים ועם סיום ההקפאה לא תחול תקופת אכשרה מחדש.																														
כללי	אין																														
השתתפות עצמית	המבוטח נדרש בהשתתפות עצמית בפרקים הבאים: פרק ד'- התייעצות עם רופאים מומחים - התייעצות בארץ - יש, כמפורט בכיסוי. פרק י"א – ביטוח לתרופות מיוחדות - התייעצות בארץ - יש, כמפורט בכיסוי.																														
שינוי תנאים	אין. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 3.2 לפוליסה והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 90 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 90 הימים כאמור.																														
פרמיות	פרמיה חודשית לביטוח (בש"ח), עד לתאריך 29.2.16 לפי המדד הידוע ביום 15/06/2015 (12292 בנק): למבוטח שהינו חבר/עובד הר"י בנים/בנות של חברי הר"י, אחים ואחיות של חברי הר"י, ובני משפחותיהם:																														
	<table><tr><th colspan="3">מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)</th><th colspan="3">מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)</th></tr><tr><th>גיל*** המבוטח</th><th>בחד</th><th>* משפחה</th><th>**משפחה חד הורית</th><th>בחד</th><th>*משפחה</th></tr><tr><td>עד 35</td><td>62.6</td><td>125</td><td>91.2</td><td>53</td><td>106</td></tr><tr><td>36-45</td><td>91.2</td><td>182.5</td><td>138</td><td>77.4</td><td>155</td></tr><tr><td>46 ומעלה</td><td>120</td><td>240</td><td>177</td><td>102</td><td>203.6</td></tr></table>	מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)			מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)			גיל*** המבוטח	בחד	* משפחה	**משפחה חד הורית	בחד	*משפחה	עד 35	62.6	125	91.2	53	106	36-45	91.2	182.5	138	77.4	155	46 ומעלה	120	240	177	102	203.6
מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)			מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)																												
גיל*** המבוטח	בחד	* משפחה	**משפחה חד הורית	בחד	*משפחה																										
עד 35	62.6	125	91.2	53	106																										
36-45	91.2	182.5	138	77.4	155																										
46 ומעלה	120	240	177	102	203.6																										

תנאים					סעיף	
למרות האמור לעיל, מבוטח בודד שהינו בן של חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועד וגילו בין 21 ל- 35 שנים:						
מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)		מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)				
גיל*** המבוטח		בודד		בודד		
21 עד 35		21.2		18		
למבוטח שהינו הורה של חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועד:						
מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)		מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)				
גיל*** המבוטח		בודד		*משפחה		בודד
עד 65		190		380		161
66 ומעלה		247		493		210
פרמיה חודשית לביטוח (בש"ח), החל מתאריך 1.3.16 לפי המדד הידוע ביום 15/06/2015 (12292 בנק):						
למבוטח שהינו חבר/עובד הר"י בנים/בנות של חברי הר"י, אחים ואחיות של חברי הר"י, ובני משפחותיהם:						
מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)		מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)				
גיל*** המבוטח		בודד		*משפחה		**משפחה חד הורית
עד 35		68		136		99
36-45		99		198		150
46 ומעלה		130		260		192

סעיף				תנאים			
				למרות האמור לעיל, מבוטח בודד שהינו בן של חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועד וגילו בין 21 ל- 35 שנים:			
				מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)		מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	
				גיל*** המבוטח		בודד	
				21 עד 35		23	
				בודד		20	
				למבוטח שהינו הורה של חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועד:			
				מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)		מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	
				גיל*** המבוטח		בודד	
				21 עד 65		175	
				66 ומעלה		224	
				מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)		מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	
				גיל*** המבוטח		בודד	
				21 עד 65		175	
				66 ומעלה		224	
				בודד		20	
				*משפחה			
				גיל*** המבוטח		בודד	
				21 עד 65		175	
				66 ומעלה		224	
				בודד		20	
				**משפחה - זוג מבוטחים וכל ילדיהם עד גיל 21.			
				***משפחה חד הורית" - מבוטח וכל ילדיו עד גיל 21.			
				****גיל המבוטח" בתעריף משפחתי - יקבע על פי גילו של ההורה המבוגר ביותר.			
				פרמיה משתנה על פי גיל המבוטח			
מבנה הפרמיה				פרמיה משתנה על פי גיל המבוטח			
שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח				התאמת פרמיה			
				לאחר 36 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח (להלן: "תקופת החשבון") תהא רשאית המבטחת להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם זאת על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה המפורטת להלן:			
				הכנסות: 85% מכל הפרמיות ששולמו בתקופת החשבון, כשהן משוערכות למדד.			
				הוצאות: סך כל הסכומים ששולמו עבור עמלות סוכן, תביעות (לרבות כתבי שירות) בגין מקרי ביטוח שאירעו בתקופת החשבון, ובגין תביעות תלויות (לרבות IBNR), כשהם משוערכים למדד.			

סעיף	תנאים
	<p>הפסדים: הסכום בו עולות ההוצאות על ההכנסות.</p> <p>בכל מקרה, שיעור ההתאמה לא יעלה על 20% מדמי הביטוח הקיימים באותו מועד.</p> <p>אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, כאמור לעיל, תותאם הפרמיה בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח (להלן: "הפרמיה החדשה") בכפוף לאמור לעיל.</p> <p>לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיות שנקבעו לתקופת החשבון למעט הצמדתן למדד.</p>
תנאי ביטול	<p>ביטול על ידי המבוטח</p> <p>המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטח.</p>
	<p>ביטול על ידי המבטחת</p> <p>לא שולמה פרמיה במועדה כאמור בסעיף 8 לפוליסה, לאחר ששולמה הפרמיה הראשונה, יהא המבטח זכאי לבטל את הפוליסה בכפפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.</p>
חריגים	<p>המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג, כמפורט בסעיפים 7.2.2 ו- 7.2.3. לפוליסה. סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p><u>65 שנים או יותר</u> - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>על אף האמור בסעיף 7.2.2 לפוליסה, הסייג הנקוב בסעיף 7.2.1, בשל מצב רפואי מסוים שפורט ברשימה לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה ברשימה לצד אותו מצב רפואי מסוים. הסייג הנקוב בסעיף 7.2.1 לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש ברשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח. אם נשאל המבוטח בהצהרת הבריאות על מצב בריאות ולא גילה את מצבו, יחולו לגביו כללי הגילוי על פי הוראות כל דין. להסרת ספק, לגבי מבוטחים קיימים תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח לעניין</p>

תנאים	סעיף	
מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם וכל זאת לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים שבין הביטוח הקודם לפוליסה זו. לגבי מבטחים שאינם מבטחים קיימים, תאריך תחילת הביטוח של כל מבטח לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה מועד הצטרפותו של המבטח לפוליסה זו.		
כמפורט בסעיף 7 לתנאים הכלליים בפוליסה, וכן בפרקים כמפורט להלן: פרק ב'- סעיפים 7-11 פרק ג'- סעיף 3 פרק י"א- סעיף 6	סייגים לחבות המבטחת	
המבטח יוכל לקבל מידע על פירוט תגמולי הביטוח באתר האינטרנט של המבטחת www.menoramivt.co.il ו/או באמצעות מוקד המידע הטלפוני של המבטחת שמספרו 2000*.	פירוט תגמולי ביטוח	
מבוטח יקר, אנו מציעים לך לבחון, האם הנך מבוטח/ת בפוליסת בריאות נוספת בחברתנו, והאם את/ה זקוק/ה ליותר מפוליסת בריאות אחת.	כפל ביטוח	
כמפורט בנוהל הגשת תביעה בסופה של החוברת.	אופן הגשת תביעה	

חלק ב' – ריכוז הכיסויים בפוליסה ונספחיה ומאפייניהם:

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מגן דאוד" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק א' (1) - ניתוח פרטי בארץ- מסלול מלא "מהשקל הראשון"					
שיפוי מלא לנותני שירות שבהסכם. לנותני שירות שלא בהסכם, לרבות מנתח, שיפוי עד תקרת הסכום המשולם לנותני שירות שבהסכם.	-	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הכיסוי כולל: הוצאות אשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת עד 26,518 ש"ח, אחות פרטית עד 14 ימים ועד 400 ש"ח ליום, אמבולנס ותרופות במהלך אשפוז.	-	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פרק א' (2) - ניתוח פרטי בארץ מסלול שב"ן					
שיפוי המבוטח מעבר לכיסוי הניתן על ידי השב"ן בו המבוטח חבר.	-	שיפוי	-	משלים	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
הכיסוי כולל: הוצאות אשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת עד 26,518 ש"ח, אחות פרטית עד 14 ימים ועד 400 ש"ח ליום, אמבולנס ותרופות במהלך אשפוז.	-	שיפוי	-	משלים	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
--------------	---------------	----------------	---	------------------------	--------------------------

פרק ב' – טיפול חלופי לניתוח פרטי בארץ

טיפול חלופי לניתוח פרטי בארץ – שיפוי בגין הוצאות הטיפול החלופי שיבוצע בישראל עד תקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם של המבטח, עבור הניתוח שתחליף הניתוח בא להחליף או עלות הניתוח אותו מחליף הטיפול החלופי, כפי שמשולם ע"י המבטח לנותני שירות שבהסכם עבור הניתוח, הנמוך מביניהם.	-	שיפוי	-	מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
--	---	-------	---	------	-------------------------------

פרק ג' – ניתוח פרטי בחו"ל (כיסוי לכל סוגי הניתוחים)

נותני שירות שבהסכם – שיפוי מלא בבתי חולים בחו"ל נותני שירות שלא בהסכם – עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם ו/או רופאים מרדימים בהסכם של המבטח, עבור הניתוח שבוצע. בדיקה פתולוגית, תותבת: 26,518 ש"ח שהיית מלווה באשפוז מעל 10 ימים – 50% מהוצאות השהיה של שני מלווים במקרה של קטין מבוטח ומלווה אחד לבגיר, עד ל- 530 ש"ח ליום, לאדם, החל מהיום אחד עשר לאשפוז ועד	שהיית מלווה 50%	שיפוי	השיפוי המלא מותנה באישור מראש של "מנורה", אחרת ישולם החזר בגובה הסכום שהיה משולם לנותני שירותים	מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
--	-----------------	-------	---	------	-------------------------------

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
ליום ה- 40 לאשפוז (סה"כ עד תקרה של 30 ימים). במקרה שתקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 10 ימים יכוסו גם הוצאות הטסה.			שבהסכם		
פרק ד' - התייעצות עם רופאים מומחים					
התייעצות בארץ – 2 התייעצויות לפני ניתוח או אחת במקרה של גילוי מחלה קשה. השתתפות עצמית של 212 ש"ח.	התייעצות בחו"ל – ישולם ישירות ע"י המבטח בניכוי השתתפות עצמית 20% ולא יותר מ- 3,500 ש"ח. התייעצות עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל בדרך אחרת, ישולם שכר טרחת הרופא בגין התייעצות בניכוי השתתפות עצמית בסך 20% ולא יותר מ-4,500 ש"ח.	212 ש"ח להתייעצות	שיפוי	תנאי מוקדם לזכאות על פי סעיף זה הינו כי המבוטח הודיע למבטחת 14 יום מראש על כוונתו לקיים התייעצות	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פרק ה' - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
עד 5,658,548 ש"ח להשתלה, במקרה של קיום השתלה/ות חוזרת/ות, הסכום המרבי לשיפוי הינו עד 6,790,378 ש"ח. כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה.	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בדרגת מנהל/	תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
עבור טיפול מיוחד - 850,000 ש"ח.			סגן מנהל מחלקה		
גמלת החלמה לאחר השתלה: 7,073 ש"ח למשך 24 חודשים (למבוטח מעל גיל 21 בלבד).	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
פרק ו' - שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים					
שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים בהתאם לתקרת ההחזרים כמפורט בפוליסה.	-	שיפוי	-	מוסף	אין קיזוז
פרק ז' - מני למשדר קרדילוגי					
שיפוי בגין הוצאותיו בפועל אך לא יותר 4,951 ש"ח לשנה, עד 5 שנים.	-	שיפוי	-	מוסף	אין קיזוז
פרק ח' - בדיקות אבחנתיות					
המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציא המבוטח בגין מקרה/מקרי הביטוח ועד תקרה של 15,000 ש"ח לכלל הבדיקות.	25%	שיפוי	-	מוסף	יש קיזוז
פרק ט' - בדיקות תקופתיות					
החזר הוצאות בעבור בדיקה תקופתית למבוטח יהיה בשיעור של 50% מעלות ההוצאה בגינה בפועל, וזאת אחת לשלוש שנים.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק י' - בדיקות הריזון					
סריקה על קולית לסקירת מערכות העובר- המבטח ישלם 80% מההוצאות בפועל ולא יותר מסך 1,350 ש"ח.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיזוז
פרק י"א - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי					
סכום השיפוי בגין תרופות כמפורט בסעיפים 2.1-2.3 עד לסך של 2,000,000 ש"ח לתקופת ביטוח של 5 שנים. בגין רכישת תרופות כמפורט בסעיפים 2.4-2.6 תשפה המבטחת את המבוטח עד לסכום שיפוי מירבי בסך 40,000 ₪ לכלל מקרי הביטוח בתקופה של 12 חודשים, ולא יותר מסכום ביטוח מירבי של- 200,000 ₪ בגין כלל מקרה הביטוח בתקופת ביטוח של 5 שנים	300 ש"ח מסכום ההוצאה למרשם שניתן למבוטח	שיפוי	אישור מראש של "מנורה" לרכישת התרופה	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה

ביטוח תחליפי - ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).

