

פוליסת ביטוח שיניים קבוצתי

לעובדי וגמלאי הסוכנות היהודית לארץ ישראל, ההסתדרות
הציונית העולמית (וחברות בנות) ובני משפחתם



תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
הקדמה	2
גילוי נאות	4
עיקרי הסכם ביטוח שיניים	20
רשימת הכיסויים	47
רשימת מרפאות ייחודיות	61
מפרט הפוליסה	62
הצהרות בעל הפוליסה	63
נספח השירות	65
הנחיות להגשת תביעה	66



אוקטובר 2020

עובדים וגמלאים יקרים

כחלק ממעשינו לשיפור רווחתכם ושמירה על בריאותכם, לאחר הליך ארוך שכלל ייעוץ מקצועי חיצוני ובלתי תלוי, וגם בימים לא פשוטים אלה, שמח לבשר לכם, על יציאה לדרך של פוליסת ביטוח שיניים חדשה ומשודרגת, וללא שינוי בדמי הפרמיה!
כל זאת באמצעות חברת הביטוח "מנורה-מבטחים", למשך 5 השנים הבאות, החל מ- 01.10.2020.
בחוברת זו מפורטים דרכי מימוש הפוליסה ותנאיה. אבקשכם להקפיד ולנהוג לפי תנאי הפוליסה ולהסתייע בה לפני כל פניה לחברת הביטוח ו/או למרפאת שיניים.
אני סמוך ובטוח כי תכנית הביטוח החדשה, תספק מענה נרחב לצרכי בריאות השיניים שלכם ושל בני משפחתכם.

בברכה,

חנן מור

יו"ר ארגון העובדים
וחטיבת הגמלאים

מבוטח/ת יקר/ה,

אנו מברכים אותך על הצטרפותך לתכנית ביטוח ריפוי שיניים מבית **מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**. הפוליסה מכסה מגוון רחב של מקרי ביטוח ומאפשרת לך שקט נפשי במקרה של בעיות שיניים וחניכיים.

תכנית הביטוח שלפניך מיועדת להעניק לך כיסוי לאירועי שיניים מורכבים ועתירי עלות ומבטיחה שירות איכותי ומידי.

במסגרת התכנית, המבוטחים זכאים לכיסויים בתחום הרפואה הפרטית והשירותים הרפואיים, גם אלו אשר אינם מכוסים על פי סל הבריאות הממלכתי וע"י קופות החולים.

חוברת זו שבידיכם מכילה תיאור מפורט של הביטוח המוצע לעובדי הסוכנות היהודית בישראל וההסתדרות הציונית העולמית (וחברות בנות) ובני משפחתם, ומומלץ להכיר את פרטי תכנית הביטוח והאפשרויות המוצעות.

הפוליסה שבנדון תחל בחברתנו מיום 1.10.2020 ותבוא לסיומה ביום 30.09.2025

הפוליסה תכלול שני רבדים, שיכללו את הכיסויים הבאים:

מסלול משמר: טיפולים משמרים בלבד

רובד משולב: טיפולים משמרים, טיפולים פרוטטיים, טיפולים פריודנטליים, שתלים וכירורגיית פה ולסת.

בברכת בריאות טובה לך ולבני ביתך,

תחום בריאות

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ביטוח ריפוי שיניים קבוצתי לעובדי וגמלאי הסוכנות היהודית לארץ ישראל, ההסתדרות הציונית העולמית (חברות בנות) ובני משפחתם – תמצית תנאי הביטוח

פרקי הפוליסה:

טיפולים משמרים, טיפולים פרוטטיים, טיפולים פריודנטליים, שתלים וכירורגיית פה ולסת

מוקד שירות לקוחות החברה: 2000*	כתובת הדוא"ל של החברה: teviotshinaim@menoramivt.co.il	כתובת למשלוח דואר: לידי תחום בריאות ת.ד. 927 תל אביב 6100802	כתובת אתר החברה: www.menoramivt.co.il
--------------------------------	--	--	--

תמצית תנאי הפוליסה	
שם הביטוח	פוליסה לביטוח שיניים קבוצתי לעובדי וגמלאי הסוכנות היהודית לארץ ישראל, ההסתדרות הציונית העולמית וחברות בנות ובני משפחתם
סוג הביטוח	טיפולים משמרים, טיפולים פרוטטיים, טיפולים פריודנטליים, שתלים וכירורגיית פה ולסת
תקופת הביטוח	01/10/2020-30/09/2025 (5 שנים)
תיאור תכנית הביטוח	כיסוי לטיפולים משמרים, טיפולים פרוטטיים, טיפולים פריודנטליים, שתלים וכירורגיית פה ולסת
הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים: (החריגים בפוליסה)	לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 10 לפרק התנאים הכלליים
קיומים של כיסויים חופפים לביטוח משלים בקופ"ח	חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים
אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	אין תקופת אכשרה

אין תקופת המתנה		אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה)								
<table><tr><th>המבוטח/ת</th><th>מסלול משמר</th></tr><tr><td>עובד/ת, גמלאי/ת</td><td>34.71 ₪</td></tr><tr><td>בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת</td><td>34.71 ₪</td></tr><tr><td>ילד/ה מגיל 5-21</td><td>34.71 ₪</td></tr></table>		המבוטח/ת	מסלול משמר	עובד/ת, גמלאי/ת	34.71 ₪	בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת	34.71 ₪	ילד/ה מגיל 5-21	34.71 ₪	עלות הביטוח
המבוטח/ת	מסלול משמר									
עובד/ת, גמלאי/ת	34.71 ₪									
בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת	34.71 ₪									
ילד/ה מגיל 5-21	34.71 ₪									
<table><tr><th>המבוטח/ת</th><th>מסלול משולב</th></tr><tr><td>עובד/ת, גמלאי/ת</td><td>116.14 ₪</td></tr><tr><td>בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת של עובד/ת</td><td>131.8 ₪</td></tr><tr><td>בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת של גמלאי/ת</td><td>159.9 ₪</td></tr></table>		המבוטח/ת	מסלול משולב	עובד/ת, גמלאי/ת	116.14 ₪	בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת של עובד/ת	131.8 ₪	בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת של גמלאי/ת	159.9 ₪	
המבוטח/ת	מסלול משולב									
עובד/ת, גמלאי/ת	116.14 ₪									
בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת של עובד/ת	131.8 ₪									
בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת של גמלאי/ת	159.9 ₪									
<ul style="list-style-type: none">מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח, למעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן. מחירי הביטוח למוצר זה נכונים למועד פרסומםהצטרפות בני משפחה לתכנית הביטוח מותנית בביטוח החבר בפוליסהילד רביעי לכל בית אב - חינםהמדד היסודי: מדד אשר פורסם בתאריך 15.09.2020										

מסלול משמר						
נספח א' – טיפולים משמרים						
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית במרפאות "יחודיות"	השתתפות עצמית אצל רופאי הסכם	תקרת החזר מקסימלי אצל רופא פרטי	הערות/ דברי הסבר	צורך באישור המבטחת מראש
טיפולים משמרים כמפורט בנספח א' – טיפולים משמרים	בדיקה ראשונית D0150000 הערכה מקיפה של הפה - מטופל חדש-מוכר	אין	אין	140	אחת לתקופת ביטוח	
	בדיקה תקופתית D0120000 הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר	אין	אין	140	אחת לשנת ביטוח	
	עזרה ראשונה D9110000 עזרה ראשונה טפול בכאב שיניים	אין	אין	140	פעמיים בשנת ביטוח	
	צילום פנורמי D0330000 צילום פנורמי	אין	אין	179	אחת לשנת ביטוח לצילומים מאותו הסוג	לא
	צילום סטטוס D0210000 צילום סטטוס מלא	אין	אין	286		
	הסרת אבן D4355000 הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים	אין	אין	155	עד 4 פעמים בשנה	

לא	אחת לשן בכל שנתיים	190	אין	אין	<p>סתימת אמלגם D2140000</p> <p>שחזור אמלגם משטח 1 משן ראשוני או קבוע</p>	<p>טיפול משמרים</p> <p>כמפורט</p> <p>בנספח</p> <p>א' – טיפולים משמרים</p>
		286	אין	אין	<p>צילום סטטוס D0210000</p> <p>צילום סטטוס מלא</p>	
	עד 4 פעמים בשנה	155	אין	אין	<p>הסרת אבן D4355000</p> <p>הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים</p>	
	אחת לשן בכל שנתיים	190	אין	אין	<p>סתימת אמלגם D2140000</p> <p>שחזור אמלגם משטח 1 משן ראשוני או קבוע</p>	
	בשיניים נשירות בלבד	262	אין	אין	<p>קיטוע מוך השן D3220000</p> <p>קיטוע קיטוע מוך שן נשירה או קבועה לא כולל סתימה סופית</p>	
נדרש (למעט ילד עד גיל 18)		200	אין	אין	<p>כתר טרומי D2930000</p> <p>כתר טרומי מפלדת אל חלד- שן נשירה</p>	
לא	לילדים עד גיל 18 פעם אחת בתקופת ביטוח	466	אין	אין	<p>איטום חריצים D1351000</p> <p>איטום חריצים לכל שן</p>	

לא		576	אין	אין	טיפול שורש/חידוש טיפול שורש תעלה (אחת) D3310000 טפול	טיפולים משמרים כמפורט בנספח א' – טיפולים משמרים
					שורש שן קדמית לא כולל שחזור סופי D3346000 חידוש טפול שורש- שן קדמית	
		694	אין	אין	טיפול שורש/חידוש טיפול שורש (2) תעלות) D3320000 טפול שורש שן מלתעה לא כולל שחזור סופי D3347000 חידוש טפול שורש- שן מלתעה	
		876	אין	אין	טיפול שורש/חידוש טיפול שורש (3) תעלות) D3330000 טפול שורש - שן טוחנת לא כולל שחזור סופי D3348000 חידוש טפול שורש - שן טוחנת	

לא		920	אין	אין	טיפול שורש/חידוש טיפול שורש (4) (תעלות) D3339000 טפול שורש - 4 תעלות לא כולל שחזור סופי D3349000 חידוש טפול שורש - 4 תעלות	
		החזר תשלום בגובה 150%	אין	אין	טיפול שורש ע"י מומחה או מנתח פה ולסת D3310000 טפול שורש שן קדמית לא כולל שחזור סופי D3320000 טפול שורש שן מלתעה לא כולל שחזור סופי D3330000 טפול שורש - שן טוחנת לא כולל שחזור סופי	טיפולים משמרים כמפורט בנספח א' – טיפולים משמרים
	ללא הגבלה במספר עקירות השיניים בכל תקופת הביטוח	260	אין	אין	עקירה רגילה D7140000 עקירה שן שבקעה או שורש חשוף שן אחת	