ביטוח משלים - ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.

ביטוח מוסף - ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

נספח "גילוי נאות" הוא למידע בלבד, ואינו מהווה חלק מהפוליסה. התנאים הקובעים הינם כמפורט בתנאי הפוליסה ובכל מקרה של סתירה, יגבר האמור בפוליסה.

**בריאות מושלמת לרופא
לחברי/עובדי הר"י ובני משפחותיהם
פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות**

ניתוחים בארץ (שקל ראשון או שב"ן), מחליפי ניתוח, ניתוחים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל ושירותים אמבולטוריים

פוליסה זו תחול על כל מי שהוא עובד הרי או חבר הר"י הזכאי להצטרף לביטוח על פי תקנונה ונהליה ומשלם דמי חבר באופן שוטף ורצוף, ואשר בוטח על פי ביטוח הבריאות הבסיסי לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם (להלן: הביטוח הבסיסי) וביקש את הוספת פוליסה זו, וכל עוד הביטוח הבסיסי בתוקף עבורו. במידה והביטוח הבסיסי יבוטל ע"י בעל הפוליסה ו/או המבוטח ו/או על ידי המבטח מהסיבות המוגדרות בביטוח הבסיסי תבוטל גם פוליסה זו ולא תהיה ברת תוקף מיום הביטול.

מבוא

מוסכם ומוצהר בזאת כי תמורת תשלום דמי ביטוח, כמפורט ברשימה, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן בכל פרק מפרקי הביטוח, ובהתאם להצהרות המבוטח, ישפה המבטח את המבוטח ו/או ישלם ישירות לספקי השירות ו/או יפצה את המבוטח - הכל בהתאם למחויבויות המבטח על פי כל אחד מפרקי הביטוח.

1. הגדרות

בפוליסה זו, אם לא נאמר במפורש אחרת:

- 1.1. **המבטח/ת** - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
- 1.2. **המבוטח** - חברי הר"י, עובדי הר"י אשר שמם נקוב ברשימה ו/או הוריהם עד גיל 65 (במועד תחילת הביטוח) ו/או ילדיהם מעל גיל 21 (במועד תחילת הביטוח) ו/או אחיהם/אחיותיהם עד גיל 65 (במועד תחילת הביטוח), ובלבד שהינם מבוטחים בביטוח הבסיסי (כמוגדר להלן) ובכפוף לאמור בסעיף 2.
- 1.3. **"מבוטח קיים"** - מי שהיה מבוטח בהסכם לביטוח "ביטוח בריאות בסיסי" החל מיום 01/12/2010 או ממועד מאוחר יותר שנערך על ידי המבטח עבור עובדי/חברי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 28/01/2016 (להלן: **"הביטוח הקודם"**).
- 1.4. **בעל הפוליסה** - ההסתדרות הרפואית בישראל. (להלן: **"הר"י"**)
- 1.5. **משפחה** - בן/בת זוג של המבוטח ו/או ידועה/בציבור של המבוטח ו/או אלמן/ה של מי שהיה טרם פטירתו חבר הר"י/ עובד הר"י/ ו/או ילדיהם עד גיל 21, ואשר שמותיהם נקובים ברשימה. לעניין סעיף זה **ידועה/בציבור** - מי שחי

ומקיים חיי משפחה ומשק בית משותף עם חבר/עובד הר"י ובלבד שהאחרון יצהיר על כך בכתב ויטעים כי הוא/היא בלבד יהיו בן/בת הזוג לצורך הכיסוי הביטוחי לכל תקופת הביטוח.

1.6. הצעת הביטוח - טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המבוטח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחיד משפחתו. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה ע"י המבוטח וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח.

1.7. דף פרטי ביטוח - דף המצורף לפוליסה, המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה, והכולל, בין היתר, את מספר הפוליסה, פרטי בעל הפוליסה, פרטי המבוטחים, מועד תחילת תקופת הביטוח ותקופת הביטוח לגבי כל מבוטח, דמי הביטוח, שם סוכן הביטוח במידה וקיים, הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסוים לרבות חריגים בשל מצב רפואי במידה וקיימים, תוספות חיתומיות במידה וקיימות, וכיו"ב. **דף פרטי ביטוח זה מהווה את הסכמת המבטחת בכתב לבטח את המבוטחים שפרטיהם רשומים בו בכיסויי הביטוחיים הרשומים על שמם, והכל בסייגים הרשומים בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.**

1.8. דמי הביטוח/הפרמיה - הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט ברשימה.

1.9. מקרה ביטוח - אירוע כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפי העניין, בגינו זכאי המבוטח לקבל מאת המבטח תגמולי ביטוח, הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים בפוליסה.

1.10. ניתוח - כל פעולה פולשנית-חודרנית (Invasive Procedure), לרבות באמצעות ליזר ו/או שימוש בטכנולוגיות חדשות שלא היו ידועות במועד תחילת הביטוח ו/או שימוש בטכנולוגיות פיזיקליות חדישות שלא היו ידועות במועד תחילת הביטוח, אשר מטרתה טיפול במחלה ו/או ריפוי מחלה או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות - חודרניות כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן ליזר, לאבחון או לטיפול - כולל הראיית אברים פנימית (Endoscopy למיניהן), צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה.

"הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 02/2004 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

- 1.11. **ניתוח אלקטיבי** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף.
- 1.12. **בית חולים** - מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים הרשאי לבצע את השירות הרפואי הנדון, לפי העניין.
- 1.13. **בית חולים פרטי** - בית חולים שאינו בבעלות המדינה או קופת חולים כלשהי, ואם הוא בבעלות אחד מאלה - בתנאי שבמסגרתו ניתן שירות רפואי פרטי שאושר ע"י הרשויות המוסמכות.
- 1.14. **בית חולים מוסכם** - בית חולים כמוגדר בסעיף 1.12 או בסעיף 1.13 הקשור בהסכם עם המבטח ו/או עם חברה קשורה ו/או בית חולים כמוגדר בסעיף 1.12 או בסעיף 1.13 שהמבטח אישרו מראש, אד הוק, לביצוע ניתוח במבוטח כלשהו.
- 1.15. **ישראל** - מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל ביהודה בשומרון ובחבל עזה.
- 1.16. **חו"ל** - כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינות אויב.
- 1.17. **מנתח הסכם** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, שהסכים לקבל ישירות מאת המבטח ו/או מאת חברה קשורה שכר שהוסכם עמו עבור ניתוח שיבצע במבוטח.
- יובהר כי למבטחת מנתחי הסכם בפריסה גאוגרפית רחבה, במידה של שינוי ברשימת מנתחי ההסכם במהלך תקופת הביטוח, המבטחת תשמור על פריסה גאוגרפית של מנתחי הסכם דומה ככל הניתן לזו שהייתה קיימת ערב השינוי.**
- 1.18. **מנתח אחר** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמומחה מנתח, אשר אינו בהסכם עם המבטח ו/או עם חברה קשורה.
- 1.19. **רופא מרדים** - רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.
- 1.20. **אחות / אח פרטי** - אחות או אח פרטי בעלי תעודת הסמכה בישראל או בחו"ל.
- 1.21. **תותבת/שתל** - למעט תותבת שיניים להוצאה ושתל דנטלי - כל אביזר, איבר טבעי או מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה בביטוח זה (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'). ההגדרה של שתל (פרוצדורות רפואיות) נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".
- 1.22. **יום אשפוז** - משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בישראל ולא פחות מ - 24 שעות.

- 1.23. **"חברה קשורה"** - קבוצת בתי חולים, רופאים, ונותני שירותים רפואיים אחרים החתומים על חוזים עם המבטח או עם חברת סיוע עמה קשור המבטח בהסכם למתן שירותים רפואיים למבטחים בארץ וברחבי העולם.
- 1.24. **הביטוח הבסיסי** - ביטוח הבריאות הבסיסי לחברי ועובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם.
- 1.25. **חוק הבריאות** - חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, כפי שיתוקן מעת לעת או כל חוק אחר אשר יבוא במקומו, לרבות חקיקת משנה וצווים על פיו כפי שיהיו מעת לעת.
- 1.26. **מצב רפואי קודם** - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 1.27. **מדד** - מדד המחירים הידוע בשם מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם על ידי כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יורכב עפ"י אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו.
- 1.28. **המדד היסודי** - מדד חודש מאי 2015 (12292 נק') שפורסם ביום 15/06/2015.
- 1.29. **גיל המבטוח** - גיל המבטוח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר לתאריך תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, ויחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבטוח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ויותר יוסיפו לגיל המבטוח שנה שלמה.
- 1.30. **השתתפות עצמית** - חלקו של המבטוח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. חבות המבטח לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה תהיה בתוקף רק לאחר ניכוי ההשתתפות העצמית של המבטוח ורק לגבי הוצאות המבטוח מעבר להשתתפות עצמית זו.
- 1.31. **תקנות ביטוח בריאות** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009.
- 1.32. **המפקח** - המפקח על הביטוח במשרד האוצר.
- 1.33. **שב"ן** - תוכנית למתן שירותי בריאות נוספים על שירותי הבריאות על פי סל התשלומים והשירותים כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות, המנוהלת על ידי קופת החולים בה חבר המבטוח, או על ידי ישות משפטית, שהוקמה לשם כך.
- 1.34. **מסלול מלא** - בפרק הניתוחים במסלול המלא, ניתן כיסוי מלא, "מהשקל הראשון" לביצוע ניתוחים, ותגמולי הביטוח משולמים ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.

- 1.35. **מסלול שב"ן** - כיסוי בעלות נמוכה ממסלול מלא, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם רק מעל ומעבר להשתתפות השב"ן. כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה, לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן, וזאת בהתאם לתקרות הקבועות בפרק הניתוחים ממסלול שב"ן.
- 1.36. **שנת ביטוח** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, כאמור בדף הרשימה.
- 1.37. **מועד תחילת הביטוח** - המועד בו צורך המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01/01/2016 **על אף האמור, מועד תחילת הביטוח של מבטחים קיימים ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים בשני הביטוחים.**
- יובהר, כי בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, תנאי הפוליסה נכנסים לתוקף ביום 28/01/2016. עד לתאריך זה ימשיכו לחול תנאי הפוליסה הקודמת.

2. **תוקף הפוליסה ותנאי קבלה:**

2.1. **הפוליסה תכנס לתוקפה בכפוף לאמור להלן:**

- 2.1.1. **מבטחים קיימים:** יצורפו באופן אוטומטי לביטוח במסלול מלא תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד 28/01/2015, ושנכלל בפוליסה זו ובכפוף לתשלום הפרמיה המגיעה על פי הנקוב בדף הרשימה.
- לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי"- שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת.
- מבטחים קיימים יהיו זכאים לעבור ממסלול מלא למסלול שב"ן בכל עת. במידה והמעבר יבוצע בתוך 60 יום מיום תחילת הביטוח, יהיו זכאים המבוטחים להיות מבטחים במסלול שב"ן באופן רטרואקטיבי מיום תחילת הביטוח, ויהיו זכאים להחזר בגין הפרמיות העודפות שנגבו.
- 2.1.2. **לעובדים/חברים אשר הפכו עובדים/חברים לראשונה החל מיום 01/01/2016 ואילך, אשר יבקשו להצטרף לביטוח תוך 180 יום ממועד הצטרפותם לראשונה להר"י:** החל מ האחד בחודש העוקב ליום קבלת ההצעה במשרדי הר"י - ובלבד שהר"י העבירה את ההצעה למבטח תוך 10 ימי עבודה, למען הסר ספק מובהר כי המצטרפים לביטוח עפ"י סעיף זה יהיו פטורים ממילוי הצהרת בריאות, ובלבד שהצעתם תתקבל במשרדי הר"י - תוך 180 יום ממועד הצטרפותם להר"י.

2.1.3. חברי הר"י שלא הצטרפו בהתאם לאמור בסעיף 2.1.2 לעיל, וכן הזכאים להצטרף לביטוח בהתאם להגדרת מבטח בסעיף 1 לעיל:

נדרשים למלא הצהרת בריאות לשביעות רצונו של המבטח

2.1.4. שולמו למבטח כספים על חשבון פרמיות לפני שהמבטח החליט על עריכת הפוליסה, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. המבטח יחזיר כספים אלה ששולמו בתוספת הצמדה וריבית כדין, אם לא יצא הביטוח אל הפועל, תוך ארבעה חודשי ביטוח לכל המאוחר.

2.2. תקופת הביטוח:

2.2.1. תקופת הביטוח תחל ביום תחילת הביטוח ותסתיים ביום 31/12/2020 בכפוף לאמור בסעיף 2.2.2.

2.2.2. הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבטח ומבטוח יסתיים במועד סיום תקופת הביטוח הבסיסי של המבטוח או במועד סיום או ביטול הסכם זה, או בהיכנס הודעת ביטול לפי סעיף 5 להלן לתוקף או במועד סיום העסקתו או חברותו של חבר או עובד הר"י אצל בעל הפוליסה או בפטירתו חו"ח של המבטוח, לפי המוקדם מביניהם ובכפוף לשאר תנאי הפוליסה. על המבטוח חובה להודיע למבטח על שינוי כאמור בסעיף זה, בתוך 60 יום מהשינוי האמור.

2.2.3. הפוליסה לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטוח בשל כיסויים אלה.

2.2.4. תקופת הביטוח תסתיים בתאריך ידוע מראש ולא תעלה על 5 שנים.

2.2.5. פחת מספר המבטוחים בקבוצה מ-50 לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

2.2.6. המבטחת לא תבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטוח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטוח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטוח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטוח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטוחים – המבטחת רשאית להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין

זה, העלאה של דמי ביטוח- לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח; לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה ולמעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה; במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

3. צירוף מבטחים בהתאם לתקנות ביטוח בריאות

- 3.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
 - 3.1.1 לשלם במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד.
 - 3.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;
- 3.2 לא יצרפו המבטח לביטוח זה, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (להלן: פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של עובד/חבר בעל הפוליסה, המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד/חבר לצירוף ילדו או בן/בת-זוגו.
- 3.2.1 סעיף 3.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח/ת אחר/ת, אם התקיימו תנאים אלה:

3.2.1.1. הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים

שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

3.2.1.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין

בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה בתוקף עד מועד החידוש ושנכלל בפוליסה הקבוצתית לאחר אותו מועד. לעניין זה, "**שמירה על רצף ביטוחי**" -שמירת הרצף ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

3.2.1.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו

קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - "פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: ניתוחים; תרופות; השתלות; מחלות קשות; שיניים; תאונות אישיות.

3.2.2. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50 לא תחודש הפוליסה

הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4. המשכיות

על אף האמור בסעיף 2.2 לעיל, במקרה של הפסקת החברות ו/או עזיבת מקום העבודה אצל בעל הפוליסה, או בעת סיום תקופת הביטוח ואי חידושו אצל המבטח או בחברה אחרת עבור כלל המבוטחים או חלקם - המוקדם מביניהם, יהיו רשאים מי שהיו מבוטחים, להמשיך בביטוח פרט, בתנאים שהיו קיימים אצל המבטח באותה עת, ובהנחה של 20% למשך חמש שנים מפרמיית הפרט, ללא צורך בחיתום רפואי לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים וללא צורך במעבר תקופת אכשרה נוספת, אם יבקשו זאת תוך 180 יום ממועד העזיבה/ סיום תקופת הביטוח. במקרה של אי חידוש ההסכם עבור כלל המבוטחים או חלקם תינתן הנחה של 25% למשך שלושה שנים מדמי הביטוח אשר יהיו נהוגים באותה עת בפוליסת פרט בעלת כיסויים חופפים.

יובהר כי, ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.

תחילת תקופת הביטוח בביטוח הפרט תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

5. ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח

5.1. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 3.2 והודיע המבוטח למבטחת או לבעל

הפוליסה, במהלך 90 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 90 הימים כאמור.

5.2. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח בהתאם למפורט לעיל, ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי.

לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת. 5.3. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטחת תהיה רשאית שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

6. חובת הגילוי

6.1. פוליסת הביטוח מבוססת על תשובות מלאות וכנות שניתנו לשאלות שנשאלו בטופסי הצעת הביטוח, ובשאלון הרפואי, במידה ונדרשו למילוי על פי תנאי הפוליסה, וכן על העובדה כי לא הוסתר מהמבטחת עניין מהותי שהיה בו כדי להשפיע על תנאי קבלת המבוטח לביטוח.

6.2. הציגה המבטחת למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

- 6.2.1. ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית המבטחת בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטחת, יושבו למשלמם, זולת אם פעל המבוטח בכוונה מרמה.
- 6.2.2. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משולמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:
- 6.2.2.1. התשובה ניתנה בכוונה מירמה.
- 6.2.2.2. מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בדמי ביטוח גבוהים יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת – יושבו למשלמם.
- 6.3. סעיף 6.2.1 לעיל, לא יחול במקרים הבאים אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונה מירמה:
- 6.3.1. המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.
- 6.3.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.
- 6.4. תאריך לידתו של המבוטח הוא ענין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף זה.
- 6.5. התאמת פרמיה
- לאחר 36 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח (להלן: "תקופת החשבון") תהא רשאית המבטחת להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם וזאת על פי נסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה המפורטת להלן:
- הכנסות: 85% מכל הפרמיות ששולמו בתקופת החשבון, כשהן משוערכות למדד.
- הוצאות: סך כל הסכומים ששולמו עבור עמלות סוכן, תביעות (לרבות כתבי

שירות) בגין מקרי ביטוח שאירעו בתקופת החשבון, ובגין תביעות תלויות (לרבות IBNR), כשהם משוערכים למדד.

הפסדים: הסכום בו עולות ההוצאות על ההכנסות בכל מקרה, שיעור ההתאמה לא יעלה על 20% מדמי הביטוח הקיימים באותו מועד.

6.5.1. **אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, כאמור לעיל, תותאם הפרמיה בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח (להלן: "הפרמיה החדשה"). בכפוף לאמור לעיל.**

6.5.2. **לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיות שנקבעו לתקופת החשבון למעט הצמדתן למדד.**

7. חריגים:

7.1. חריגים כלליים:

המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין מאחד המקרים הבאים:

7.1.1. **מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח.**

תנאי מוקדם ליזום לתגמולי ביטוח על פי כל פרקי הפוליסה הוא כי המבוטח עבר תקופת אכשרה.

מועד תחילת הביטוח של מבוטחים קיימים, יחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים בשני הביטוחים, והמבוטחים הנ"ל יהיו פטורים ממעבר תקופת אכשרה נוספת.

"תקופת אכשרה" פירושה - תקופה רצופה של 90 יום לגבי כיסויי הפוליסה (למעט לידה בניתוח קיסרי) ותקופה רצופה של 270 יום לגבי לידה בניתוח קיסרי המתחילה לגבי כל מבוטח במועד בו החל לראשונה הביטוח ובסיומה זכאי הוא לקבל תגמולי ביטוח לפי הפוליסה.

תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופות ביטוח רצופות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. במידה והמבוטח יצא לשנת שבתון או להשתלמות עמיתים, תוקפא הפוליסה למשך תקופה שלא תעלה על שנתיים ועם סיום ההקפאה לא תחול תקופת אכשרה מחדש.

- 7.1.2. ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים; ניתוחי שיניים, ניתוחי חניכיים, ניתוחי פה ולסת שלא בוצעו בבתי-חולים, ניתוחי השתלת שתלים דנטליים וכל ניתוח המבוצע ע"י רופא שיניים; הפסקת הריון, לידה למעט לידה בניתוח קיסרי. חריג זה לא יחול על הכיסוי לפי פרק י"ב.
- 7.1.3. לא ישולם על פי ביטוח זה שכר מיילדת. על אף האמור לעיל, אם בוצע ביולדת ניתוח קיסרי, ישלם המבטח את שכר המנתח, חדר לידה, הרדמה ואת עלות האשפוז הנוסף עקב היות הלידה בניתוח קיסרי.
- 7.1.4. מקרה הביטוח נגרם משירות צבאי (חובה, קבע או מילואים) חריג זה לא יחול אם המבוטח זקוק לניתוח שהינו תוצאה של האמור לעיל, במידה ואינו מכוסה ע"י כל גורם אחר, לרבות, ביטוח לאומי, קופת חולים, צה"ל או משרד הביטחון; במקרה וחריג זה יחול יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בגין הוצאותיו מעבר לסכומים שבגינם שופה ע"י כל גורם אחר, ועד לגובה תקרת השיפוי הנקובה בפוליסה.
- 7.1.5. מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, אלכוהוליזם או שימוש באלכוהול, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא שלא לצורך גמילה.
- 7.1.6. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי או פעולה מלחמתית או פעולה צבאית או פעולת טרור או פעולת איבה או פיגוע חבלני, קרינת רנטגן או קרינה מייננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.
- 7.1.7. פעילות ספורטיבית מקצועית במסגרת אגודות הספורט, השתתפות או אימון בכל צורה שהיא במרוץ למעט מרוץ רגלי; טיסה בכלי טיס כלשהו למעט טיסה בכלי טיס אזרחי בעל רישיון להובלת נוסעים. ספורט מקצועני יוגדר כעיסוק של מבוטח בספורט שמהווה מקור הכנסה סדיר ולאורך זמן.
- 7.2. **בשל מצב רפואי קודם**
- 7.2.1. המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג, כמפורט בסעיפים 7.2.2 ו- 7.2.3. להלן.
- 7.2.2. סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא –

7.2.2.1. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.

7.2.2.2. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.

7.2.3. על אף האמור בסעיף 7.2.2 לעיל, הסייג הנקוב בסעיף 7.2.1, בשל מצב רפואי מסוים שפורט ברשימה לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה ברשימה לצד אותו מצב רפואי מסוים.

7.2.4. הסייג הנקוב בסעיף 7.2.1 לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש ברשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.

7.2.5. אם נשאל המבוטח בהצהרת הבריאות על מצב בריאות ולא גילה את מצבו, יחולו לגביו כללי הגילוי על פי הוראות כל דין.

להסרת ספק, לגבי מבוטחים קיימים תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם וכל זאת לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים שבין הביטוח הקודם לפוליסה זו. לגבי מבוטחים שאינם מבוטחים קיימים, תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה מועד הצטרפותו של המבוטח לפוליסה זו.

7.3. המבטח אינו אחראי לטיפול ולתוצאותיו:

למען הסר ספק מובהר ומוסכם בזאת כי בחירת הרופא המטפל על פי הסכם זה והטיפולים והשירותים המכוסים על ידי פוליסה זו, נעשים על ידי המבוטח וכי המבטח אינו אחראי לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על ידי פוליסה זו.

8. תשלום הפרמיות

- 8.1. זמן הפירעון של פרמיה הוא האחד בחודש בו נקבע תשלומה.
- 8.2. במקרה של תשלום הפרמיות ע"י הוראת קבע לבנק לתשלום פרמיות יראה המבטח את זיכוי חשבונו בבנק כתשלום הפרמיה.
- 8.3. לפרמיות שלא שולמו במועדן, תיווסף במועד תשלומן, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיף 13, ריבית כפי שתהיה נהוגה באותה עת, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעון בפועל על-ידי המבטח, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק פסיקת ריבית והצמדה, תשכ"א - 1961.

9. פרמיה חודשית

בהתאם למפורט בדף הרשימה

10. ביטול הפוליסה וחידושה

- 10.1. המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטח.
- 10.2. לא שולמה פרמיה במועדה כאמור בסעיף 8 לעיל, לאחר ששולמה הפרמיה הראשונה, יהא המבטח זכאי לבטל את הפוליסה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 10.3. היה ויחולו שינויים בסל שירותי הבריאות לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994, ייערכו בפוליסה השינויים המתבקשים מכך בכפוף לאישור מראש של מזכירות הר"י.
- 10.4. מבוטח שבמועד תחילת הביטוח עדיין לא מלאו לו 21 שנה יפקע תוקף הביטוח שלו בהגיעו לגיל 21. הודעה על כך תימסר למבוטח על ידי המבטח 3 חודשים לפני פקיעת תוקף הביטוח, ובה יצוין למבוטח על זכאותו לחדש את הפוליסה ללא כל צורך בחיתום מחדש. ביקש המבוטח בהגיעו לגיל 21 להמשיך להיות מבוטח בביטוח זה, ינפיק לו המבטח פוליסה חדשה בהתאם לתנאים כפי שיהיו במועד הבקשה, ללא צורך בבדיקות רפואיות.

11. הוכחת הגיל

על המבוטח להוכיח את תאריך לידתו ע"י תעודה לשביעות רצונו של המבטח. תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף 6 לעיל ובמקרה של מתן תשובה שאינה מלאה וכנה או העלמת עובדה בקשר לכך יחולו הוראות סעיף 6 לעיל.

12. תביעות ותגמולי ביטוח

- 12.1. הודעה על כל אירוע שהוא מקרה ביטוח תימסר למבטח בכתב בזמן סביר, מהר ומוקדם ככל שניתן. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה וימולא טופס תביעה שהמבטח ישלח כדי לקבל את העובדות ויצורפו כל המסמכים הרפואיים וכן אם יהיו תשלומים, כל הקבלות המקוריות.
- 12.2. במקרי חירום התביעה תוסדר על ידי פניה טלפונית באמצעות מוקד מנורה בטלפון שמספרו 2000*.
- 12.3. המבטח יהא רשאי, לפי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות.

למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר או מסיבה אחרת אין ביכולתו להציג, יגיש המבוטח למבטחת העתק קבלה ו/או חשבונית ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה ו/או החשבונית המקורית וכן אישור מאת אותו גורם לגבי הסכום שתבע ושולם לו או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. (להלן: **העתק קבלות מקוריות**).

המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות לספק השירות, אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, ובלבד שזכאותו על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

בכל מקרה בו התביעה תהא לקבלת כיסוי מאת המבטח ימציא המבטח ישירות לספק השירות את התחייבותו ויודיע על כך ישירות למבוטח.

12.4. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

12.5. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק לאומי לישראל ביום התשלום בפועל על ידי המבטח בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.

12.6. החזר תשלומים יבוצע על ידי המבטח בזמן סביר אך לא יאוחר מהקבוע על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.

12.7. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק לפי הענין.

12.8. מבוטח הזכאי לשיפוי /פיצוי לפי פרק ה' לא יהיה זכאי לשיפוי בגין אותו מקרה ביטוח לפי פרק א' ו/או פרק ב' ו/או פרק ג'.

12.9. **כפל ביטוח**

12.9.1. המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר. יובהר כי לעניין סעיף זה "הביטוח הבסיסי" לא ייחשב כפוליסת בריאות אחרת.

12.9.2. בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, יישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.

- 12.9.3. הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מיד לאחר ששילם למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהצד השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור. בהתייחס לפרק ה' בלבד: "צד שלישי" - לרבות קופות החולים.
- 12.9.4. בוטחו מקרי הביטוח כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח אחד לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך למבטחים. היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות על פי ביטוח זה מאת מבטח/ים אחר/ים, יהא המבטח זכאי להתנות את תשלום תגמולי הביטוח בהמחאת זכויותיו של המבוטח על פי הפוליסות האחרות למבטח לגבי סכום תגמולי הביטוח העולים על חלקו היחסי של המבטח בהוצאות שהוצאו עפ"י פוליסה זו.
- 12.9.5. המבוטח לא יהא זכאי לתגמולי ביטוח נוספים מסוג שיפוי בשל פוליסות אחרות, דומות או זהות, אצל המבטח, בשל אותו מקרה ביטוח או אותו מצב או ליקוי בריאותי או בשל טיפול רפואי או חלק ממנו.
- ערך המבטח למבוטח פוליסות נוספות כאמור, יחזיר לו את דמי הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח; יובהר כי הביטוח הבסיסי אינו מהווה כפל ביטוח, לעניין סעיף זה.

13. תנאי הצמדה

- 13.1. תגמולי הביטוח והפרמיה יהיו צמודים למדד.
- 13.2. המדד היסודי לתגמולי הביטוח ולפרמיה הינו מדד חודש מאי 2015 (12292 נק') שפורסם ביום 15/06/2015.
- 13.3. המונח "היום הקובע" הוא:
- 13.3.1. **לגבי תשלום הפרמיה** - יום תשלומה בפועל למבטח.
- 13.3.2. **לגבי תשלום בגין טיפול רפואי כלשהו** - יום התשלום על ידי המבטח.
- 13.3.3. המדד הקובע - המדד האחרון שפורסם לפני היום הקובע.
- 13.3.4. תגמולי הביטוח והפרמיה יוצמדו לשיעורי עליית המדד, מן המדד היסודי ועד המדד הקובע.

14. כפיפות להסדר התחקי

במקרה שתפורסם בחזר הנחיה ו/או הוראה של המפקח על הביטוח ו/או יחולו שינויים בחוק חוזה ביטוח, לאחר חתימת הסכם זה, יהיו רשאים המבטחת ו/או בעל הפוליסה לדרוש יישומו של חזר זה בתנאי הפוליסה ככל שיש בו כדי להיטיב עם המבטחים. אם ליישום החזר כאמור ישנה השלכה כספית, יותנה יישום החזר בהעלאת דמי הביטוח בהתאם או הפחתתם, לפי דרישת המבטחת.

15. ועדת ערר

15.1. נדחתה מטעמים רפואיים תביעתו של מבטח לתשלום תגמולי ביטוח יהיה המבטח זכאי לערער בכתב על הדחיה בפני ועדת ערר, אשר תורכב מרופא נציג המבטח ורופא נציג הר"י.

15.2. המבטח יהיה רשאי להיות מיוצג בדיוני ועדת הערר אך ורק על ידי רופא מטעמו, להגיש מסמכים וחוות דעת רפואיות כפי שימצא לנכון או יתבקש על ידי הוועדה.

15.3. ועדת הערר תקבל החלטתה פה אחד.

15.4. נחלקו הדעות בין הרופאים בוועדת הערר, יצורף לוועדה לצורך דיון בנושא בו נחלקו הדעות, רופא בר סמכא בתחום הרפואי הרלוונטי אשר ימונה על ידי הר"י. ועדת הערר המורחבת כאמור תדון שנית בנושא בו נחלקו הדעות ותקבל החלטתה ברוב דעות.

16. התיישנות

תקופת ההתיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא שלוש שנים מיום מקרה הביטוח.

17. הודעות

17.1. הודעה של המבטח לבעל הפוליסה ו/או למבטח ו/או למוטב, לפי העניין, תינתן לפי מענם האחרון שנמסר בכתב למבטח. המבטח מתחייב להודיע למבטח בכתב על כל שינוי בכתובתו ולא תישמע מפיו הטענה כי הודעה כלשהי לא הגיעה אליו אם נשלחה לפי הכתובת האחרונה שמסר למבטח.

17.2. כל הודעה ו/או הצהרה למבטח תימסר בכתב. כל שינוי בפוליסה, אם יתבקש, יכנס לתוקפו רק לאחר שנרשם על ידי המבטח בפוליסה.

18. שונות

המבטח יהיה רשאי לשנות מעת לעת את רשימת מנתחי ההסכם, בתי החולים וכן כל גוף אחר הקשור בהסכם עם המבטח על פי הביטוח הניתן במסגרת פוליסה זו.

19. השיפוט ברירת דין

19.1. פרשנות הפוליסה וכל חילוקי דעות או תביעות על פיה או בקשר אליה, יתבררו אך ורק על פי דיני ישראל ובבתי משפט בישראל ו/או ברשויות המוסמכות בישראל בלבד.

19.2. למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי אכיפת פסק דין זר לא תחשב כפרשנות הפוליסה לפי דיני ישראל ולא כפסק דין שניתן בבית משפט ישראלי.

20. מתן מסמכים למבוטח

20.1. המבטח ימסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח על הביטוח, דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיורה עליהם המפקח.

20.2. על אף האמור בסעיף 20.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלוש החודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטחת על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור המבטחת לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין: כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי; את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה ואת האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

20.3. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

20.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החווה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחווה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

21. מתן הודעות למבוטח

21.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד

תחילת השינוי), תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.

21.2. לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, תמסור המבטחת למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון. "חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - תמסור המבטחת האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

21.3. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותה מבטחת ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

21.4. פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

21.5. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

לעניין סעיף זה, "שינוי בדמי הביטוח"- לרבות שינוי בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח, ולמעט שינוי בדמי הביטוח הנובע מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או שינוי בדמי הביטוח הנובע בשל מעבר בין קבוצות

גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה.

22. השבת דמי הביטוח

פטור המבטח מחובתו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 7.2 לעיל ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידע במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח עבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח יתווספו הפרשי הצמדה וריבית כדין.

23. זכויות על פי הפוליסה בעת השירות הצבאי

הזכויות על פי תנאי פוליסה זו תקפות גם בעת שירות צבאי (סדיר, קבע או מילואים). בעת שירות צבאי כאמור, זכאי המבוטח לשירותים רפואיים מטעם הצבא, וזאת בהתאם ובכפוף להוראות והנחיות הצבא, כפי שהן מעת לעת. יובהר כי לכפיפות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.

24. התחייבויות בעל הפוליסה

24.1. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח הבריאות הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

24.2. בעל הפוליסה מתחייב כי ימסור למבטח, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות המצ"ב כנספח ב', כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה.

24.3. בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע שיידרש על ידי המבטח לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיו על פי דין ולפי הפוליסה לביטוח בריאות קבוצתי.

כיסויים בפוליסה

פרק א'(1) - ניתוח פרטי בארץ- מסלול מלא "מהשקל הראשון"

1. **מקרה הביטוח:** מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ניתוח שעבר המבוטח בבית חולים פרטי או בבית חולים מוסכם בישראל, במהלך תקופת הביטוח.

2. **המבטח מתחייב לשאת בהוצאות הקשורות במקרה הביטוח לרבות:**

2.1. **שכר מנתח בבי"ח פרטי:**

2.1.1. שכר מנתח הסכם ישולם במלואו ישירות למנתח ההסכם.

2.1.2. שכר מנתח אחר - התשלום למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ע"י מנתח אחר יהיה בגובה הסכום ששולם על ידו בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם של המבטח, עבור הניתוח שבוצע.

2.2. **שכר רופא מרדים בבית חולים פרטי:** המבטח ישלם ישירות את הוצאות הרופא המרדים בגין הרדמה שבוצעה במבוטח בעת ניתוח או יחזיר הוצאות אלה למבוטח עד לתקרת הסכום הקבוע ברשימת הניתוחים של המבטח עבור מרדים על פי הניתוח שבוצע.

2.3. **כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים פרטי במקרה ניתוח:** המבטח יכסה הוצאות אשפוז בבית חולים מוסכם או יחזיר למבוטח את הוצאותיו בגין אשפוז בבית חולים פרטי אחר עד לתקרת הסכום הקבוע לימי אשפוז עם בתי חולים שבהסכם.

2.4. **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים פרטי:** המבטח ישלם ישירות לבית חולים מוסכם את ההוצאות עבור חדר ניתוח על פי הניתוח שבוצע, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח אם נותח בבית חולים פרטי אחר עד לתקרת הסכום הקבוע לחדר ניתוח עם בתי חולים שבהסכם על פי הניתוח שבוצע.

2.5. **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים פרטי:** המבטח ישלם ישירות לבית חולים מוסכם בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח אם נותח בבית חולים פרטי אחר.

2.6. **תותבת אביזר מושל:** בוצע במבוטח בבית חולים פרטי או מוסכם ניתוח, ובמהלך הניתוח הושתלה במבוטח תותבת כלשהי, יישא המבטח במלוא עלות התותבת הנ"ל ובלבד שמחיר התותבת הוסכם מראש בין בית החולים לבין המבטח; בכל מקרה אחר ישתתף המבטח בעלות התותבת הנ"ל מעל לעלותה על פי חוק הבריאות, עד לתקרה של 26,518 ש"ח.

- 2.7. **שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח:** המבטח יחזיר הוצאות אלה למבוטח לתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז ועד 400 ש"ח ליום.
- 2.8. **שירותי אמבולנס בין בתי חולים בישראל:** המבטח יחזיר למבוטח את הוצאותיו בגין שירותי אמבולנס עבור העברתו של המבוטח לבית חולים או ממנו או העברתו בין בתי החולים. החזר זה לא יעלה על התעריף הרשמי הקיים אותה עת בשרותי מגן דוד אדום.
- 2.9. **תרופות במהלך אשפוז:** שיפוי בגין תרופות, לרבות כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע ניתוח המכוסה בפרק זה, לרבות במהלך אשפוז הנלווה לביצועו, ועל פי קביעתו של הרופא המבצע. לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" - כאמור בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 2.10. **ניתוחים מניעתיים:** המבטח תשפה את המבוטחת בגין ניתוח מניעתי של כריתת שד ו/או שחלה עפ"י קביעת רופא מומחה **וזאת לאחר תקופת אכשרה של 12 חודשים.**
- מובהר כי ההוצאות שישולמו הינן בגין הכיסויים המופיעים בסעיפים 2.1 – 2.10 לעיל בלבד, הכל בכפוף לתנאים ולתקרות המופיעים בסעיפים הנ"ל.