לא		490	אין	אין	עקירה כירורגית כולל נבטים כלואים D7210000 עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה הדורשת הרמת מתלה	
		573	אין	אין	עקירת שיניים/ נבטים כלואים D7220000 עקירה כירורגית שן כלואה ברקמה רכה	
		346	אין	אין	קיטע שורש השן (המיסקציה) D3920000 המיסקציה	
		490	אין	אין	עקירה כירורגית כולל נבטים כלואים D7210000 עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה הדורשת הרמת מתלה	טיפול משמרים כמפורט בנספח א' - טיפול משמרים
		573	אין	אין	קיטוע חוד השן (אפיסקטומי) D3410000 כריתת חוד השורש - אפיקוטקטומי - שן קדמית כולל סתימה רטרוגרדית	
		334	אין	אין	ניקוז מורסה בדרך כירורגית D7510000 חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה	

לא		80	אין	אין	D9230000 גז צחוק אנלגזיה כולל ניטרוס לא כולל טיפול דנטלי	
הסכומים הנקובים בש"ח צמודים למדד חודש מרץ (12194 נק') שפורסם ביום 15/04/2015						

מסלול משולב						
נספח ב' – טיפולים פרוטטיים						
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית במרפאות ייחודיות	השתתפות עצמית אצל רופאי הסכם או מפראה פרטית בש"ח	תקרת החזר מקסימלי במרפאה פרטית בש"ח	הערות/ הסבר	צורך באישור המבטחת מראש
טיפולים פרוטטיים כמפורט בנספח ב' – טיפולים פרוטטיים	בדיקת הפה	אין	אין	140	אחת לשנת ביטוח	לא
	D2950000 בניית תווך כולל פינים לסוגיהם	אין	101	330		בביצוע הטיפול באמצעות מרפאה פרטית/ מרפאת הסכם – נדרש אישור מראש המבטחת
	D2952000 מבנה יצוק בתוספת לכתר	אין	161	520		
	כתר ויניר/ חרסינה D2751000 כתר חרסינה מאוחה למתכת בסיס	אין	358	1350		
	שומר מקום לסת אחת D1510000 שומר מקום קבוע - התקנה	אין	197	591		
	תותבת חלקית נשלפת משרף אקריל D5211000 תותבת חלקית בלסת עליונה- של בסיס שרף כולל וויים ונחות D5212000 תותבת חלקית לסת תחתונה- על בסיס שרף אקריל כולל וויים ונחות	אין	358	1074		

בביצוע הטיפול באמצעות מרפאה פרטית/ מרפאת הסכם- נדרש אישור מראש של המבטחת		2055	685	אין	תותבת חלקית נשלפת מכרום קובלט D5213000 תותבת חלקית לסת עליונה - נשלפת מויטליום כולל ווים ונחות D5214000 תותבת חלקית לסת תחתונה נשלף מויטליום כולל ווים ונחות	טיפולים פרוטטיים כמפורט בנספח ב' טיפולים פרוטטיים
		681	227	אין	מחבר D5862000 מחבר מדויק לפי דיווח	
		1968	656	אין	D5110000 תותבת שלמה- לסת עליונה D5120000 תותבת שלמה- לסת תחתונה	
		2238	746	אין	תותבת שלמה רוכבת ללסת D5860000 תותבת על שתלים	
		894	298	אין	תותבת מעבר זמנית משרף אקריל D5130000 תותבת מיידיית - לסת עליונה D5140000 תותבת מיידיית - לסת תחתונה	

בביצוע הטיפול באמצעות מרפאה פרטית/ מרפאת הסכם- נדרש אישור מראש של המבטחת		105	35	אין	החלפה או תוספת ווים בתותבת נשלפת D5110000 תותבת שלמה- לסת עליונה D5120000 תותבת שלמה- לסת תחתונה	טיפולים פרוטטיים כמפורט בנספח ב' – טיפולים פרוטטיים
		177	59	אין	תיקון שבר/סדק בתותבת D5510000 תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה	
		198	66	אין	הלחמה D5620000 תיקון שלד יצוק של תותבת	
		162	54	אין	תיקון פנים (פסטה) D2980000 כתר תיקון והתקנה	
		198	66	אין	תוספת שן בתותבת D5520000 אקריל החלפת שן שבורה או חסרה בתותבת שלמה לכל שן	
		90	30	אין	תוספת שן נוספת בסדרה D5640000 החלפת שן שבורה בתותבת חלקית לכל שן	
		198	66	אין	תוספת וו לתותבת D5630000 תיקון או החלפת וו בתותבת קיימת	

בביצוע הטיפול באמצעות מרפאה פרטית/ מרפאת הסכם- נדרש אישור מראש של המבטחת		447	149	אין	תוספת רשת לתותבת D6999000 רשת לתותבת ביגל Beagle	טיפול פרוטטיים כמפורט בנספח ב' – טיפולים פרוטטיים
		552	184	אין	חידוש בסיס תותבת D5710000 חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה D5711000 חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה	
		552	184	אין	ריפוד קשה בתותבת במעבדה D5750000 ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה D5751000 ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה	
		177	59	אין	ריפוד רך בתותבת במרפאה D5731000 ריפוד תותבת שלמה תחתונה במרפאה D5730000 ריפוד תותבת שלמה עליונה במרפאה	
הסכומים הנקובים בש"ח צמודים למדד חודש מרץ (12194 נק') שפורסם ביום 15/04/2015						

נספח ג' – טיפולים פריודנטליים ע"י רופא מומחה או רופא מורשה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית במרפאות ייחודיות	השתתפות עצמית אצל רופאי הסכם	תקרת החזר מקסימלי אצל רופא פרטי	הערות/ דברי הסבר	צורך באישור המבטח מראש
טיפולים פריודנטליים כמפורט בנספח ג' – טיפולים פריודנטליים	בדיקה פריודנטלית D0180000 הערכה פריודנטלית מקיפה - מטופל חדש-מוכר	אין	42	185	אחת לשנה	לא
	הקצעת שורשים D4341000 סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר לשיבה 30 דקות	אין	54	300	לרבע פה	
	ניתוח מטלית D4260000 נתוח חניכיים כולל עיצוב עצם- 4 שיניים ויותר רבע פה	אין	358	1,431	לרבע פה	בביצוע הטיפול באמצעות מרפאה פרטית/ מרפאת הסכם – נדרש אישור מראש של המבטח
	ניתוח כריתת חניכיים D4210000 ג'ינג'יבקטומיה/ ג'ינג'יבופלסטיה 4 שיניים ברבע פה	אין	262	799		
	ניקוז מורסה ממקור פריודנטלי D7510000 חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה	אין	54	215		

בביצוע הטיפול באמצעות מרפאה פרטית/ מרפאת הסכם – נדרש אישור מראש של המבטחת		536	179	אין	סד/מחומר מורכב/סד לילה D4321000 קיבוע חוץ כותרתי לשיניים ניידות סד D5937000 לילה טריסמוס
		650	215	אין	הארכת כותרת פריו D4249000 הארכת כותרת
		50	60	אין	פריו צ'יפ D4381010 טפול באמצעות פריוצ'יפ לשן
הסכומים הנקובים בש"ח צמודים למדד חודש מרץ (12194 נק') שפורסם ביום 15/04/2015					

נספח ד' – טיפולים לביצוע שתלים ע"י רופא מומחה או רופא מורשה

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית במרפאות ייחודיות	השתתפות עצמית אצל רופאי הסכם או במרפאה פרטית בש"ח	תקרת החזר מקסימלי במרפאה פרטית בש"ח	הערות/ הסבר	צורך באישור המבטחת מראש
טיפולים לביצוע שתלים ע"י רופא מומחה או רופא מורשה כמפורט בנספח ד' - שתלים ע"י רופא מומחה או רופא מורשה כמפורט	צילום C.T / טומוגרפיה D0360000 CBCT טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית	במכוני צילום בלבד	100	300	פעמיים בתקופת ביטוח בכל לסת	בביצוע הטיפול באמצעות מרפאה פרטית/ מרפאת הסכם – נדרש אישור מראש של המבטחת
	הרמת סינוס D7951000 הרמת סינוס סגורה כולל עצם או תחליפי עצם ללא עלות הממברנה	אין	2147	6441	אחת בתקופת הביטוח	
	השתלת עצם D4263000 השתלת תחליפי עצם - אתר ראשון ברבע פה	אין	597	1791		
	התקנת שתל D6010000 החדרה כירורגית של שתל דנטלי כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	אין	1133	3399	עד 8 שתלים בפה	
	מבנה / מחבר כתר לשתל D6057000 מבנה מעבדתי לשתל דנטלי	אין	358	1074		

		1350	358	אין	כתר על שתל D6058000 כתר חרסינה על שתל	
	אחד בכל לסת	1350	358	אין	כתר ביניים על שתלים	
נספח ה' – טיפולים כירורגיים						
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית במרפאות ייחודיות	תקרת החזר מקסימלי אצל רופא פרטי (מומחה)	הערות/ דברי הסבר	צורך באישור המבטחת מראש	
טיפולים כירורגיים כמפורט בנספח ה' – טיפולים כירורגיים	פרנקטומי D7960000 פרנולקטומי	320	500		לא	
	אלבאולופלסטיקה D7320000 אלבאולופלסטיקה ללא עקירות רבע פה	320	500			
	הוצאת אבן מבלוטת רוק D7980000 הוצאת אבן מבלוטת או צינור רוק	190	400			
הסכומים הנקובים בש"ח צמודים למדד חודש מרץ (12194 נק') שפורסם ביום 15/04/2015						

הסכם לביטוח שיניים קבוצתי (קולקטיבי) לעובדי הסוכנות היהודית ובני משפחתם

שנערך ונחתם ב _____ ביום _____ בחודש ספטמבר לשנת 2020

בין: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

ז'בוטינסקי 23, רמת גן
(להלן: "המבטחת")

לבין: ארגון עובדי הסוכנות היהודית לארץ-ישראל וההסתדרות
הציונית העולמית וחברות בנות

מר' _____
(להלן: "בעל הפוליסה")

הואיל: והמבטחת הינה חברת ביטוח מורשית כדין;

והואיל: והסכימו הצדדים לקבל על עצמם ביטוח זה בכל היקפו ובתנאים
המפורטים בהסכם ביטוח זה להלן;

לפיכך הוסכם, הוצהר והותנה בין הצדדים כדלקמן:

תנאים כלליים לתוכנית ביטוח שיניים קבוצתי

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ מתחייבת בזה, על יסוד ההצעה לביטוח, ההודעות וההצהרות האחרות שנמסרו לה בכתב על ידי בעל הפוליסה ו/או המבוטח, המהוות חלק בלתי נפרד מהפוליסה, לשפות את המבוטח ו/או לשלם ישירות לנותן השירות, בגין מקרי הביטוח כמוגדר וכמפורט בכל אחד מפרקי הפוליסה, וזאת לאחר שתוגש למנורה מבטחים ביטוח בע"מ הוכחה על קורות מקרה הביטוח המזכה בתגמולי הביטוח, והכל בהתאם ובכפוף לאמור בהוראות הפוליסה וההסדר התחיקתי הרלוונטי.