פרק א' (2) - ניתוח פרטי בארץ מסלול שב"ן

(בהתאם לאמור בתנאים הכלליים, הבחירה בין מסלול מלא למסלול שב"ן תעשה ב- 60 יום הראשונים לאחר תחילת תקופת הביטוח)

1. **מקרה ביטוח:** כאמור בפרק א (1) סעיף 1.
2. **תגמולי ביטוח בגין ניתוח:**
 - 2.1-2.10. **המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיפים:**

לפרק א(1) שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

 - 2.1. מבוטח יהא זכאי על פי פרק זה לתגמולי הביטוח שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במקרה הביטוח במסגרת השב"ן בו הוא חבר. הסכום המקסימלי שהמבטח יחוב למבוטח על פי פרק זה לא יעלה על סך הוצאותיו של המבוטח ועד תקרת עלות הניתוח למבטח.
 - 2.2. במקרים בהם השב"ן אינו מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל הפסקת החברות בשב"ן או מכל סיבה אחרת, יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 2.1 לעיל, ויראו את המבוטח כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף זה, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחברי שב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים בהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחברי השב"ן, תיקבע השתתפות המבטח על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תכנית שב"ן.
 - 2.3. במקרים בהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח חייל בשירות סדיר, תשפה החברה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 2 בפרק א (1) והוראות סעיף 2.1 לא יחולו על מקרה הביטוח.
3. **ברות ביטוח**

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי, לרבות בעד התקופה בה המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בגין מעבר לתכנית שב"ן בקופה אחרת(להלן: "הפסקת השב"ן") יהא המבוטח רשאי לבקש תוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן, להצטרף לביטוח לכיסוי מורחב לניתוחים על פי פרק א(1) בהסכם זה בכפוף להגשת בקשה בכתב, ותשלום דמי הביטוח עבור מסלול לניתוחים מהשקל הראשון. במקרה זה יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ברצף ביטוחי מלא, ללא כל תקופת אכשרה וללא צורך במילוי הצהרת בריאות. תחילת הביטוח לכיסוי המורחב לניתוחים מהשקל הראשון על פי תנאי פרק א(1) תהיה למפרע ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן – דהיינו מועד

הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

פרק ב' - טיפול חלופי לניתוח פרטי בארץ

1. הגדרות לפרק זה:

1.1. טיפול חלופי: טיפול רפואי או סדרת טיפולים רפואיים אשר באים להחליף את הניתוח לו זקוק המבוטח ובתנאי כי ביצוע הטיפול החלופי צפוי להביא, על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאות דומות לתוצאות הניתוח; ובלבד שהטיפול הרפואי או סדרת הטיפולים הרפואיים אושרו ע"י הרשויות המוסמכות בישראל.

1.2. נותן הטיפול החלופי: רופא בעל רישיון תקף לעסוק ברפואה בישראל.

1.3. נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי: נותן הטיפול החלופי ו/או מרפאה שבהסכם עם המבטח, אשר הסכימו לקבל ישירות מהמבטח שכר שהוסכם עימם עבור הוצאות הטיפול החלופי שניתן להן כיסוי על פי פרק זה.

2. מקרה ביטוח: צורך רפואי בניתוח המכוסה על פי תנאי פרק א' לעיל, שנקבע ע"י רופא שהתמחותו בכירורגיה בתחום בו נדרש הניתוח, ובלבד שהטיפול החלופי יבוצע בישראל במהלך תקופת הביטוח.

3. המבטח מתחייב לשאת בהוצאות טיפול חלופי הקשורות במקרה הביטוח כדלקמן: אם יבחר המבוטח בקרות מקרה הביטוח לקבל טיפול חלופי, ישפה המבטח את המבוטח או ישלם ישירות לנותני השירותים את ההוצאות הרפואיות שלהן, שהוצאו עבור הטיפול החלופי בו בחר המבוטח, וזאת עד לתקרת השיפוי המירבי כמפורט להלן ובהתאם לתנאים המפורטים להלן:

3.1. המבוטח יפנה קודם לקבלת הטיפול החלופי לאישור המבטח מראש כי יישא בתשלום תגמולי הביטוח בגין כל אחד מהשירותים הרפואיים הכלולים בטיפול החלופי. קבלת האישור כאמור היא תנאי מהותי לאחריות המבטח על פי פרק זה.

3.2. ההוצאות הרפואיות עבור ביצוע הטיפול החלופי, אשר בגינן זכאי המבוטח לשיפוי מאת המבטח, הינו כדלקמן:

3.2.1. שכר נותן הטיפול החלופי.

3.2.2. הוצאות הנדרשות לביצוע הטיפול החלופי.

3.2.3. הוצאות חדר ניתוח או חדר טיפולים.

3.2.4. הוצאות אשפוז בבית החולים.

(להלן: "**ההוצאות המוכרות**")

3.3. הרופא המומחה שקבע את הצורך בניתוח, יהיה בעל התמחות ספציפית בתחום בו נדרש הניתוח.

3.4. הטיפולים יינתנו בבית חולים או מרפאה כהגדרתה בסעיף 34 לפקודת בריאות העם, 1940, אשר רשומה כדין בפנקס המרפאות.

3.5. נותן הטיפול החלופי יהיה רשאי על פי החוק לתת את הטיפול החלופי, ובמקרים בהם נדרש רישוי כלשהו לשם כך, יהא נותן הטיפול החלופי והמרפאה או בית החולים בו מבוצע הטיפול החלופי בעלי רישוי מתאים.

4. ביצוע על ידי נותני שירות

4.1. **ביצוע על ידי נותני שירות שבהסכם בגין הטיפול החלופי** - המבטח יכסה את מלוא עלות נותני שירות הטיפול החלופי בהסכם, בכפוף לתקרת השיפוי לטיפול החלופי על פי האמור בסעיף 5 להלן.

5. **ביצוע על ידי נותני שירות שאינם בהסכם בגין הטיפול החלופי** - המבטח ישפה את המבוטח בגין ההוצאות המוכרות שהוצאו בפועל עד לגובה התעריף של נותני שירות הטיפול החלופי שבהסכם, כפי שיהיה נהוג אצל המבטח באותה תקופה, ובכפוף לתקרת השיפוי המירבי על פי האמור בסעיף 5 להלן.

סכום השיפוי המירבי

5.1. **סכום השיפוי המירבי יהיה הנמוך מבין השניים:**

5.1.1. **סכום השיפוי המירבי בגין טיפול או סדרת טיפולים חלופיים הינו עד**

תקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם של המבטח, עבור הניתוח שתחליף הניתוח בא להחליף.

5.1.2. **סכום השיפוי המירבי בגין טיפול או סדרת טיפולים חלופיים לא יעלה**

על עלות הניתוח אותו מחליף הטיפול החלופי, כפי שמשולם ע"י המבטח לנותני שירות שבהסכם עבור הניתוח.

6. **מובהר בזאת כי סדרת טיפולים או מספר סדרות טיפולים, אשר יחדיו או במצטבר צפויות להביא לתוצאות דומות לתוצאות ניתוח, תחשבנה למקרה ביטוח אחד של טיפול חלופי.**

7. **הטיפול החלופי יינתן בישראל בלבד. לא יינתן כל כיסוי ותגמול לטיפולים שיינתנו מחוץ לישראל.**

8. **לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים חלופיים שעדיין לא ניתנו בפועל למבוטח ו/או בגין התחייבות נותן בטיפול החלופי לטיפולים חלופיים עתידיים.**

9. **החלטת המבוטח לקבל טיפול חלופי ובחירת נותן השירות לטיפול החלופי היא של המבוטח בלבד, ואין למבטח כל אחריות בגינה.**

10. **המבטח לא יהיה אחראי לכל נזק שייגרם למבוטח עקב בחירתו של המבוטח לקבל טיפול חלופי ולא לעבור את הניתוח שהומלץ לו.**

כמו כן לא יהיה המבטח אחראי בשום צורה שהיא לכל נזק ו/או הוצאה שייגרמו

- למבוטח עקב בחירתו של המבוטח בנותני השירות לטיפול החלופי, בין אם הם נותני שירות בהסכם ובין אם הם נותני שירות שלא בהסכם.
11. הגבלות לאחריות המבוטח על פי פרק זה בנוסף לאמור בפרק המבוא, לא ישלם המבוטח עבור:
- 11.1. טיפולים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית, לרבות טיפולים הומאופטיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה, רפלקסולוגיה, כירופרקטקה, שיאצו, אקופרסורה, אוריקולוטריפיה ואירידוטריפיה.
- 11.2. טיפולי פיזיותרפיה.
- 11.3. טיפולים כימותרפיים.
- 11.4. הוצאות רכישת תרופות שלא במסגרת אשפוז.
- 11.5. טיפולים קוסמטיים או אסתטיים.
- 11.6. לא יינתן כיסוי לטיפולים חלופיים שלא יבוצעו ע"י נותן הטיפול החלופי כהגדרתו בסעיף 1.2 לעיל ו/או במרפאות שאינן רשומות בפנקס המרפאות ו/או ע"י נותני טיפול חלופי ו/או מרפאות אשר אינם בעלי רישיון תקף ע"י הרשויות המוסמכות בישראל לבצע את הטיפול החלופי שבוצע במבוטח.
12. במידה והמבוטח יבצע ניתוח, בגין אותו מקרה ביטוח בתוך תקופה של 6 חודשים מהיום בו בוצע הטיפול החלופי בגין הניתוח הנ"ל, תקוזז עלות הטיפול מהתגמולים המגיעים למבוטח בגין הניתוח.

פרק ג' - ניתוח פרטי בחו"ל

1. **מקרה הביטוח:** מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו ניתוח אלקטיבי שעבר המבוטח בחו"ל, במהלך תקופת הביטוח.
- תנאי מוקדם להתחייבות המבטחת:**
- 1.1. אישורה מראש ובכתב של המבטחת למבוטח את ביצוע הניתוח, לרבות מועד ביצוע הניתוח ובכפוף לתנאים הכלליים של הפוליסה.
- בוצע במבוטח ניתוח המכוסה על פי פרק זה, אולם ביצעו לא אושר מראש ע"י המבטחת, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, כפי שהיו, לו היה נעשה הניתוח באמצעות בית חולים ומנתח אשר למבטחת או לחברה קשורה יש עמם הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי פרק זה.
2. המבטח מתחייב לשאת בהוצאות רפואיות ואחרות הקשורות במקרה הביטוח בכפוף לאמור להלן:
- 2.1. שכר מנתח ורופא מרדים בבי"ח:
- 2.1.1. שכר מנתח הסכם ו/או רופא מרדים בהסכם ישולם במלואו ישירות למנתח ו/או לרופא המרדים.

- 2.1.2. שכר מנתח ו/או רופא מרדים אחר - התשלום למבוטח בהתאם לסוג הניתוח שבוצע ע"י מנתח ו/או רופא מרדים אחר יהיה בגובה הסכום ששולם על ידו בפועל, עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכום ו/או רופאים מרדמים בהסכם של המבטח, עבור הניתוח שבוצע.
- 2.2. **כיסוי הוצאות אשפוז בבית חולים במקרה ניתוח:** המבטח יכסה הוצאות אשפוז בבית חולים מוסכם או יחזיר למבוטח את הוצאותיו אם נותח בבית חולים פרטי אחר עד לתקרת הסכום הקבוע לימי אשפוז עם בתי חולים שבהסכם.
- 2.3. **הוצאות חדר ניתוח בבית חולים:** המבטח ישלם ישירות לבית חולים מוסכם, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח אם נותח בבית חולים פרטי אחר, עד לתקרת הסכום הקבוע לחדר ניתוח עם בתי חולים שבהסכם על פי הניתוח שבוצע.
- 2.4. **הוצאות בגין בדיקה פתולוגית בבית חולים:** המבטח ישלם ישירות לבית חולים מוסכם בגין בדיקה פתולוגית הנדרשת במקרה של ניתוח, או יחזיר הוצאות אלה למבוטח אם נותח בבי"ח פרטי אחר, על פי תעריף המבטח שנקבע עם בתי חולים שבהסכם לסוג הניתוח שבוצע.
- 2.5. **תותבת אביזר מושל:** בוצע במבוטח בבית חולים מוסכם ניתוח, ובמהלך הניתוח הושתלה במבוטח תותבת כלשהי, יישא המבטח בעלות התותבת הנ"ל עד לתקרה של 26,518 ש"ח.
- 2.6. **כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:** במקרה שהמבוטח אושפז מעל 10 ימים, תכסה המבטחת 50% מהוצאות שהייה של שני מלווים במקרה של קטין מבוטח ומלווה אחד לבגיר, עד ל-530 ש"ח ליום, לאדם, החל מהיום אחד עשר לאשפוז ועד ליום ה-40 לאשפוז (סה"כ עד תקרה של 30 ימים).
- 2.7. **כיסוי להוצאות הטסה:** במקרה שתקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 10 ימים, יישא המבטח בתשלום הוצאות טיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ושל מלווה אחד לחו"ל, לצורך ביצוע הניתוח וחזרתו ארצה לאחר הניתוח מחו"ל, בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה ובאותו מועד. היה המבוטח קטין שגילו נמוך מ-18 שנה, תכסה המבטחת הוצאות טיסה, כאמור, עבור שני מלווים, שהם קרוביו של הקטין מדרגה ראשונה.
- 2.8. **תרופות במהלך אשפוז:** שיפוי בגין תרופות, לרבות כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע ניתוח המכוסה בפרק זה, לרבות במהלך אשפוז הנלווה לביצועו, ועל פי קביעתו של הרופא המבצע. לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" - כאמור בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
3. **אחריות המבטח על פי פרק זה מותנית ומוגבלת לכך שהמבוטח הינו תושב ישראל והתגורר בישראל כדרך קבע, למעלה מ-180 ימים במהלך השנה הקודמת למועד קרות מקרה הביטוח. במידה והמבוטח אינו עומד בתנאי זה, ישפה המבטח את**

המבוטח בגין הוצאותיו בהיקף זכאות המבוטח בגין ביצוע אותו ניתוח בישראל. פרק זה לא בא במקום ואינו כולל כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.