תנאים כללים:

1. הגדרות

- 1.1 בעל הפוליסה:** ארגון עובדי הסוכנות היהודית לארץ ישראל וההסתדרות הציונית העולמית עמותה רשומה שמספרה **11806 וחברות בנות.**
- 1.2 בן/בת זוג:** מי שנשוי/אה למבוטח/ת, ידוע/ה בציבור של המבוטח/ת החי עימו/ה חיי משפחה במשק בית משותף אך אינה/ה נשוי/אה לו/ה.
- 1.3 גיל המבוטח:** גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר ליום תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, והוא יחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ומעלה יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה. בתום כל שנה ממועד תחילת הביטוח ישתנה גיל המבוטח בשנה אחת.
- 1.4 דמי הביטוח:** תשלומים שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח, לפי העניין, לשלם למבטחת על פי תנאי הפוליסה וכמפורט במפרט, אשר הינם צמודים למדד (ייקרא להלן: "**דמי הביטוח**" ו/או "**הפרמיה**") למלוא תקופת הביטוח.
- 1.5 דף פרטי הביטוח:** 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, וכיו"ב. דף פרטי ביטוח זה מהווה

את הסכמת המבטחת בכתב לבטח את המבטחים שפרטיהם רשומים בו בכיסויים הביטוחים הרשומים על שמם, והכל בסייגים הרשומים בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981, חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981, וכן התקנות והצווים שהותקנו ו/או שיוקנו מכוח חוקים אלה והוראות וחוזרי המפקח, אשר יסדירו את התנאים החלים על בעל הפוליסה, המבוטח והמבטחת בהקשר לפוליסה זו.

טופס ההצעה/ טופס הצטרפות 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, **וכל זאת במידה ונדרש המבוטח למלא טופס הצעה בטרם כניסתו לביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה.**

חלקו של המבוטח בהוצאה כמפורט לגבי כל טיפול המפורט בנספח תגמולים, שאותו על המבוטחת/מבוטח לשלם בעצמה/ו ועל חשבונה/ו לרופא ההסכם, סכום ההשתתפות העצמית יהיה צמוד למדד והוא יעודכן בהתאם למדד החדש ביחס למדד הבסיסי.

במקרה בו נקבעה השתתפות עצמית, חבות המבטחת לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה תהיה בתוקף רק לאחר ששולמה ההשתתפות העצמית על ידי המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח מעבר להשתתפות עצמית זו.

1.6. הסדר תחיקתי:

1.7. הצעת הביטוח:

1.8. השתתפות עצמית:

חוזר ביטוח שיניים 2012-1-4 שפורסם
ביום 18.06.2012.

חברת בת או אחות של בעל הפוליסה,
לרבות חברות כאמור שיוקמו או ירכשו על
ידי בעל הפוליסה בעתיד.

ילדו של המבוטח, לרבות ילדו החורג וילד
מאומץ אשר גילו מגיל 5 ועד גיל 21.

ילדו של המבוטח לרבות ילדו החורג וילד
מאומץ מעל גיל 21 ועד גיל 30.

עובד/ת או גמלאי של בעל הפוליסה אצל
בעל הפוליסה ובתנאי ששמו מופיע
ברשימת המבוטחים שתועבר מידי חודש
למבטחת ע"י בעל הפוליסה (במדיה
מגנטית עפ"י דרישת המבטחת, והמבטחת
אישרה בכתב את צירופו לביטוח).

בן/בת זוג של עובד/ת או גמלאי/ת של
בעל הפוליסה וילדיהם (לרבות ילדים
בוגרים) מגיל 5-30 בתנאי ששם מופיע
ברשימת המבוטחים שתועבר מידי חודש
למבטחת ע"י בעל הפוליסה (במדיה
מגנטית על פי דרישת המבטחת)
והמבטחת אישרה בכתב את צירופם
לביטוח. **הצטרפות בני זוג וילדים מותנית
בביטוח העובד.**

עובדים, גמלאים ו/או בני זוג ו/או ילדיהם
אשר היו מבוטחים אצל המבטחת על פי
ההסכם הקודם כהגדרתו לעיל.

**מדד המחירים לצרכן הכולל פירות
וירקות המתפרסם ע"י הלשכה המרכזית
לסטטיסטיקה או כל מדד אחר המיוחד
לשירותי הבריאות, שיבוא במקומו, בין
שהוא בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי
המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד
אחר במקום המדד הקיים, תקבע**

1.9. חוזר ביטוח שיניים:

1.10. חברה קשורה:

1.11. ילד:

1.12. ילד בוגר:

1.13. מבוטח:

1.14. מבוטח קיים:

1.15. מדד:

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס שבינו למדד המוחלף.

עבור תגמולי הביטוח/השתתפות עצמית-
מדד חודש מרץ (12194 נק') שפורסם
ביום 15.04.2015. עבור תעריפי הפרמיה
החודשי- המדד אשר פורסם ביום
15.09.2020.

המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא
מוקדם מיום 01.10.2020 על אף האמור,
מועד תחילת הביטוח של מבוטחים קיימים
ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי
הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים
בשני הביטוחים.

נספח המצורף לפוליסה והכולל בין השאר:
תאריך תחילת הביטוח, דמי הביטוח
הקבועים בפוליסה, המדד היסודי וכיו"ב.

ביצוע אחד או יותר מטיפולי השיניים
המפורטים בנספחי הפוליסה, והמכוסים
על פי הפוליסה ובתנאי שהם אינם חורגים
מהיקף הסייגים וההגבלות המפורטים
בפוליסה ובתנאי שהטיפול/ים ניתן/נו
בישראל והמבוטח נזקק לטיפול/ים עפ"י
אמות מידה רפואיות המקובלות באמצעות
רופא שיניים.

מרפאת שיניים, שיש בה כל הרופאים
המקצועיים בתחומי רפואת השיניים
לרבות: טיפולים כירורגיים, טיפולי שורש,
טיפולים פרוטטיים, טיפולים פריודונטליים
והשתלות שיניים, הקשורה עם החברה
בחוזה למתן טיפול שיניים במסגרת ביטוחי
שיניים המונהגים על-ידי החברה, כאשר
על מבוטח הבוחר לקבל טיפול במסגרת
זו, לא תחול כל השתתפות עצמית. כמו כן
לא יידרש אישור מראש של החברה לצורך

1.16. מדד יסודי:

1.17. מועד תחילת הביטוח:

1.18. מפרט הפוליסה:

1.19. מקרה הביטוח:

1.20. מרפאה ייחודית:

טיפול שיניים במסגרתה. רשימת המרפאות הייחודיות מפורטת בנספח ז'.

בהתאם לתוכנית שנרכשה ע"י המבוטח:

ביטוח משמר: כיסוי לטיפולים משמרים כמפורט בנספח א' לפוליסה.

ביטוח משולב: כיסוי לטיפולים משמרים, פרוטטים, פריודנטלים ושתלים כמפורט בנספחים א'-ה'.

נספח א' רשימת הטיפולים המשמרים
המכוסים בביטוח וטבלת החזרים.

נספח ב' רשימת הטיפולים הפרוטטיים
המכוסים בביטוח וטבלת ההחזרים.

נספח ג' רשימת הטיפולים הפריודנטליים
המכוסים בביטוח וטבלת החזרים.

נספח ד' רשימת הטיפולים הקשורים בהשתלות
המכוסים בביטוח וטבלת החזרים.

נספח ה' רשימת הטיפולים הקשורים בטיפולים כירורגים
המכוסים בביטוח וטבלת החזרים.

נספח ו' הגדרות לטיפולי שיניים
(טיפולים משמרים, טיפולים משקמים, טיפולים פריודנטליים, טיפולים לביצוע שתלים, כירורגים).

נספח ז' רשימת מרפאות ייחודיות.

נספחים א'-ה' המצורפים לפוליסה ובהם מפורטים סכומי השיפוי ו/או ההחזר המירביים הרלוונטים לכיסוי הביטוחי המפורט, לרבות סכומי ההשתתפויות העצמיות.

1.21. הכיסויים בפוליסה:

1.22. נספח תגמולי הביטוח:

חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה למבטחת, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה וכן הנספחים המצורפים לו, וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטחת.

1.23. פוליסה:

רופא מטעם המבטחת אשר יבצע עבור המבטחת ועל חשבונה בדיקת מבטחים במקרים חריגים, כמפורט בפוליסה.

1.24. רופא אמון:

רופא שיניים או מרפאת שיניים אשר קשורים בחוזה עם המבטחת למתן טיפול שיניים במסגרת ביטוחי השיניים המונהגים ע"י המבטחת. **למבטחת הזכות לעדכן מעת לעת את רשימת רופאי ההסכם שנמסרה למבטח. רשימת רופאי ההסכם מופיעה באתר האינטרנט של המבטחת והינה הרשימה הקובעת, במידה של שינוי ברשימת רופאי ההסדר במהלך תקופת הביטוח, המבטחת תשמור על פריסה גאוגרפית של רופאי ההסכם דומה ככל הניתן לזו שהייתה קיימת ערב השינוי.**

1.26. רופא שיניים:

רופא שיניים מורשה כדין על פי סעיף 2(1) לפקודת רופאי השיניים (נוסח חדש), התשל"ט-1979.

1.27. רופא מומחה :

רופא שיניים בעל תעודת מומחיות מטעם משרד הבריאות לעסוק בתחום התמחות מוגדר או מי שהוסכם עליו על ידי היועצים הרפואיים של המבטח ובעל הפוליסה כמומחה לצורך מתן שירותים כאמור והופיע ברשימה שפרסם המבטח.

1.28. רופא מורשה:

רופא שיניים שאושר ע"י המבטחת הקשור עם המבטחת בחוזה למתן טיפולי שיניים.

1.29. רופא שיניים פרטי:

רופא שיניים שאינו רופא הסכם.

- 1.30. שנת ביטוח:** תקופה בת 12 חודשים המתחילה ביום תחילת הביטוח של המבוטח ומסתיימת שנים עשר חודשים לאחריו, וכן כל תקופה של 12 חודשים נוספת הבאה לאחר התקופה שלפניה.
- 1.31. תאונה:** אירוע חיצוני פיזי בלתי צפוי אשר היווה את הסיבה העיקרית לטיפול ואינה נובעת מטיפול רופא שיניים.
- 1.32. תקופת הביטוח:** 01/10/2020-30/09/2025 (5 שנים).
- 1.33. תקנות ביטוח בריאות:** תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009
- 1.34. תקרת חבות המבטחת:** הסכום הנקוב בנספח תגמולים, לגבי כל אחד מהטיפולים המכוסים בביטוח בו ת/ישופה מבוטח/ת בטיפול אצל רופא שאינו בהסכם, בטיפולים במבוטחי פוליסה זו. **בכל מקרה לא תשלם המבטחת למבוטח/ת תגמולי ביטוח בגין טיפול אצל רופא שאינו בהסכם, בסכום העולה על תקרת חבותו כפי שמופיעה בנספח לגבי אותו טיפול.**

2. תקופת הביטוח

- 2.1.** תקופת הביטוח הינה כמפורט במפרט הפוליסה (להלן: "**תקופת הביטוח**").
- 2.2.** על אף האמור לעיל, תקופת הביטוח לגבי כל מבוטח תחל ביום הצטרפותו לביטוח ותסתיים בתום תקופת הביטוח כנקוב במפרט הפוליסה וזאת בכפוף לתנאים לביטול הפוליסה המפורטים בסעיף 4.
- 2.3.** בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, פוליסה לביטוח שיניים קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור לעיל ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלו.
- 2.4.** המבטחת לא תבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום

העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבטחים – 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 המבטח; לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטח, 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 המבטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבטח ערב מועד חידוש הביטוח.

3. אופן ההצטרפות לביטוח

- 3.1 מבטחים קיימים - יצורפו לביטוח באופן אוטומטי לפי המסלול שבו היו מבטחים, ללא צורך במילוי טופס הצטרפות (הסכנות היהודית מממנת באופן חלקי את הפרמיה ללא גילום).**
- 3.2 מבטח קיים** אשר אינו מעוניין בהמשך הביטוח, רשאי להודיע בכתב לבעל הפוליסה ולמבטחת על רצונו לבטל הביטוח תוך 90 יום ממועד תחילת הביטוח קרי, עד 01.01.2021 ובתנאי שלא עשה שימוש כלשהו בביטוח זה. הביטוח יופסק בסוף החודש בו יודיע המבטח על הפסקת הביטוח. למען הסר ספק, עובד/ מבטח קיים אשר ביקש לבטל את הביטוח עבורו, לא יוכל להיות מבטח בהמשך.
- 3.3** על אף האמור בסעיף 3.1 ובהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, עובדים אשר הסתיימה העסקתם אצל בעל הפוליסה במהלך תקופת הביטוח הקודמת, ובני משפחותיהם ושילמו למבטחת באמצעי גבייה אישי, **ככל שקיימים**, ייגרעו מהפוליסה בתום תקופת הביטוח הקודמת ולא יצורפו להסכם החדש.

- 3.4. עובדים/גמלאים בני/בנות זוג וילדיהם (להלן: בני משפחה) של עובדים שאינם מבטחים קיימים, יוכלו להצטרף לביטוח עד 90 יום לאחר מועד תחילת הביטוח ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.**
- 3.5. עובד חדש** שהחל את עבודתו לאחר מועד תחילת תקופת הביטוח ובני משפחתו, יוכלו להצטרף לביטוח עד 90 יום לאחר מועד תחילת עבודתו של העובד אצל בעל הפוליסה או ממועד זכאותו, בהתאמה ובכפוף למילוי טופס הצטרפות.
- 3.6. צורך מבטחים חדשים** לביטוח ייעשה עד 4 שנים ממועד תחילת הביטוח, לאחר מכן לא ניתן יהיה לצרף מבטחים חדשים לביטוח.
- 3.7. שינוי במצב משפחתי** - בני משפחה של עובד רשאים להצטרף לפוליסה זו תוך 90 יום ממועד הנישואין, הלידה או האימוץ לפי העניין ובתנאי שהעובד עצמו מבטח בכפוף למילוי טופס הצטרפות.
- 3.8. ילדים** שמלאו להם 5 שנים יוכלו להצטרף למסלול המשמר.
- 3.9. ילדים מגיל 5 ועד 21 יהיו זכאים לטיפולים משמרים בלבד. יובהר כי קיימים שירותים מסוימים בתחום רפואת השיניים עבור ילדים בסל הבריאות, שירותים כאמור עשויים להיות חופפים לכיסויים מסוימים בפוליסה.**
- 3.10. ילד בוגר** - ילדים שיהפכו לבוגרים במהלך תקופת הביטוח, ימשיכו בביטוח בתעריף ילד בוגר.
- 3.11. ילדים** שמלאו להם 21 שנה יוכלו לעבור למסלול המשולב תוך 90 יום מהמועד שמלאו להם 21.
- 3.12. מבטח אשר התגייס לצה"ל** יהיה רשאי, אך לא חייב, להפסיק את הביטוח. לאחר שחרורו מצה"ל יהיה זכאי להצטרף לביטוח מחדש, לא יאוחר מ 180 יום ממועד הזכאות.
- 3.13. מבטחים המבקשים לעבור ממסלול משמר למסלול משולב וההיפך,** רשאים לעשות זאת תוך 90 יום ממועד תחילת הביטוח קרי עד 01.01.2021, ובלבד שהודיעו על כך בכתב לבעל הפוליסה. אם הבקשה תאושר ע"י בעל הפוליסה, היא תועבר לחברה;
- 3.14. עובד שיצא לגמלאות** במהלך תקופת הביטוח, יהיו הוא ובני משפחתו המבטחים יחד עמו, זכאים להמשיך בביטוח בפרמיות של הגמלאים ובני משפחותיהם ועד תום תקופת הביטוח. תשלום הפרמיה יתבצע באמצעות גביה מרוכזת ישירות למבטחת ובכפוף להודעה בכתב שתמסר למבטחת.

- 3.15. שאריו (אלמן/אלמנה וילדיה) של עובד** שהלך לעולמו במהלך תקופת הביטוח, ימשיכו להיות מבטחים עד תום תקופת הביטוח באמצעות גביה מרוכזת.
- 3.16. עובד/ת שהתגרש/ה** במהלך תקופת הביטוח, ילדיו יוכלו להמשיך ולהיות מבטחים באמצעות גביה מרוכזת.
- 3.17. יובהר, כי עובד/גמלאי** יוכל לצרף את בן/בת זוגו וילדיו לביטוח רק אם הצטרף לביטוח בעצמו.
- 3.18. עובד/גמלאי** יוכל להיות מבטח ברובד המשולב ובני משפחתו יוכלו להיות מבטחים ברובד המשמר או המשולב, על פי בחירתם. במידה ועובד/גמלאי יהיה מבטח ברובד המשמר בלבד, בני משפחתו יוכלו להיות מבטחים גם הם רק ברובד המשמר
- 3.19. צירוף המבטחים לביטוח כאמור בסעיף 3.1-3.15** יעשה בהתאם להוראות תקנות ביטוח בריאות קבוצתי כמפורט להלן:
- 3.19.1. מוטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי** חובה אחת מאלה:
- 3.19.1.1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד.**
- 3.19.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;**
- 3.19.1.3. לא תצרפו המבטחת, לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה ואם המבטח הוא ילדו או בן-זוגו של חבר בקבוצת המבטחים - המבטחת רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר לצירוף ילדו או בן/בת-זוגו.**
- 3.19.2. סעיף 3.16.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או אצל מבטח/ת אחרת, אם התקיימו תנאים אלה:**
- 3.19.2.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;**
- 3.19.2.2. 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.

3.19.2.3 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50 לא

**תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה
או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.**

4. ביטול הביטוח

4.1 הגדרות:

- 4.1.1 חל"ד** - חופשת לידה כהגדרתה בחוק עבודת נשים –
תשי"ד 1954 ("החוק"), לרבות לגבי הורה מאמץ או הורה
מיועד כמשמעותם בחוק.
4.1.2 חל"ת - חופשה ללא תשלום. לתקופת של 3 חודשים
ומעלה שבה המבוטח הפסיק לעבוד במקום עבודתו הקבוע
ללא ניתוק יחסי עובד מעביד, והוא אינו מקבל משכורת
ממעבידו.

4.2 בכל אחד מהמקרים הבאים יגיע הביטוח לסיומו, הן לגבי המבוטח שהינו עובד והן לגבי בני משפחתו:

- 4.2.1** נותקו יחסי עובד-מעביד מסיבה כלשהי בין בעל הפוליסה
לבין עובד מבוטח כלשהו.
4.2.2 בן/בת זוג של עובד שנישואיו הגיעו לקיצם בגירושין.
4.2.3 פטירתו של המבוטח.
4.2.4 אי חזרה לעבודה מחל"ד או חל"ת. **להסרת ספק יובהר, כי
במשך תקופת החל"ד ו/או החל"ת ישולמו דמי ביטוח
בגין המבוטח ובני משפחתו המבוטחים.**
4.2.5 במקרה של ביטול הביטוח על ידי המבוטח לפי סעיף 4.3
להלן.

4.3 ביטול הפוליסה על ידי המבוטח יהיה בהתאם להוראות חוזר ביטוח שיניים 4-2012:

- 4.3.1** מבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי,
למעט דרישת החזר כספי כמפורט בסעיף 4.3.2 להלן.

4.3.2.

מבטח רשאי לדרוש החזר כספי ממבטוח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:

4.3.2.1.

המבטוח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מבניהם (להלן: "**התקופה הקובעת**").

לעניין זה, במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר (להלן: "**חידוש פוליסה**") שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבטוח לפוליסה לראשונה.

4.3.2.2.

תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות.

4.3.2.3.

סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבטוח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבטוחים אחרים בפוליסה.

4.3.3.

גובה ההחזר הכספי האמור בסעיף 4.3.2, לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבטוח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.

4.3.4.

לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו:

"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילם המבוטח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכוח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בסעיף 4.3.2.1, חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילם המבוטח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. המבוטח יהיה רשאי לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

"סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקה 4.3.2.1 הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

4.4.

סיום הביטוח ייחשב היום האחרון בחודש בו הופסק הביטוח.

4.5.

מבוטח שעבודתו הופסקה או הסתיימה לפני תום תקופת הביטוח, ולא הועברו בגינו דמי ביטוח, לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח לאחר תאריך הפסקת הביטוח לגביו והכל מבלי לגרוע מהוראות סעיף 4.3 לפוליסה.

4.6.

ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח בהתאם

לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי כמפורט להלן:

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 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 60 הימים כאמור.

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.

לענין 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.

על אף האמור לעיל, 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.

4.7. למען הסר ספק, מבוטח שיבחר לגרוע את עצמו מהביטוח לא יוכל להצטרף בהמשך.

5. הליכי תביעה / תגמולי הביטוח / השתתפות עצמית

5.1. המבטחת תכסה אך ורק את הטיפולים המכוסים המפורטים בנספחי

הפוליסה ובתנאי שהם אינם חורגים מהיקף הסייגים וההגבלות המפורטים בפוליסה.

5.2. המבוטח זכאי לקבל את הטיפולים אצל כל רופאי השיניים במדינת ישראל.

5.3. המבוטח יישא בתשלום השתתפות עצמית כמפורט בנספחים א' – ה' בגין טיפול שיניים.

5.4. באמצעות מרפאה ייחודית

מבוטח הפונה לאחת המרפאות הייחודיות כהגדרתה לעיל, יקבל את כל טיפולי השיניים: המשמרים, המשקמים (פרוטטיים), הפריודנטליים ושתלים המכוסים על פי פוליסה זו, ללא צורך בקבלת אישורים מוקדמים של חברת הביטוח וללא השתתפות עצמית. טיפולי השיניים יבוצעו על ידי הרופאים המורשים במרפאה.