פרק ד' - התייעצות עם רופאים מומחים

1. התייעצויות בארץ

- 1.1. **מקרה הביטוח:** התייעצות לפני ניתוח שקיים המבוטח, עם רופא שהינו מומחה (להלן: "הרופא היועץ") ו/או התייעצות שקיים המבוטח עם רופא מומחה בעת התרחשות אחד האירועים הבאים: סרטן, אי ספיקת כליות, טרשת נפוצה, עיוורון, שבץ מוחי, התקף לב ונכות מלאה ותמידית.
- 1.2. המבוטח יהיה זכאי לעד שתי התייעצויות לפני כל ניתוח או בעת התרחשות אירוע כמפורט בסעיף 1.1 לעיל בכפוף לתשלום השתתפות עצמית בסך של 212 ש"ח בגין כל התייעצות.

2. התייעצות בחו"ל

- 2.1. **מקרה הביטוח:** התייעצות שקיים המבוטח עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל בעת התרחשות אחד האירועים הבאים או לאחריו: סרטן, אי ספיקת כליות, טרשת נפוצה, עיוורון, שבץ מוחי, התקף לב ונכות מלאה ותמידית; במידה והרופא המומחה הנ"ל קבע כי נסיעתו של המבוטח לחו"ל חיונית כדי שיוכל לייעץ לו כאמור - המבוטח טס לחו"ל.
- תנאי מוקדם לזכאות על פי סעיף זה הינו כי המבוטח הודיע למבטח 14 יום מראש על כוונתו לקיים התייעצות.**
- 2.2. שכר ההתייעצות ישולם ע"י המבטח ישירות בניכוי השתתפות עצמית בסך של 20% ולא יותר מ-3,500 ש"ח.
- 2.3. התייעץ המבוטח עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל בדרך אחרת, יחזיר לו המבטח את שכר טרחת הרופא בגין ההתייעצות בניכוי השתתפות עצמית של המבוטח בסך 20% ולא יותר מ-4,500 ש"ח.
- 2.4. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת לפני כל ניתוח או בעת התרחשות אירוע כמפורט בסעיף 2.2 – 2.3 לעיל.

פרק ה' - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח

- 1.1. כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מהמבוטח או מתורם אחר לגוף

המבוטח, לרבות תאי גזע או תאי אב, שהופקו מדם טבורי, תאי גזע או תאי אב מדם היקפי או תאי גזע או תאי אב המופקים מעצמות האגן האחוריות של המבוטח או כל תורם אחר. השתלה תכלול גם השתלה מן האיברים המוזכרים לעיל, של איבר מלאכותי או של איבר מן החי (בעל חיים שאינו אדם), בישראל או באחת המדינות: ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי. במקרה בו יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה מוקדמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

"הגדרת השתלה נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

1.2. טיפול מיוחד - ניתוח ו/או טיפול רפואי אחר בחו"ל, שמתקיים בו לפחות אחד מהתנאים הבאים:

- 1.2.1. לא ניתן לבצע ע"י שירותי הרפואה בישראל.
- 1.2.2. זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בישראל עולה על זמן ההמתנה לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד בחו"ל ובשל ההמתנה עלולה להיגרם על פי קביעת רופא מומחה של המבוטח החמרה במצבו הרפואי של המבוטח ו/או סיכון לחייו.
- 1.2.3. מיעוט ניסיון ומומחיות בישראל לביצוע הניתוח ו/או הטיפול המיוחד.
- 1.2.4. מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ניתוח ו/או טיפול מיוחד למניעת היווצרות נכות לצמיתות בשיעור העולה על 75%.
- 1.2.5. מצבו הבריאותי של המבוטח מחייב ניתוח ו/או טיפול מיוחד למניעת אובדן מוחלט של חוש הראיה ו/או חוש השמיעה.
- 1.2.6. ניתוח ו/או טיפול מיוחד המבוצעים בדרך כלל בחו"ל, אשר הותרו באופן יוצא מן הכלל לביצוע בארץ על ידי מנתחים זרים.
- 1.2.7. טיפול רפואי אחר לטיפול במצב רפואי חריג שאושר למבוטח ע"י רופא מוסכם על המבטח ובעל הפוליסה.

2. סכום הביטוח

- 2.1. עבור השתלה - הסכום המרבי לשיפוי הינו 5,658,548 ש"ח. במקרה של קיום השתלה/ות חוזרת/ות ובכפוף לאמור בסעיף 3 להלן, הסכום המרבי לשיפוי הינו 6,790,378 ש"ח.
- 2.2. עבור טיפול מיוחד – 850,000 ש"ח.

3. תגמולי הביטוח - קרה מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח בגין ההוצאות הממשיות שהוציא בפועל עבור שירותים רפואיים ואחרים כמפורט בסעיפים 3.1 או

3.2 להלן, אותם קיבל המבוטח כצורך רפואי או אחר להשתלה או לטיפול מיוחד לפי העניין. מוצהר בזה כי סך התשלומים שישלם המבוטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים עבור השתלה כמפורט בסעיף 3.1 להלן לא יעלה ביחד על הסך של 5,658,548 ש"ח, ובמקרה של קיום השתלה/ות חוזרת/ות ובכפוף לאמור להלן לא יעלה ביחד על הסך של 6,790,378 ש"ח. כמו כן מוצהר בזה כי סך התשלומים שישלם המבוטח בגין הוצאות כמפורט בסעיף 3.2 להלן, בגין טיפול מיוחד העונה על תנאי סעיפים 1.2.1-1.2.7, לא יעלה ביחד על הסך כמפורט בסעיף 2.2.

"הוצאות ממשיות" - להוציא כל חבויות אותן זכאי המבוטח לקבל מקופת החולים בה הוא מבוטח בהתאם לחוק ביטוח בריאות ממלכתי והתקנות שנחקקו מכוחו. באשר לחבויות כאמור לעיל יחול הקבוע בסעיף 12.9 בפרק המבוא.
מובהר כי השתלה ו/או טיפול מיוחד חוזרים אשר נדרש בעקבות השתלה ו/או טיפול מיוחד המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

להלן פירוט התשלומים להשתלה ולטיפול מיוחד:

3.1. תשלום בגין השתלה

- 3.1.1. תשלום לרופאים ולמוסדות רפואיים עבור בדיקות הערכה רפואית של המבוטח הנובעות ממקרה הביטוח.
- 3.1.2. תשלום עבור אשפוז בחו"ל לרבות כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע ניתוח המכוסה בפרק זה, לרבות במהלך אשפוז הנלווה לביצוע, ועל פי קביעתו של הרופא המבצע. לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" - כאמור בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.
- 3.1.3. תשלום עבור ביצוע ניתוח לצורך הוצאת האיבר המיועד להשתלה בגוף המבוטח, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.
- 3.1.4. תשלום לצוות הרפואי עבור השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח תוך כדי ביצוע ההשתלה וכן במהלך האשפוז.
- 3.1.5. תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל לצורך ההשתלה, בטיסה מסחרית רגילה, של המבוטח ומלווה אחד, והוצאות שיבתם לישראל, וכן תשלום הוצאות העברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה.
- 3.1.6. תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.
- 3.1.7. תשלום עבור הוצאות שהייה של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה בחו"ל עד לתקרה של 60 דולר ארה"ב ליום לאדם, ולא יותר מאשר 10% מסכום הביטוח להשתלה בסה"כ.
- 3.1.8. תשלום עבור המשך טיפולים הנובעים מביצוע ההשתלה.

3.1.9. תשלום עבור העברת גופת המבוטח לישראל אם נפטר בעת שהותו בחו"ל לצורך ביצוע ההשתלה.

3.1.10. השלמת הכנסה וכיסוי הוצאות:

בכל מקרה של ביצוע השתלה המכוסה על פי הפוליסה למבוטח שגילו מעל 21 בעת ביצוע ההשתלה, ישלם המבטח למבוטח בחייו גמלת החלמה חודשית בסך 7,073 ש"ח למשך תקופה של עד 24 חודשים, ובלבד שסך כל התשלומים שישלם המבטח על פי סעיף 3.1.10 לא יעלה במצטבר על הסך הנקוב בסעיף 2.1. בגין השתלה.

3.2. תשלום בגין טיפול מיוחד

תשלומים כמפורט בסעיפים קטנים 3.1.5, 3.1.7, ו- 3.1.9. הנ"ל בשינויים כדלהלן:

3.2.1. בכל מקום בו מופיעה המילה "השתלה", יש לקרוא "טיפול מיוחד".

3.2.2. כל התשלומים לטיפול מיוחד על פי הסעיפים הנ"ל יהיו בגין הוצאות שהוצאו בחו"ל.

פרק ו' - שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאותיו לקבלת שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול השיניים הבאים, לרבות ובכפוף לאמור להלן:

1. בדיקה וצילום השן ו/או השיניים הכואבות, סתימה זמנית, מרשם מתאים לשיכון הכאב (לא כולל עלות התרופות במרשם) במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת, עקירה דחופה, ניקוז מורסות משן נגועה, הדבקה ארעית של כתרים שנפלו ועקירת עצב מודלק.
2. המבוטח יהיה זכאי להחזר בגין הטיפולים הנ"ל בגובה הוצאותיו בפועל ועד לתקרת ההחזר שבמחירון המבטח ומצב כנספח א' לפוליסה זו.

פרק ז' - מנוי למשדר קרדילוגי

1. המבטח ישפה את המבוטח אם מצבו הבריאותי מחייב שימוש בשירותי מנוי על משדר קרדילוגי (להלן: "מנוי").
2. מבוטח יחשב כנמצא במצב בריאותי המחייב שימוש במשדר קרדילוגי אם:
 - 2.1. הוא נמצא בשלבי החלמה לאחר אוטם שריר לב-חד.
 - 2.2. הוא סובל מהפרעות קצב המסכנות את חייו.
3. המבטח ישפה את המבוטח בגין הוצאותיו בפועל עבור דמי שירות המנוי עד לתקרה של 4,951 ש"ח לשנה, למשך תקופה של עד 5 שנים, בגין כל מקרה ביטוח.

פרק ח' - בדיקות אבחנתיות

1. הגדרות לפרק זה:

1.1. "הגדרות":

הגדרות אלה הן בנוסף להגדרות הכלליות בפרק התנאים הכלליים ולהגדרות המופיעות בכל אחד מפרקי הפוליסה.

1.2. "מעבדה" - מעבדה רפואית בישראל המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל כמעבדה רפואית.

1.3. "בדיקות רפואיות אבחנתיות" - בדיקות בישראל, כמפורט להלן: מעבדה, צילומים ו/או שיקופי רנטגן וכן בדיקות הדמיה, אולטרה סאונד (U.S), טומוגרפיה ממוחשבת (C.T), MRI, א.ק.ג ובדיקות דימות כגון: CARDIO PET, CT, EEG, EMG קולונוסקופיה וירטואלית, חוות דעת שניה על בדיקות הדמיה, בדיקת קפסולת וידאו לבדיקת המעיים הדקים וכל בדיקה אחרת המבוצעת בטכנולוגיה הידועה היום או שתהיה ידועה בעתיד לאבחון או מניעת מחלה או לקביעת דרכי הטיפול בה. וכן בדיקות לאפיון והתאמת טיפול למחלת הסרטן לרבות בדיקות פרמקוגנטיקה.

1.4. חוות דעת רפואית ראשונה - דוח רפואי מלא בכתב, הכולל, מסקנת רופאו של המבוטח וכן כל מידע רלוונטי אחר לרבות: צילומי רנטגן, MRI, CT, US, בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות וכיוצא בזה.

1.5. תגמולי הביטוח - על אף הקבוע בהגדרת "ניתוח", ישלם המבוטח למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציא המבוטח בגין מקרה/מקרי הביטוח ועד תקרה של 15,000 ₪ לכלל הבדיקות.

1.6. מקרה הביטוח:

הזדקקותו של המבוטח לאחד או יותר מהשירותים הרפואיים המפורטים להלן אשר יינתנו למבוטח שלא במהלך אשפוז, אלא כשירות אמבולטורי בעקבות בעיה בריאותית או חשד לבעיה רפואית ובלבד שהשירות הרפואי ניתן במהלך תקופת הביטוח ובכפוף לתנאי הזכאות המפורטים בכל סעיף בנפרד.

פרק ט' - בדיקות תקופתיות

1. **בפרק זה:**
"בדיקה תקופתית" - בדיקת דם, בדיקת שתן, צילום חזה, בדיקה גופנית מקיפה, בדיקת עיניים מקיפה (כולל לחץ תוך עיני, קרקעיות עין וכו'), בדיקות תפקוד הלב: א.ק.ג במנוחה וא.ק.ג. במבחן מאמץ (ארגומטריה), בדיקת צואה, לדם סמוי, בדיקת איידס, בדיקת תפקודי נשימה, בדיקת שמיעה; לנשים - הבדיקות המפורטות לעיל וכן בדיקת שד, בדיקה גניקולוגית (הכוללת גם לקיחת משטח מצוואר הרחם), ממוגרפיה, אולטרה סאונד בטן, אוסטאופורוזיס.
"מכון הסדר" - מכון רפואי המוסמך ומאושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל לערוך בדיקות תקופתיות, הקשור בהסכם עם המבטח.
2. **מקרה הביטוח:** בדיקה תקופתית שנערכה למבוטח במכון הסדר, ובלבד שהתקיימו התנאים המצטברים הבאים:
 - 2.1. גילו של המבוטח הינו מעל 40 שנה בעת ביצוע הבדיקה.
 - 2.2. המבוטח זכאי לעבור את הבדיקה התקופתית בתום כל שלוש שנות ביטוח. הזכות לעבור את הבדיקה התקופתית אינה מצטברת. לא מימש המבוטח את זכותו לביצוע בדיקה במהלך שלוש שנות ביטוח כאמור, יהיה זכאי לבדיקה תקופתית בכל מועד לאחר תום שלוש שנות ביטוח כאמור ואולם הוא יהיה זכאי לבדיקה התקופתית הבאה לאחר תום שלוש שנות ביטוח ממועד ביצוע הבדיקה התקופתית האחרונה.
 - 2.3. במידה ורופא מומחה קבע, כי יש לבצע בדיקה תקופתית למרות שטרם חלפו שלוש שנות ביטוח, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בגין בדיקה זו.
3. **תגמולי הביטוח:** החזר הוצאות בעבור בדיקה תקופתית למבוטח יהיה בשיעור של 50% מעלות ההוצאה בגינה בפועל, וזאת אחת לשלוש שנים.