5.5. באמצעות רופא הסכם

מבוטח הפונה אל רופאי הסכם כהגדרתו לעיל, לא ישלם בגין הטיפולים המשמרים. בגין טיפולים משקמים (פרוטטיים), טיפולי חניכיים (פריודנטליים) וטיפולים לביצוע שתלים, ישא המבוטח בהשתתפות עצמית, כמפורט בנספחים א' – ה', בהתבסס על תוכנית הטיפולים

שתוגש לאישורה המוקדם של המבטח. יתרת העלות תכוסה ע"י המבטחת במישרין לרופא ההסכם. טופסי הבקשה לאישור תוכניות טיפול וצילומי רנטגן הנדרשים וטפסי התביעה לתשלום, יועברו כולם במישרין ע"י רופא ההסכם למבטחת. המבטחת תאשר תכנית טיפולים תוך 14 ימי עסקים. אם לא יתקבל אישור התוכנית תוך 14 ימי עסקים יראו את התוכנית כמאושרת ע"י חברת הביטוח.

באמצעות רופא שיניים פרטי

5.6

כל מבטח רשאי לפנות לכל רופא שיניים פרטי כהגדרתו לעיל. מבטח שיפנה לרופא שיניים פרטי ויקבל טיפול רפואי המכוסה ע"י חברת הביטוח במסגרת פוליסה זו, יקבל החזר כספי מהמבטחת עד סכום השיפוי המרבי כנקוב ליד הטיפול שקיבל, כמפורט בנספחים א'-ה' בהסכם זה ובכפוף להשתתפות עצמית בה יישא המבטח. טיפולים משמרים עפ"י נספח א' אינם חייבים באישור מוקדם של המבטחת והמבטח יגיש למבטחת טופס תביעה לתשלום בצרוף צילומים וחשבוניות מקוריות. ניתן להגיש את המסמכים באופן דיגיטלי

באמצעות הקישור: <https://easy.menoramivt.co.il/dental-insurance-claims>

טיפול פרוטטיים, פריודנטליים וטיפולים לביצוע שתלים כמפורט בנספחים ב' – ד' חייבים אישור מוקדם של המבטחת לפני ביצוע הטיפולים. המבטח ידאג שרופא השיניים הפרטי ימלא טופס בקשה לאישור מראש, יחתום עליו, יצרף צילום סטטוס או פנורמי וישלח למבטחת.

המבטח יקבל את התשלום מחברת הביטוח תוך 14 ימי עסקים מיום הגשת טופס התביעה למבטח. במידה והתשלום הנדרש ע"י רופא השיניים הפרטי עולה על המחיר המרבי ישא המבטח בהפרש התשלום.

עזרה ראשונה/ טיפולי חירום

5.7

מבטח יהיה זכאי לשירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול שיניים המתבצעים **באמצעות מרפאות הסכם ובשעות הפעילות** הכוללים: בדיקה וצילום השן ו/או השיניים הכואבות, סתימה זמנית, מרשם מתאים לשינוך הכאב (לא כולל עלות התרופה במרשם) במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת, עקירה דחופה, ניקוז מורסה משן גנועה, הדבקה ארעית של כתרים שנפלו ועקירת עצב מודלק.

5.8.

תנאים כלליים להגשת תביעה

- 5.8.1. על המבוטח להגיש ישירות למבטחת בגמר כל טיפול אצל רופא שיניים פרטי את המסמכים הבאים:
- 5.8.2. המבוטח ימסור למבטחת כל הקבלות והחשבוניות (מקור ו/או העתק), הפרטים והמסמכים הרפואיים הסבירים והאחרים (מסמכים מקוריים או העתק המסמכים המקוריים) הדרושים למבטחת לבירור תביעתו. המבוטח רשאי להגיש את המסמכים בין היתר באמצעים אלקטרוניים.
- 5.8.2.1. **המבטחת תוכל לדרוש צילום של תיק הטיפולים והתשלומים של המטופל במרפאה הפרטית.**
- 5.8.2.2. טופס רב תכליתי שבו ציין הרופא סוג הטיפולים שהמבוטח קיבל, באיזו שן הם בוצעו ואת התשלום עבורם.
- 5.8.2.3. צילומי רנטגן או צילום תיק טיפולים על פי הצורך.
- 5.8.3. תגמולי הביטוח ישולמו תוך 14 ימי עסקים, מהיום שהיו ביד החברה כל המסמכים כנדרש לצורך ברור התביעה.
- 5.8.4. תשלום ההשתתפות העצמית היא באחריות המבוטח.
- 5.8.5. בכל מקרה של צורך בטיפול משמר **המכוסה בביטוח אצל רופא הסכם** – אין צורך באישור מראש של המבטחת.
- 5.8.6. טיפולים שנדרש בגינם אישור מראש ובוצעו ללא אישור מראש, יבחנו על פי תנאי הפוליסה לרבות המצאת צילומים כנדרש בתנאי הפוליסה. יובהר, כי יתכנו מקרים בהם הבחינה בדיעבד לא תתאפשר מאחר ובפה בוצעו כבר שינויים אשר ימנעו את האפשרות לבצע צילומים ו/או בדיקות כנדרש, ובכך תפגע אפשרותו של המבוטח לכיסוי.
- 5.8.7. במקרה של **טיפול רפואי משמר אצל רופא שיניים פרטי**, על המבוטח להודיע לרופא זה לפני קבלת הטיפול שהינו מבוטח בביטוח הוצאות ריפוי שיניים אצל המבטחת, על המבוטח לדאוג לכך שהרופא יציין את הטיפולים שקיבל על הטופס המתאים ובנוסף לכך, על המבוטח לקבל מהרופא צילומים המתייחסים לשיניו, לשלם עבור הטיפול ולקבל חשבונית מס מקור, המעידה על התשלום.

5.8.8.

בכל מקרה של צורך בטיפול פריודונטי, פרוטטי, ביצוע שתלים או כירורגי המכוסה בביטוח בין ע"י רופא הסכם ובין ע"י רופא שיניים פרטי, תכנית הטיפול צריכה להיות מועברת למבטחת לאישור מראש. תוך 14 ימי עסקים מיום קבלת הבקשה על ידי המבטחת, תיתן המבטחת את תשובת רופא המבטחת. בתשובה ייקבע באם התוכנית מאושרת ומוכרת ע"י המבטחת – אם לאו, איזה חלק ממנה מאושר, וכן תחול ההשתתפות העצמית כמפורט בנספחי הפוליסה או יפורט סך תקרת ההחזר הכספי שיינתן על ידי המבטחת, בהתאם להוראות הסכם זה.

5.8.9.

יודגש, כי לטופס אישור מראש לטיפולים פרוטטיים יש לצרף צילום סטטוס או פנורמי או פוטו של כל הפה ובמקרה של טיפול וטכניקה של שתלים, יש לצרף צילום פנורמי ויתכן גם צילום CT (בכפוף לבקשת הרופא המבצע ובאישור רופא המבטחת).

5.9. תגמולי ביטוח והשתתפות עצמית לטיפולים משמרים

5.9.1.

קיבל המבוטח טיפול משמר המכוסה בביטוח אצל רופא הסכם תשלם המבטחת ישירות לרופא ההסכם בהתאם לתנאי הפוליסה ולפי ההסדרים שבינה לבין רופא ההסכם והמבוטח יהיה פטור מתשלום כלשהו. אין צורך בקבלת אישור מראש מהמבטחת.

5.9.2.

קיבל המבוטח טיפול משמר המכוסה בביטוח אצל רופא שיניים פרטי תשלם המבטחת למבוטח תגמולי ביטוח בגין ההוצאות הממשיות שהוציא לתשלום לרופא על טיפול השיניים ועל פי קבלות שימציא למבטחת, אך לא יותר מתקרת סכום השיפוי המרבי הנקוב לצד כל טיפול שיניים שהיה בתוקף בתאריך הטיפול, כמפורט בטבלת התגמולים לטיפולים משמרים וזאת תוך 14 יום מהמועד שבו תתקבל התביעה אצל המבטחת.

5.9.3.

מודגש כי לעניין מקרה ביטוח שהוא בתחום ניתוחי החניכיים ו/או החדרת שתלי שיניים, תנאי לחבות החברה הוא כי הטיפול ניתן על ידי רופא שיניים מומחה/"מורשה" לחניכיים ו/או מומחה/"מורשה" לניתוחי פה ולסתות.

5.10. שיתוף פעולה

5.10.1. על המבוטח למסור למבטחת תוך זמן סביר לאחר שנדרש לכך את המידע והמסמכים הדרושים לברור חבות ואם אינם ברשותו עליו לעזור למבטחת כמיטב יכולתו להשיגם.

5.10.2. לא קוימה חובה לפי הסעיף לעיל במועדה, וקיומה היה מאפשר למבטחת להקטין חבותה אין המבטחת חייבת בתגמולי הביטוח אלא במידה והייתה חייבת בהם אילו קוימה החובה.

5.10.3. הוראה זו לא תחול בכל אחת מאלה –
5.10.3.1. החובה לא קוימה או קוימה באיחור מסיבות מוצדקות.

5.10.3.2. אי קיומה או איחורה לא מנע מהמבטחת את בירור חבותה ולא הכביד עליה את הבירור.

5.10.3.3. אם המבוטח עשה במתכוון דבר שהיה בו כדי למנוע מהמבטחת את בירור חבותה או להכביד עליה אין המבטחת חייבת בתגמולי ביטוח אלא במידה שהייתה חייבת בהם אילו לא נעשה אותו דבר.

6. סודיות רפואית

על פי בקשת המבטחת ימציא המבוטח טופס ויתור על סודיות רפואית בקשר לטיפולים הרפואיים שנערכו בשינוי.

7. בדיקה רפואית

המבטחת תהיה זכאית לדרוש מהמבוטח לעבור בדיקה רפואית אצל רופא שיניים מטעמה בשל טיפול שנערך למבוטח ושיש לגביו מחלוקת והמבוטח יהיה חייב להיענות לדרישה זו.

8. תגמולי הביטוח / השתתפות עצמית-

8.1. מקרה הביטוח הוא קבלת אחד או יותר מהטיפולים המפורטים בנספחים א' – ה' ובכפוף לנספח ההגדרות לטיפולי שיניים ובתנאי שהם אינם חורגים מההיקף הסייגים וההגבלות המפורטים בפוליסה ובנספחיה.

8.2. המבוטח זכאי לקבל את הטיפולים אצל כל רופאי השיניים במדינת ישראל.

8.3. קיבל המבוטח **טיפול משמר** המכוסה בביטוח (כמפורט **בנספח א'** לפוליסה) **אצל רופא הסכם** תשלם המבטחת ישירות לרופא ההסכם בהתאם לתנאי הפוליסה ולפי ההסדרים שבינה לבין רופא ההסכם והמבוטח יהיה פטור מתשלום כלשהו.

8.4. קיבל המבוטח **טיפול משמר** המכוסה בביטוח (כמפורט **בנספח א'** לפוליסה) **אצל רופא שאינו בהסכם** תשלם המבטחת למבוטח תגמולי ביטוח בגין הוצאות ממשיות שהוציא לתשלום לרופא על טיפול השיניים, אך לא יותר מסכום השיפוי המירבי כנקוב בטבלת ההחזרים לטיפולים משמרים בקשר לאותו טיפול שיניים שהיה בתוקף בתאריך הטיפול.

8.5. קיבל המבוטח **טיפול פרוטטי** (כמפורט **בנספח ב'** לפוליסה), **פריודנטלי** (כמפורט **בנספח ג'** לפוליסה), **שתלים** (כמפורט **בנספח ד'** לפוליסה) המכוסה בביטוח **אצל רופא הסכם** יהיה המבוטח חייב לשלם רק את דמי ההשתתפות העצמית הנקובים בנספחים המוזכרים לעיל כנקוב ליד שם הטיפול וכפי שיהיו בתוקף ביום קבלת הטיפול. יתרת התשלום לרופא ההסכם תשולם על ידי המבטחת.

8.6. **קיבל המבוטח טיפול פרוטטי** (כמפורט **בנספח ב'** לפוליסה), **פריודנטלי** (כמפורט **בנספח ג'** לפוליסה) **שתלים** (כמפורט **בנספח ד'** לפוליסה) המכוסה בביטוח **אצל רופא שאינו בהסכם** תשלם המבטחת למבוטח תגמולי ביטוח בניכוי ההשתתפות העצמית המפורטת בנספחים המוזכרים לעיל, מסך ההוצאה בפועל ועד תקרת ההחזר המפורטת בנספחים.

8.7. כל הסכומים הנקובים בנספחים צמודים למדד המחירים לצרכן ויותאמו ביום הראשון של כל חודש. חישוב הפרשי ההצמדה יעשה כשמדד הבסיס הוא המדד שצוין במפרט והמדד החדש הוא המדד שיהיה ידוע ביום ההתאמה.

9. דמי הביטוח

9.1. דמי הביטוח החודשיים עבור כל מבוטח הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת, בכפוף לאמור במפרט הפוליסה המצורף לפוליסה זו.

דמי הביטוח יהיו צמודים למדד היסודי המפורט במפרט הפוליסה ובדף הרשימה וישולמו בהתאם למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום חודשי של דמי ביטוח.

9.2. תשלום דמי הביטוח יבוצע במרוכז למבטחת ע"י בעל הפוליסה, עבור עובדיו ו/או החברים ועבור בני משפחותיהם אשר הצטרפו לביטוח. דמי הביטוח ישולמו עבור כל חודש ביטוח, עד ל- 10 בחודש העוקב (לדוגמא דמי הביטוח בגין חודש ספטמבר 2020 ישולמו עד ה- 10.10.2020).

10. סייגים לחבות המבטחת

מודגש ומובהר בזה, כי הכיסוי הביטוחי על פי פוליסה זו מעניק כיסוי ו/או שיפוי ו/או תגמולי ביטוח כלשהם רק לאלו המפורטים במפורש בנספחי הפוליסה ובכפוף לאמור להלן, ובתנאי שהמבטחת הכירה בקיומו של מקרה הביטוח.

למען הסר ספק, טיפולי שיניים אשר אינם כלולים בנספחים הרצ"ב אינם כלולים בביטוח זה. יהא מצבם של שיני המבוטח/ת אשר יאה, המבטחת תהיה פטורה מתשלום תגמולי ביטוח בגין כל אחד מאלה:

10.1. בגין טיפולים שאינם מפורטים ברשימת הטיפולים בפוליסה או כל טיפול אחר שאינו מוגדר בפוליסה זו כטיפול שיניים.

10.2. בגין טיפולים המפורטים בנספחי הפוליסה אם נעשו למטרות של טיפולים אורתודונטים.

10.3. בגין טיפולים משמרים ופרוטטיים המפורטים בנספחים אם נעשו למטרות של טיפולים אורתודונטים.

10.4. החברה אינה אחראית לכל נזק שנגרם לגופו או לרכושו של מבוטח, במרפאה בה מקבל המבוטח טיפול בשיניו, לרבות במרפאה בה נותן רופא ההסכם טיפול, בין שהנזק נגרם ע"י הטיפול במרפאה ובין שנגרם מסיבה אחרת ו/או עקב טיפול לקוי ו/או רשלנות מקצועית ו/או בגין כל טיפול הנובע מכך.

10.5. החברה אינה אחראית לכל מעשה ו/או מחדל של רופא שיניים כלשהו (לרבות רופא הסכם) ו/או עובדיו ו/או עובד של המרפאה, בה נותן הרופא טיפול ו/או כל אדם המצוי סמוך למקום מתן הטיפול

10.6. טיפול שבוצע שלא ע"י רופא שיניים.

10.7. בגין טיפולים שהוחל בהם בטרם היותו מבוטח.

10.8. בגין טיפול שלגביו המבוטח מסר למבטחת עובדות כוזבות.

10.9. טיפול שיניים שהתבצע בחריגה מהותית מהתנאים המצוינים בפוליסה.

10.10. ההזדקקות לטיפול שיניים נגרמה ע"י המבוטח במכוון.

10.11. בגין תרופות למניעת כאבים או אנטיביוטיקה שאינם חלק מטיפול השיניים.

- 10.12. טיפול שיניים עקב תאונה (נזק תאונתי)
- 10.13. טיפולים שנדרש בגינם אישור מראש ובוצעו ללא אישור מראש, ייבחנו על פי תנאי הפוליסה לרבות המצאת צילומים כנדרש בתנאי הפוליסה. יובהר כי ייתכנו מקרים בהם הבחינה בדיעבד לא תתאפשר מאחר ובפה בוצעו כבר שיניים אשר ימנעו את האפשרות לבצע צילומים/בדיקות כנדרש ובכך תפגע אפשרותו של המבוטח לכיסוי.
- 10.14. כל זאת בנוסף לסייגים המפורטים בנספחים לפוליסה.
- 10.15. המבטחת לא תשלם ו/או תשפה בגין טיפולים לאחר תום תקופת הביטוח, בכפוף לסעיף 21.1 לפוליסה.
- 10.16. בגין תרופות שהמבוטח נזקק להם בקשר לטיפול שיניים.

11. מרמה של מבוטח

המבטחת פטורה מחבות בגין מקרה ביטוח שהמבוטח מסר עובדות כוזבות בגינו, או שהעלים מהמבטחת עובדות בנוגע למקרה הביטוח או בנוגע לחבות המבטחת והדבר נעשה בכוונת מרמה וזאת בכפוף לאמור בחוק חוזה ביטוח.

12. מתן מסמכים למבוטח בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצת

- 12.1. המבטחת תמסור 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 שיוזרה עליהם המפקח.
- 12.2. על אף האמור בסעיף 11.1 להלן, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, 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.
- 12.3. חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, תשלח המבטחת למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחובה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.

12.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, תשלח המבטחת למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטחת ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטחת רשאית שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים

13. מתן הודעות למבוטח בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתית

13.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה- 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.

13.2. 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.

13.3. 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.

13.4. 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, ויצוין 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.

13.5. 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.

13.6. חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, תמסור המבטחת 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.

13.7. 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;

14. כפל ביטוח

14.1. המבטחת תהיה אחראית לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח שיניים אחרת בין אצל אותה מבטחת ובין אצל מבטח אחר.

14.2. 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.

15. התחייבויות בעל הפוליסה

15.1. בעל הפוליסה מתחייב כי ימסור למבטחת, לפני תחילת תקופת הביטוח, הצהרה והתחייבות המצ"ב כנספח לפוליסה כמתחייב על פי תקנות ביטוח בריאות קבוצתית, כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד וכי אין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה; וכי הצטרפות המועמדים לביטוח

השיניים הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבטחת.

- 15.2.** בעל הפוליסה מתחייב כי ימסור למבטחת לפני תחילת תקופת הביטוח הצהרה והתחייבות המצ"ב כנספח לפוליסה, כמתחייב על פי תקנות ביטוח בריאות קבוצתי, בדבר מימון הפרמיה לעובדים.
- 15.3.** בעל הפוליסה ימסור למבטחת מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטחת לשם קיום חובותיה על פי דין ולפי הפוליסה לביטוח שיניים קבוצתי.

16. זכויות על פי הפוליסה בעת שירות צבאי

הזכויות על פי 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.

17. תנאים כלליים

תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו היא שלוש שנים ממועד קרות מקרה הביטוח.

18. הודעות

- 18.1.** על המבוטח להודיע למבטחת בכתב על כל שינוי בכתובתו. המבטחת תצא לידי חובתה במשלוח הודעות לפי הכתובת האחרונה הידועה לה.
- 18.2.** כל ההודעות המיועדות למבטחת וכן כל המסמכים שיש למסור לה ימסרו בכתב למשרדה הראשי.
- 18.3.** הודעה שנשלחה על ידי המבטחת למבוטח לכתובת הידועה האחרונה שנמסרה לה על ידו - תחשב כנמסרה לנמען בתום 72 שעות ממסירתה במשלוח בדואר רשום. אין באמור כדי לגרוע באפשרות לדרכי מסירה אחרות.

19. מקום שיפוט

מקום השיפוט הבלעדי בכל הקשור בפוליסה הוא בית המשפט המוסמך עניינית לדון במחלוקת בישראל.

20. הוראות מתוך חוזר ביטוח שיניים 2012-1-4:

- 20.1.** מבטח יכסה טיפולים שבוצעו בתוך 90 יום מתום תקופת הביטוח, או במועד מאוחר יותר, בהתאם לתנאי תכנית הביטוח, שמתקיים בהם אחד מאלה:
- 20.1.1. טיפול שהוא חלק מתכנית טיפולים שהוגשה לאישור המבטח במהלך תקופת הביטוח;
- 20.1.2. טיפול שהחל במהלך תקופת הביטוח.
- 20.2. בחירת נותן שירות**
- המבטח יאפשר למבוטח בתכנית לביטוח שיניים לבחור, בשלב התביעה, בכל ספק, ולא יגביל את המבוטח לבחירת ספק שבהסדר עם המבטח.
- 20.3.** מבטח יאפשר למבוטח המעוניין בכך לקבל טיפול חלופי לטיפול המכוסה בפוליסה, בתנאי שלפי סטנדרטים רפואיים מקובלים הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות רפואיות דומות, ובתנאי שעלות הטיפול החלופי למבטח לא תעלה על עלות הטיפול המכוסה בפוליסה.
- 20.4. איסור השפעה על שיקול דעת**
- מבטח לא ישפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא ולא ייתן לו הוראות או הנחיות טיפוליות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.
- 20.5. נימוק דחיית תביעה או דחיית ערעור**
- במקרה של דחיית תביעה או דחיית ערעור על בסיס רפואי, ישלח המבטח למבוטח הודעה מנומקת וחתומה על ידי רופא שיניים.

21. שונות

הסכמת מי מהצדדים לסטות מתנאי הסכם זה במקרה מסוים או בסדרת מקרים, לא תהווה תקדים ולא ילמדו ממנה גזירה שווה בכל מקרה אחר בעתיד.

לא השתמש או השתתף מי מן הצדדים מלהשתמש בזכות מהזכויות המוקנות לו על פי הסכם זה, במקרה מסוים או בסדרת מקרים, לא יראו בכך ויתור על זכות מזכויותיו.