פרק י' - בדיקות הריון

1. **סריקה על קולית לסקירת מערכות העובר**
 - 1.1. המבטח ישלם למבוטחת תגמולי ביטוח בגובה 80 מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציאה המבוטחת, אך לא יותר מסך של 1,350 ש"ח, כאשר על פי הפנית גינקולוג עברה המבוטחת אצל גינקולוג סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
 - 1.2. המבוטחת תהיה זכאית לסקירת מערכות אחת בכל הריון ובלבד שלא הייתה בהריון בעת הכניסה לביטוח.

2. שקיפות עורפית

המבטחת תשתית בעלות סריקה שיקוף עורפי, עד גובה 80% מהעלות בפועל למבוטח ולא יותר מ- 350 ש"ח.

פרק י"א - ביטוח לתרופות מיוחדות

קרה מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח או תשלם ישירות לנותן השירות עבור הוצאות כמפורט להלן בפרק זה **בכפוף לתנאים, להוראות ולסייגים המפורטים בפרק זה וכן בכפוף להוראות התנאים הכלליים של הפוליסה.**

1. הגדרות

בנוסף להגדרות המופיעות בתנאים הכלליים של הפוליסה, תהיה למונחים המפורטים להלן המשמעות שלצידם:

1.1. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן – "נותן השירות").

1.2. המדינות

המוכרות

ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

1.3. השתתפות

עצמית

סכום שתנכה המבטחת מסכום ההוצאה למרשם שניתן לכל מבוטח. ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת. ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית פעם אחת בגין כל חודש. במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאות של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח – לא תנוכה ההשתתפות עצמית נוספת.

1.4. טיפול

תרופתי

1.5. מחיר מרבי

מאושר

הסכום המאושר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל בגין תרופה והמשתנה מעת לעת. לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה בהולנד במחירי דולר ארה"ב. לא נקבע לתרופה מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע

המחיר המרבי על פי הסכום המרבי המאושר לאותה תרופה באנגליה במחירי דולר ארה"ב.

חישוב מחירי דולר ארה"ב יעשה על פי שער המכירה (העברות והמחאות) של דולר ארה"ב שיהיה נהוג בבנק לאומי לישראל ביום הכנת התשלום על-ידי המבטחת בתוספת היטל חוקי שיחול, אם יחול, על תשלום כזה.

מסמך רפואי חתום על ידי רופא בית חולים או רופא מומחה, לפי בחירת המבוטח, אשר אישר את הצורך בטיפול בתרופה בתחילת הטיפול התרופתי, קבע את אופן הטיפול, את המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש. על אף האמור, יתקבל גם מסמך רפואי כאמור חתום בידי רופא שאינו מומחה בתחום הרלוונטי, ובלבד שאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול יינתן מסמך רפואי חתום בידי רופא בית חולים או רופא מומחה.

1.7. רופא מומחה - רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.

1.8. רשימת התרופות

המאושרות - רשימת התרופות המאושרות הרשומות על פי פקודת הרוקחים [נוסח חדש], התשמ"א – 1981 ו/או על פי תקנות הרופאים (תכשירים), התשמ"ו – 1986, או הוראת דין שתבוא במקומן, והמפורסמות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.

1.9. תרופה - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

1.10. תרופה

OFF LABEL - תרופה, שאושרה לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או ע"י הרשויות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות, להתוויה רפואית שונה מזו הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

1.10.1. פרסומי ה-FDA

1.10.2. American Hospital Formulary Service Drug Information

1.10.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

1.10.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על

**שלושת התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים
בטבלת ההמלצות):**

1.10.4.1 Strength of) עוצמת ההמלצה (

(Recommendation) – נמצאת בקבוצה I

או IIa

1.10.4.2 חוזק הראיות (Strength of Evidence) –

נמצאת בקטגוריה A או B.

1.10.4.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או

IIa

1.10.4.4 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד

מה- National Guidelines, שמתפרסם ע"י

אחד מהבאים:

1.10.4.4.1 NCCN

1.10.4.4.2 ASCO

1.10.4.4.3 NICE

1.10.4.4.4 Esmo Minimal Recommendation

1.10.5 נטל ההוכחה כי התרופה הוכרה כיעילה לטיפול

במצבו הרפואי של המבוטח, ע"י אחד מהפרסומים ו/או

המאגרים המפורטים שגיאה! מקור ההפניה לא

מצא. בסעיפים 1.10.1-1.10.4 לעיל, מוטל על

המבוטח.

1.11 תרופת יתום - תרופה לטיפול במחלה נדירה אשר אושרה ו/או הוכרה כתרופת

יתום ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות

המוכרות, למעט תרופה המפותחת לאדם מסוים או מבנה מסוים

של המולקולות והתאים של אותו אדם.

1.12 תרופה

נסיונית -

תרופה אשר לא אושרה ע"י הרשויות המוסמכות במדינות

המוכרות לטיפול בהתוויה הרפואית הנדרשת למבוטח. לענין

זה, יובהר כי תרופה OFF LABEL ו/או תרופת יתום, כמוגדר

לעיל, לא תיחשב תרופה נסיונית.

1.13. תרופת חמלה - תרופה שהוגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות למצבו הרפואי של המבוטח או מצויה בתהליכי פיתוח או ניסוי למצבו הרפואי של המבוטח, או שאושרה למצב רפואי שונה ולא אושרה למצבו הרפואי של המבוטח, ואיננה תרופת OFF LABEL, הניתנת לחולה כאשר אין תרופה יעילה מאושרת למצבו, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני.

1.14. תרופת IND -

(Investigational)

(New Drug) - תרופה המצויה בתהליכי הגשה לאישור הרשויות המוסמכות במדינות המוכרות, הניתנת לחולה כשאינן תרופה יעילה מאושרת למצבו, ובתנאי שהתרופה אינה ניתנת למבוטח במסגרת ניסוי קליני, והרשות המוסמכות באחת מהמדינות המוכרות אישרה את הטיפול כטיפול IND.

1.15. התנאים הכלליים - תנאים כלליים לפוליסה.

2. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הינו מצבו הרפואי של המבוטח, הנזקק, על פי הוראת רופא, לטיפול תרופתי.

תגמולי ביטוח ישולמו למבוטח על פי תנאי פרק זה בגין:

2.1. רכישת תרופה, אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, אך כלולה ברשימת התרופות המאושרות, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או באחת מהמדינות המוכרות.

2.2. רכישת תרופה, אשר כלולה בסל שירותי הבריאות, אך אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית, הקבועה בסל שירותי הבריאות, כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ו/או באחת מהמדינות המוכרות.

2.3. רכישת תרופה OFF LABEL

2.4. רכישת תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, המוכרת כתרופת יתום להתוויה הנדרשת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח.

2.5. רכישת תרופת חמלה כהגדרתה לעיל

2.6. רכישת תרופת IND - (Investigational New Drug) כהגדרתה לעיל

3. תנאי מהותי להתחייבויות המבטחת

המבוטח יפנה לאישור המבטחת קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם. למען הסר ספק, מובהר כי אישור המבטחת מראש לרכישת התרופה הינו תנאי מהותי. רכש המבוטח תרופה שרכישה לא אושרה מראש ע"י המבטחת, תשלם המבטחת למבוטח את ההוצאות, כפי שהיו, לו היתה התרופה נרכשת באמצעות בית מרקחת אשר למבטחת יש עמו הסכם, בהיקף זכאות המבוטח על פי פרק זה.

4. התחייבויות המבטחת

בקרות מקרה ביטוח, המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאותיו הישירות שהוצאו בפועל, לרכישת תרופות ו/או תשלם ישירות לנותן השירות עבור התרופה, לכיסוי המינון הנדרש בכל פעם, ולא יותר מהמחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, וזאת בניכוי השתתפות עצמית ובכפוף לתנאים המפורטים להלן:

4.1. בגין רכישת תרופות כמפורט בסעיפים 2.1-2.3 תשפה המבטחת את המבוטח, עד סכום שיפוי מירבי בסך של 2,000,000 ש"ח לתקופת ביטוח של 5 שנים..

4.2. בגין רכישת תרופות כמפורט בסעיפים 2.4-2.6 תשפה המבטחת את המבוטח עד לסכום שיפוי מירבי בסך 40,000 ₪ לכלל מקרי הביטוח בתקופה של 12 חודשים, ולא יותר מסכום ביטוח מירבי של- 200,000 ₪ בגין כלל מקרה הביטוח בתקופת ביטוח של 5 שנים.

4.3. השתתפות עצמית- בגין תרופות כמפורט בסעיפים 2.1-2.6 לעיל תשולם השתתפות עצמית בסך של 300 ש"ח מסכום ההוצאה למרשם שניתן למבוטח. ניתנו מספר מרשמים לאותה תרופה המכסים תקופת טיפול של חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית רק פעם אחת. ניתן מרשם לאותה תרופה לתקופת טיפול של מעל חודש – תנוכה ההשתתפות העצמית פעם אחת בגין כל חודש. במידה וניתנו מרשמים לתרופות נוספות לטיפול באותו מצב בריאותי של המבוטח בגין אותו מקרה ביטוח – לא תנוכה השתתפות עצמית נוספת. בגין תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש ו/או בגין תרופות למחלת הסרטן, לא תיגבה השתתפות עצמית.

4.4. בנוסף, תשפה המבטחת את המבוטח בגין עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות בגין כל מקרה ביטוח, בשיעור שלא יעלה על 300 ש"ח ליום ולתקופה שלא תעלה על 60 יום בגין כל מקרה ביטוח. יובהר כי הכיסוי על פי סעיף זה ינתן אך ורק בגין נטילת תרופה, אשר המבטחת שיפתה את המבוטח עבור רכישתה כאמור בסעיפים 4.1-4.2 לעיל.

4.5. היה המבוטח זכאי לכיסוי במסגרת פרק זה, אך קופת החולים ו/או השב"ן בהם

הוא חבר מימנו את העלויות באופן מלא או חלקי, והמבטחת לא השתתפה במימון התרופה כאמור ברישת סעיף 4:

4.5.1 המבוטח יהיה זכאי להחזר סכום ההשתתפות ששילם לקופת החולים ו/או לשב"ן בהם הוא חבר עבור התרופה.

5. סכום הביטוח המירבי

סכום הביטוח המירבי שתשלם המבטחת בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה, בין אם תגמולי הביטוח שולמו כשיפוי ו/או כפיצוי למבוטח ובין אם שולמו ישירות לספק השירות, יהיה עד תקרה של 2,000,000 ₪. יובהר כי סכום הביטוח המירבי הינו בגין כלל מקרי הביטוח שיארעו בתקופת הביטוח.

6. חריגים מיוחדים לפרק זה

בנוסף לאמור בתנאים הכלליים לפוליסה, למעט אלה שבוטלו מפורשות בפרק זה, לא תהא המבטחת חייבת בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

6.1. שתל ו/או אביזר ו/או אמצעי אחר להחדרת תרופה לרבות שתל ו/או אביזר מצופה תרופה.

6.2. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או תחליף ניתוח ו/או השתלה שבוצעו בבית חולים כללי ו/או במהלך אשפוז בבית חולים כללי.

6.3. תרופה מתחום טיפולי Anti-Aging.

6.4. תרופה לטיפולים קוסמטיים ו/או אסתטיים.

6.5. תרופה לטיפול במחלות נפש ו/או הפרעות נפש ו/או טיפולים נפשיים.

6.6. תרופה לטיפול שיניים.

6.7. תרופה לטיפול בהשמנת יתר.

6.8. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.

6.9. תרופה הניתנת למבוטח כמניעה למחלת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) או לצהבת.

7. תביעות

המבטחת תשפה את המבוטח בגין התחייבויותיה או תעביר ישירות את ההוצאות לנותן השירות בכפוף לתנאים שלהלן:

7.1. המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שהוצאו בפועל בלבד. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים, שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

7.2. במקרה של הפסקת הזכאות לתגמולי ביטוח, על המבוטח להודיע על כך למבטחת בכתב. תשלומים שקיבל המבוטח שלא כדין, יוחזרו למבטחת.