למען הסר ספק, מוסכם בין הצדדים, כי כל שינוי בתנאי הסכם זה ו/או ויתור על זכויות של מי מהצדדים ו/או כל תוספת להסכם, יעשו אך ורק בכתב ובחתימת שני הצדדים, כל אחד באמצעות מורשי חתימה מטעמו, תוך ציון מפורש במסמך כי הינו מהווה שינוי ו/או תוספת להסכם.

22. קרן לפנים משורת הדין

המבטח יזקוף לזכות בעל הפוליסה סכום בגובה 2% מהפרמיה החודשית המצטברת אשר תשמש לתשלומי תביעות לפנים משורת הדין. נציג/ים אשר יוסמך על ידי בעל הפוליסה, כולם ביחד וכל אחד לחוד, יהיו המוסמכים מטעמו של בעל הפוליסה להורות לחברת הביטוח באמצעות היועץ הרפואי לבעל הפוליסה על תשלום לפנים משורת הדין. לא ישולמו סכומי ביטוח לפנים משורת הדין מעבר לסכום הקיים בקרן בפועל.

23. יועץ ביטוחי רפואי

להבטחת ביצוע התחייבויות המציע על פי תנאי הפוליסה, מינה בעל הפוליסה את היועץ הביטוחי רפואי לגורם בקרה חיצוני בלתי תלוי. היועץ יפקד, בין היתר, על בדיקת התחייבויותיו של המבטח כלפי בעל הפוליסה וכלפי המבוטחים. היועץ יהיה רשאי לעיין במסמכים הקשורים לביצוע התחייבויות המבטח, לרבות, סיכומי מחלה, דוחות רפואיים וכיוצא באלה, מסמכים שעניינם אישור או דחיית תביעות. העתקי דוחות של היועץ, בין בדרך כלל ובין במקרה של בירור תביעות, יועברו, בכפוף להוראות כל דין, גם לבעל הפוליסה. חברת הביטוח תעמיד לרשות בעל הפוליסה והיועץ כל מידע רפואי, כספי כגון: נתוני תביעות, מספר התביעות ונושאי התביעות, סך התביעות ששולמו וסך התביעות התלויות ועומדות לפי פרקי הפוליסה השונים, מספר התביעות שנדחו, פירוט תביעות שנדחו. המידע כאמור לעיל יוגש לבעל הפוליסה תוך 30 יום ממועד הבקשה. מידע בענייני תביעות רפואיות יוגש ליועץ תוך 72 שעות ממועד הבקשה, בכפוף להסכמתם בכתב של המבוטחים על ויתור סודיות רפואית.

במקרים של חילוקי דעות בין בעל הפוליסה למבטח בנוגע לזכאותו של מבטח לקבלת כיסוי ביטוחי ו/או שירות רפואי על פי תנאי תכנית ביטוח זו, יוכרעו חילוקי הדעות בהתאם להמלצת היועץ.

24. מידע נוסף

- 1.1 תקופת המתנה:** אין תקופת המתנה בפוליסה
- 1.2 תקופת אכשרה:** אין תקופת אכשרה בפוליסה
- 1.3 תקופת הביטוח:** התקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח ונמשכת בסיום מועד ההסכם או בסיום ההסכם למבטח בהתאם למפורט בתנאים הכלליים לפוליסה.

רשימת הכיסויים:

נספח א' – טיפולים משמרים

(הסכומים המוצגים הינם בש"ח)

מאות הטיפול	השתתפות עצמית במרפאה ייחודית	השתתפות עצמית אצל רופא הסכם	תקרת החדר למבוטח אצל רופא פרטי ב ש
בדיקה ראשונית (אחת לתקופת ביטוח) D0150000 הערכה מקיפה של הפה - מטופל חדש-מוכר	אין	אין	140
בדיקת תקופתית (אחת לשנת ביטוח) D0120000 הערכה תקופתית של הפה - מטופל מוכר	אין	אין	140
עזרה ראשונה (פעמיים בשנה) D9110000 עזרה ראשונה טפול בכאב שיניים	אין	אין	140
צילום פנורמי D0330000 צילום פנורמי	אין	אין	179
צילום סטטוס D0210000 צילום סטטוס מלא	אין	אין	286
הסרת אבן (עד 4 פעמים בשנה) D4355000 הטריה והסרה של פלאק ואבנית בכל הפה לשם הערכה ואבחון מקיפים	אין	אין	155
סתימת אמלגם (אחת לשן בכל שנתיים) D2140000 שחזור אמלגם משטח 1 משן ראשוני או קבוע	אין	אין	190
תוספת לפין אחד TNS D2959000 שחזור מרכב על בסיס שרף-אקריל כולל אחיזת פינים	אין	אין	18
תוספת ל-2 פינים TMS או יותר	אין	אין	35
סתימה לבנה (אחת לשן בכל שנתיים) D2391000 שחזור מרכב על בסיס שרף או אקריל - משטח 1 אחורי	אין	אין	260

262	אין	אין	קיטוע מוך השן (בשיניים נשירות בלבד) D3220000 קיטוע מוך שן נשירה או קבועה לא כולל סתימה סופית
200	אין	אין	כתר טרומי (לילדים או באישור מיוחד) D2930000 כתר טרומי מפלדת אל חלד- שן נשירה
466	אין	אין	איטום חריצים (לילדים עד גיל 18) D1351000 איטום חריצים לכל שן
576	אין	אין	טיפול שורש/חידוש טיפול שורש תעלה (אחת) D3310000 טפול שורש שן קדמית לא כולל שחזור סופי D3346000 חידוש טפול שורש- שן קדמית
694	אין	אין	טיפול שורש/חידוש טיפול שורש (2 תעלות) D3320000 טפול שורש שן מלתעה לא כולל שחזור סופי D3347000 חידוש טפול שורש- שן מלתעה
876	אין	אין	טיפול שורש/חידוש טיפול שורש (3 תעלות) D3330000 טפול שורש - שן טוחנת לא כולל שחזור סופי D3348000 חידוש טפול שורש - שן טוחנת
920	אין	אין	טיפול שורש/חידוש טיפול שורש (4 תעלות) D3339000 טפול שורש - 4 תעלות לא כולל שחזור סופי D3349000 חידוש טפול שורש - 4 תעלות
החזר תשלום 150% בגובה	אין	אין	טיפול שורש ע"י מומחה או מנתח פה ולסת D3310000 טפול שורש שן קדמית לא כולל שחזור סופי D3320000 טפול שורש שן מלתעה לא כולל שחזור סופי D3330000 טפול שורש - שן טוחנת לא כולל שחזור סופי
260	אין	אין	עקירה רגילה D7140000 עקירה שן שבקעה או שורש חשוף שן אחת
490	אין	אין	עקירה כירורגית כולל נבטים כלואים D7210000 עקירה כירורגית - שן שבקעה לחלל הפה הדורשת הרמת מתלה

573	אין	אין	עקירת שיניים/נבטים כלואים D7220000 עקירה כירורגית שן כלואה ברקמה רכה
346	אין	אין	קיטע שורש השן (המיסקציה) D3920000 המיסקציה
573	אין	אין	קיטוע חוד השן (אפיסקטומי) D3410000 כריתת חוד השורש- אפיקוטקטומי- שן קדמית כולל סתימה רטרוגרדית
334	אין	אין	ניקוז מורסה בדרך כירורגית D7510000 חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה
80	אין	אין	גז צחוק D9230000 אנלגזיה כולל ניטרוס לא כולל טפול דנטלי

*הסכומים נכונים למדד חודש מרץ שפורסם ביום 15.04.2015 (12194 נק').

נספח ב' – טיפולים פרוטטיים
(הסכומים המוצגים הינם בש"ח)

מהות הטיפול	השתתפות עצמית במרפאה ייחודית	השתתפות עצמית בפנייה למרפאת הסכם או מרפאה פרטית ב ש	תקרת ההחזר במרפאה פרטית ב ש
בדיקת הפה (עד 4 בדיקות בתקופת הביטוח)	אין	אין	140
D2950000 בניית תווך כולל פינים לסוגיהם	אין	101	330
D2952000 מבנה יצוק בתוספת לכתר	אין	161	520
כתר וינר/חרסינה D2751000 כתר חרסינה מאוחה למתכת בסיס	אין	358	1350
שומר מקום לסת אחת D1510000 שומר מקום קבוע - התקנה	אין	197	591
תותבת חלקית נשלפת משרף אקריל D5211000 תותבת חלקית בלסת עליונה- של בסיס שרף כולל ווים ונחות D5212000 תותבת חלקית לסת תחתונה- על בסיס שרף אקריל כולל ווים ונחות	אין	358	1074
תותבת חלקית נשלפת מכרום קובלט D5213000 תותבת חלקית לסת עליונה - נשלפת מויטליום כולל ווים ונחות D5214000 תותבת חלקית לסת תחתונה נשלף מויטליום כולל ווים ונחות	אין	685	2055
מחבר D5862000 מחבר מדויק לפי דיווח	אין	227	681

1968	656	אין	D5110000 תותבת שלמה- לסת עליונה D5120000 תותבת שלמה- לסת תחתונה
2238	746	אין	תותבת שלמה רוכבת ללסת D5860000 תותבת על שתלים
894	298	אין	תותבת מעבר זמנית משרף אקריל D5130000 תותבת מיידית - לסת עליונה D5140000 תותבת מיידית - לסת תחתונה
105	35	אין	החלפה או תוספת ווים בתותבת נשלפת D5110000 תותבת שלמה- לסת עליונה D5120000 תותבת שלמה- לסת תחתונה
177	59	אין	תיקון שבר/סדק בתותבת D5510000 תיקון שבר בבסיס תותבת שלמה
198	66	אין	הלחמה D5620000 תיקון שלד יצוק של תותבת
162	54	אין	תיקון פנים (פסטה) D2980000 כתר תיקון והתקנה
198	66	אין	תוספת שן בתותבת אקריל D5520000 החלפת שן שבורה או חסרה בתותבת שלמה לכל שן
90	30	אין	תוספת שן נוספת בסדרה D5640000 החלפת שן שבורה בתותבת חלקית לכל שן
198	66	אין	תוספת וו לתותבת D5630000 תיקון או החלפת וו בתותבת קיימת

447	149	אין	תוספת רשת לתותבת D6999000 רשת לתותבת ביגל Beagle
552	184	אין	חידוש בסיס תותבת D5710000 חידוש בסיס תותבת שלמה עליונה D5711000 חידוש בסיס תותבת שלמה תחתונה
552	184	אין	ריפוד קשה בתותבת במעבדה D5750000 ריפוד תותבת שלמה עליונה במעבדה D5751000 ריפוד תותבת שלמה תחתונה במעבדה
177	59	אין	ריפוד רך בתותבת במרפאה D5731000 ריפוד תותבת שלמה תחתונה במרפאה D5730000 ריפוד תותבת שלמה עליונה במרפאה

*הסכומים נכונים למדד חודש מרץ שפורסם ביום 15.04.2015 (12194 נק').