8. הגבלת אחריות המבטחת מחוץ לגבולות מדינת ישראל

- 8.1. שהה המבוטח מחוץ לגבולות ישראל בקרות מקרה הביטוח או לאחר מכן, תהיה חבות המבטחת לשלם תגמולי ביטוח בעת השהות מחוץ לגבולות ישראל מוגבלת ל-120 ימים בלבד בכל שהיה מחוץ לגבולות ישראל.
- 8.2. חזר המבוטח לגבולות ישראל, יוכיח את זכאותו לתגמולים בגין טיפול תרופתי שניתן בעת שהות המבוטח מחוץ לגבולות ישראל, והמבטחת תשלם את המגיע ממנה בכפוף להוראות פרק זה.

ההגדרות וההוראות בפרק התרופות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2007-1-12 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות".

נספח א'

תגמולי שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים- פרק ו'

סוג הטיפול	החזר בש"ח
בדיקה	80
צילום השן ו/או השיניים הכואבות	32
סתימה זמנית	100
אבחון הבעיה הרפואית ומתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת (לא כולל עלות התרופות במרשם)	85
עקירה דחופה - רגילה	180
עקירה דחופה - כיורוגית	425
ניקוז מורסה (משן נגועה) דרך החניכיים	180
הדבקה ארעית של כתרים שנפלו	75
עקירת עצב מודלק	145

דף הרשימה

תקופת הביטוח:

01/01/2016 – 31/12/2020

מועד תחילת הביטוח: המועד בו התקבל המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01/01/2016.

מועד תחילת הביטוח לגבי מי שהיו מבטחים בביטוח "בריאאות בסיסי" ברצף החל מיום 01/12/2010 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת עבור חברי/עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 28/01/2016 הוא המועד המקורי בו התקבלו לביטוח על פי תנאי הפוליסה שפוליסה זו מהווה את המשכה לגבי הכיסויים והסכומים החופפים.

יובהר, כי בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, תנאי הפוליסה נכנסים לתוקף ביום 28/01/2016. עד לתאריך זה ימשיכו לחול תנאי הפוליסה הקודמת.

להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח למבוטחים עפ"י התפלגותם לקבוצות הגילאים השונות:

פרמיה חודשית לביטוח (בש"ח), עד לתאריך 29.2.16 לפי המדד הידוע ביום 15/06/2015 (12292 בנק')

למבוטח שהינו חבר/עובד הר"י בנים/בנות של חברי הר"י, אחים ואחיות של חברי הר"י, ובני משפחותיהם:

מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)			מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)			
משפחה** חד הורית	משפחה*	בודד	משפחה** חד הורית	משפחה*	בודד	גיל*** המבוטח
77.4	106	53	91.2	125	62.6	עד 35
116.7	155	77.4	138	182.5	91.2	36-45
150	203.6	102	177	240	120	46 ומעלה

למרות האמור לעיל, מבוטח בודד שהינו בן של חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועד וגילו בין 21 ל- 35 שנים:

מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)	מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	
בודד	בודד	***גיל המבוטח
21 עד 35	21.2	18

למבוטח שהינו הורה של חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועד:

מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)		מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)		
בודד	*משפחה	בודד	*משפחה	***גיל המבוטח
עד 65	190	161	322	
66 ומעלה	247	210	419	

פרמיה חודשית לביטוח (בש"ח), החל מתאריך 1.3.16 לפי המדד הידוע ביום 15/06/2015 (12292 בנק):

להלן פרוט הפרמיה החודשית בש"ח למבוטחים עפ"י התפלגותם לקבוצות הגילאים השונות.

למבוטח שהינו חבר/עובד הר"י בנים/בנות של חברי הר"י, אחים ואחיות של חברי הר"י, ובני משפחותיהם:

מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)			מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)			
בודד	*משפחה	**משפחה	בודד	*משפחה	**משפחה	***גיל המבוטח
עד 35	68	136	57	115	84	
36-45	99	198	84	168	126	
46 ומעלה	130	260	111	218	163	

למרות האמור לעיל, מבוטח בודד שהינו בן של חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועד וגילו בין 21 ל- 35 שנים:

מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)	מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	
גיל*** המבוטח	בודד	בודד
עד 21	23	20

למבוטח שהינו הורה של חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועד:

מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)	מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	
גיל*** המבוטח	בודד	משפחה*
עד 65	204	401
66 ומעלה	261	520

הגדרות:

"משפחה" - זוג מבוטחים וכל ילדיהם עד גיל 21.

"משפחה חד הורית" - מבוטח וכל ילדיו עד גיל 21.

"גיל המבוטח" בתעריף משפחתי - יקבע על פי גילו של ההורה המבוגר ביותר.

מבלי לפגוע בכלליות האמור, הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח, יסתיים במועד סיום תקופת הביטוח או במועד סיום או ביטול הסכם זה, או במועד סיום או ביטול הביטוח הבסיסי, בהיכנס הודעת ביטול לפי סעיף 10 בפוליסה לתוקף או במועד סיום העסקתו או חברותו של חבר או עובד הר"י אצל בעל הפוליסה או במותו ח"ו של המבוטח, לפי המוקדם מביניהם ובכפוף לשאר תנאי הפוליסה. על המבוטח חובה להודיע למבטח על שינוי כאמור בסעיף זה, בתוך 60 יום מהשינוי האמור.

המדד היסודי: 12292 נקודות

נספח ב'

הצהרת בעל הפוליסה

על פי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי)
התשס"ט - 2009

ביטוח בריאות מושלמת לרופא

לחברי ועובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

שם בעל הפוליסה: ההסתדרות הרפואית בישראל

הנני מצהיר כדלקמן:

1. [X] בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של בעל הפוליסה ובני משפחותיהם ו/או גמלאים ובני משפחותיהם.
- [X] בעל הפוליסה הוא תאגיד והמבוטחים הם חברים בתאגיד ו/או בני משפחותיהם של החברים המבוטחים בתאגיד, ובלבד שקבלת ביטוח בריאות אינה המטרה העיקרית להתאגדותו.
2. ההצטרפות לביטוח על פי הפוליסה נעשתה על פי הסכמה בכתב של המבוטחים (במידה והם משלמים את הפרמיות או חלקן).
3. בעל הפוליסה מצהיר כי מספר המבוטחים הוא לפחות 50.
4. בעל הפוליסה מצהיר כי לענין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
5. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח הבריאות הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

אופן הגשת תביעה

נוהל הגשת תביעה

אירוע רפואי מתחיל לרוב בביקור אצל רופא משפחה, שמפנה לרופא מומחה ובמידה והרופא המומחה קובע כי המבוטח אכן זקוק לטיפול רפואי – מנקודה זו ואילך מתחיל תפקידנו.

לצורך קבלת השירות יש ליצור קשר עם סוכנות הביטוח המטפלת "מדנס סוכנות לביטוח".

טל' 03-6380223, פקס 03-6380011

דוא"ל: Hari@madan.es.com

כתובת למשלוח תביעות:

השלושה 2 תל אביב מיקוד 6706054

לידי קבוצת מדנס – חטיבת הבריאות

הנחיות למבוטח להגשת תביעת בריאות בנושא החזר הוצאות/פיצוי (ניתוחים, השתלות וטיפולים מיוחדים)

מבוטח/ת נכבד/ה,

הרינו מתכבדים להביא לידיעתך מידע בנוגע לזכויותיך וחובותיך לכיסוי ביטוח בריאות.

ניתוחים

ניתוחים עתידיים

הנך זקוק לניתוח? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו ויש בכוונתנו להעניק לך את הטיפול המקצועי והמסור ביותר ונעשה ככל שביכולנו ללוות לכל אורך הדרך עד לסיום הטיפול בתביעה.

דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:
בכל מקרה של צורך בניתוח אנו מציעים כי תפנה באופן מיידי למחלקת תביעות בריאות בסוכנות מדנס באמצעות מוקד שירות הקלוחות בטלפון 03-6380223 או באמצעות פקס שמספרו: 03-6380011.

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללות את מיטב המנתחים בתחום. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח או אם יש לך שאלות, תוכל ליצור קשר עם מוקד השרות בחברתנו בטלפון 03-6380223.
 2. באפשרותך לבצע את הניתוח באופן פרטי באמצעות מנתח ו/או ב"ח שאינו מצוי בהסכם עם חברתנו. ההחזר בגין הניתוח יעמוד על סכום ההחזר למנתח הסכם, את תקרות ההחזר תוכל לראות באתר האינטרנט שלנו.
 3. לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה שאלון רפואי" על שלושת חלקיו.
 - א. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
 - ב. חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המטפל ועל ידי הרופא המנתח (רופא מקצועי המטפל בך (ניתוח, כגון: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכדומה. בהעדר רופא מקצועי מטפל כאמור, יש למלא הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים).
 - ג. חלק ג' - יש לחתום על טופס ויתור סודיות מצורף, נועד למילוי על ידי הרופא המנתח (סוג הניתוח, מועד ביצועו, מקום ביצועו).
 4. יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.
- במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת חולים.
- תשובה בכתב תשלח אליך תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בסוכנות מדנס בטלפון: 03-6380223.

*** למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: www.menora.co.il.**

כיסוי להשתלות איברים בחו"ל או לטיפולים המיוחדים בחו"ל

השתלות

יש למלא ולעביר אלינו את הטופס "תביעה להחזר הוצאות" על שני חלקיו –
א. חלק א' – הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
ב. חלק ב' – שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לניתוח).
בנוסף יש לצרף המלצה מרופא בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, ופרטים לגבי המרכז הרפואי בו הן מבקש לבצע את ההשתלה.
בנוסף יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית.
במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לא הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.

תשובה תשלח למבטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל.

טיפול מיוחד בחו"ל

יש למלא ולעביר אלינו את טופס התביעה על שני חלקיו –
א. חלק א' – הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
ב. חלק ב' – שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית הקשורה לטיפול מיוחד).

תרופות שאינן בסל הבריאות

יש להעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות לתרופות" בו יש למלא את שני החלקים.
א. חלק א' – הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
ב. חלק ב' – שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי המטפל בך בקשר עם הבעיה הרפואית) ובו יש לפרט את הסיבה הרפואית לצורך בנטילת התרופה. בהעדר רופא מקצועי יש למלא את הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
כמו כן, יש להעביר העתק המרשם הרפואי ע"י רופא מומחה, טופס 229 וקבלה מקורית.
תשובה בכתב תשלח למבטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך. שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים יש לשלוח למדנס סוכנות לביטוח, רח' השלושה 2, תל-אביב 67060.
בכל נושא תביעה יש לפנות לטלפון 03-6380223 או פקס. 03-6380011.

* למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: www.menora.co.il.

בכבוד רב,

מחלקת תביעות בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

דף הנחיות להגשת תביעות בריאות בנושא החזר הוצאות אמבולטורי ושירות לנשים בהריון

התייעצות עם רופא מומחה

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בדיקות רפואיות אבחנתיות

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
א. חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
ב. חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול פיזיותרפיה

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
א. חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
ב. חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות ההפניה לביצוע הבדיקה.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

בדיקות הריון

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את חלק א', הכולל את פרטי המבוטח.
יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפולי הפריה חוץ גופית

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
א. חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
ב. חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע הפריה חוץ גופית.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול בהתפתחות הילד

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
א. חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
ב. חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע הטיפול.

ג. קבלת אבחון שובע במכון מוסמך

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

רפואה משלימה

יש למלא ולהעביר אלינו את טופס התביעה להחזר הוצאות בו יש למלא את 2 החלקים:
א. חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
ב. חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע טיפולי רפואה משלימה.

הערות:

- לידעיתר – ייתכן והינן זכאי להחזר התייעצות באמצעות הביטוח המשלים שברשותך. מיצי זכאות זו, בנוסף לתקרה בפוליסה תאפשר לך לקבל החזר גבוה יותר. במידה והינך בוחר בדרך זו עליך לשלוח העתק קבלה ואישור השב"ל על גובה ההחזר.
- בטיפול הפריה חוץ גופית יש לצרף צילום תז. שיהווה סימוכין לכך שיש כך 2 ילדים לפני הטיפול.
- למען הסר ספק התנאים הקובעים והמחייבים הינם תנאי הפוליסה.

ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת ההסמכים שצוינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך. שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטיים יש לשלוח למדנס סוכנות לביטוח, רח' השלושה 2, תל-אביב 67060.

בכל נושא תביעה יש לפנות לטלפון 03-6380223 או פקס. 03-6380011.

12/15 א"מ

בכבוד רב,

מחלקת תביעות בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

לשירותכם: אגף הבריאות בקבוצת מדנס

טלפון: 03-6380223, פקס: 03-6380011

מייל: HARI@MADANES.COM

שעות הפעילות: 08:00-17:00

רחוב השלושה 2 ת"א 67060

לפרטים ומידע פנה למומחי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מוקד שירות לקוחות ארצי: 2000*

www.menoramivt.co.il



קבוצת מדנס.
תחיה את החיים. אנחנו איתך.