נספח ג' – טיפולים פריודנטלים ע"י רופא מומחה או רופא מורשה
(הסכומים המוצגים הינם בש"ח)

מזהות הטיפול	השתתפות עצמית במרפאה ייחודית	השתתפות עצמית אצל רופא הסכם	תקרת החזר למבוטח אצל רופא פרטי
בדיקה פריודנטלית (אחת לשנה) D0180000 הערכה פריודונטלית מקיפה - מטופל חדש-מוכר	אין	42	185
הקצעת שורשים (לרבע פה) D4341000 סילוק אבנית והקצעת שורשים - 4 שיניים ויותר לשיבה 30 דקות	אין	54	300
ניתוח מטלית (לרבע פה) D4260000 ניתוח חניכיים כולל עיצוב עצם- 4 שיניים ויותר רבע פה	אין	358	1,431
ניתוח כריתת חניכיים D4210000 ג'ינג'יבוקטומיה או ג'ינג'יבופלסטיה - 4 שיניים ברבע פה	אין	262	799
ניקוז מורסה ממקור פריודנטלי D7510000 חיתוך וניקוז מורסה - רקמה רכה בחלל הפה	אין	54	215
סד/מחומר מורכב/סד לילה D4321000 קיבוע חוץ כותרתי לשיניים ניידות D5937000 סד לילה טריסמוס	אין	179	536
הארכת כותרת פרו D4249000 הארכת כותרת	אין	215	650
פריו צ'יפ D4381010 טפול באמצעות פריוצ'יפ לשן	אין	60	50

*הסכומים נכונים למדד חודש מרץ שפורסם ביום 15.04.2015 (12194 נק').

נספח ד' – טיפולים לביצוע שתלים ע"י רופא מומחה או רופא מורשה
(הסכומים המוצגים הינם בש"ח)

מהות הטיפול	השתתפות עצמית במרפאה ייחודית	השתתפות עצמית במרפאת הסכם או אצל רופא פרטי	תקרת ההחזר אצל רופא פרטי
צילום C.T/טומוגרפיה (פעמיים בפוליסה בכל לסת) CBCT D0360000 טומוגרפיה ממוחשבת עם קרן קונית	במכוני צילום בלבד	100	300
הרמת סינוס אחת בתקופת ביטוח D7951000 הרמת סינוס סגורה כולל עצם או תחליפי עצם ללא עלות הממברנה	אין	2147	6441
השתלת עצם D4263000 השתלת תחליפי עצם - אתר ראשון ברבע פה	אין	597	1791
התקנת שתל (עד 8 שתלים בפה) D6010000 החדרה כירורגית של שתל דנטלי כולל חשיפה וחיבור של כיפת ריפוי	אין	1133	3399
מבנה / מחבר כתר לשתל D6057000 מבנה מעבדתי לשתל דנטלי	אין	358	1074
כתר על שתל D6058000 כתר חרסינה על שתל	אין	358	1350
כתר ביניים על שתלים (אחד בכל לסת)	אין	358	1350

נספח ה' – טיפולים כירורגיים
(הסכומים המוצגים הינם בש"ח)

סוג הטיפול	השתתפות עצמית במרפאות ייחודיות	סכום השיפוי המרבי אצל רופא פרטי (מומחה)
פרנקטומי D7960000 פרנולקטומי	320	500
אלבאולופלסטיקה D7320000 אלבאולופלסטיקה ללא עקירות רבע פה	320	500
הוצאת אבן מבלוטת רוק D7980000 הוצאת אבן מבלוטת או צינור רוק	190	400

*הסכומים נכונים למדד חודש מרץ שפורסם ביום 15.04.2015 (12194 נק').

נספח ו' – הגדרות לטיפול שיניים

1. בדיקת הפה

המבטחת תכסה, אחת לתקופת הביטוח, בדיקה שגרית של מצב הפה לאיתור מוקדים עששתיים ופתולגיים לצורך ביצוע טיפולים משמרים. הבדיקה כוללת אבחון על פי צילומי רנטגן ורישום.

2. צילומי רנטגן

1.1. המבטח יכסה צילומי נשך וצילומים פריאפיקליים לפי הצורך. צילומי סטטוס או פנורמי אחת לשנת ביטוח.

1.2. צילום פנורמי וצילום סטטוס - המגבלה לפעם אחת בשנה תתייחס רק לצילום מאותו סוג.

3. הסרת אבנית

1.2. המבטחת תכסה הסרת אבנית עד ארבע פעמים בשנת ביטוח.

2.2. ניקוי אבנית-במרפאות ייחודיות- לא תהיה מגבלה של משך זמן מניקוי לניקוי.

4. סתימות

המבטחת תכסה סתימת אמלגם או מחומר מורכב, או סתימה לבנה אחת לכל שן בשנתיים לרבות סתימה עם פנים וסתימה זמנית, לפי הצורך.

5. כתרים טרומיים לילדים

לילד עד גיל 18 יאושרו כתרים טרומיים אם אין אפשרות לשחזור שן ע"י סתימת אמלגם.

6. איטום חריצים

המבטחת תכסה איטום חריצים, באמצעות חומר מורכב לילדים עד גיל 18, פעם אחת לתקופת ביטוח.

7. טיפולים במוך השן

טיפול שורש/ חידוש טיפולי שורש, טיפול שורש או חידוש טיפול שורש יכוסה, כתוצאה מפגיעה עששית במוך השן המודגמת בצילום רנטגן שלפני הטיפול, או במכתב הסבר של הרופא המטפל על הצורך בטיפול שורש או חידוש טיפול שורש. הביטוח מכסה קיטוע מוך השן פולופוטומי או אפקסיקציה בשיני חלב אחד לכל שן בתקופת ביטוח.

8. עקירת שיניים

אין הגבלה במספר עקירות שיניים רגילות או כירורגיות. לא יאושרו עקירות שיניים מסיבות אורטודנטיות טיפולים משקמים (פרוטטיים). עקירה כירורגית תכלול גם עקירת נבטים כלואים.

9. קיטוע חוד השן

הביטוח מכסה קיטוע חוד השן (אפיסקטומי) אחד לכל שן בתקופת הביטוח.

10. עזרה ראשונה

טיפול תרופתי ו/או טיפול לשיכוך כאבים ועזרה ראשונה יכוסה פעמיים בכל שנת ביטוח.

11. גז צחוק

הכיסוי יינתן פעם אחת במהלך תקופת הביטוח.

הגדרות מיוחדות לטיפולים משקמים (פרוטטיים)
טיפולים משקמים יכוסו למבטחים מעל גיל 21 בלבד

טיפולים פרוטטיים בתוכנית המשקמת - חבות וסייגים

1. **בדיקה ותוכנית טיפולים**
המבטחת תכסה, אחת לשנת ביטוח בדיקת שגרתית של מצב לאיתור מצבים דנטליים ואוראליים המחייבים טיפולים משקמים (פרוטטיים) והכנת תוכנית טיפול.
2. **כתרים**
2.1. יכוסו כתרים ויניר או חרסינה לשחזור שיניים מאחזות ולשחזר שיניים החסרות בגשר חדש ואו החלפת שחזורים קיימים בפה ושקיים צורך דנטלי להחלפתם. גשר תלוי או הנשען על השן רופפת לא מכוסה. לא תכוסה החלפת כתרים מסיבה אסתטית. **כתר זמני וכתר קבוע יחשבו כמקרה ביטוח אחד.**
3. **תותבת חלקית נשלפת**
תכוסה תותבת חלקית, משרף אקריל או כרום קובלט, להשלמת שיניים חסרות בלסת, לרבות ריפודים והתאמות הדרושים לתפקוד מלא של התותבת.
4. **תותבת שלמה**
תכוסה תותבת שלמה, משרף אקריל או כרום קולט ללסת עליונה או תחתונה המחוסרת שיניים, לרבות ריפודים והתאמות הדרושים לתפקוד מלא של התותבת.
5. **תיקונים בתותבות חלקיות או שלמות**
יכוסו התיקונים הבאים: שבר או סדק, שן שבורה בתותבת הוספת ווים או שיניים לשחזור שיניים שנעקרו, החלפת ווים שבורים, חידוש בסיס התותבת וריפוד רך או קשה. תותבת זמנית/ פליפר: במקרה של עקירת שיניים.
6. **מבנה**
המבטחת תכסה מבנה מיידי או יצוק ממתכת לא אצילה בכל שן שעברה טיפול שורש או חידוש טיפול שורש לפני הביטוח.

הגדרות מיוחדות לטיפולים פריודונטליים **טיפול חניכיים יכוסו למבטחים מעל גיל 21 בלבד**

1. **בדיקה פריודונטלית והכנת תכנית טיפולים**
החברה תכסה בדיקה ראשונית אחת לתקופת ביטוח להכנת תכנית טיפולים פריודונטלים, ובדיקה תקופתית אחת לשנת ביטוח לאחר הקצעת שורשים או ניתוח חניכיים.
 2. **הקצעת שורשים (Root Planing)**
החברה תכסה, ע"פי חוות דעת של רופא מומחה, הקצעת שורשים או ניתוח חניכיים (1/4 פה)
 3. **הארכת כותרת**
החברה תכסה, ע"פי חוות דעת של רופא מומחה, הארכת כותרת אחת לשן בתקופת ביטוח.
 4. **סד לילה**
החברה תכסה, ע"פי חוות דעת של רופא מומחה סד לילה.
 5. **טיפולים כירורגיים פה ולסת נוספים**
 - 5.1. בפרק זה ההחזרים בגין הטיפולים יהיו באופן פרטי למבוטח כפי שנקוב בטבלת ההחזרים, גם אם הטיפול בוצע אצל רופא הסכם.
 - 5.2. **הטיפולים הבאים יכוסו:**
 - 5.2.1. **אלבאופלסטיקה**
החלקת עצם מקומית/החלקת רכס, פעולה כירורגית פרה פרוטטית לשיפור אי רגולריות בעצם כהכנה לתותבת מיידית או לתותבת עתידית קבועה.
הזכאות הביטוחית הינה אחת לשלוש שנות ביטוח ללסת. פעולה זו מבוצעת בסקסטנטים לפי חלוקה 1/4 פה.
 - 5.2.2. **פרנקטומי**
פירושן חיתוך הפרנום, לשחרור הרקמות הרכות שנמשכות ויוצרות בעיה פריודונטלית או פונקציונלית. הזכאות הביטוחית הינה אחת לשלוש שנות ביטוח.
 - 5.2.3. **הוצאת אבן מצינור בלוטת הרוק**
במידה ובלוטת הרוק נחסמת עקב אבנית יכוסה הטיפול הנ"ל. הטיפול מוגבל לאחת לשלוש שנות ביטוח.
- הגדרות לטיפולים הכירורגיים (שתלים)**
- השתלות יכוסו למבטחים מעל גיל 21 בלבד.**

הטיפולים המכוסים במסגרת השתלות דנטליות:

כירורגיה של שתלים:

1. צילומים

החברה תכסה צילום טומוגרפיה (סי.טי) פעמיים בתקופת ביטוח בכל לסת.

2. הרמת סינוס והשתלת עצם:

החברה תכסה, ע"פי חוות דעת של רופא מומחה או מורשה:

2.1. הרמת סינוס- אחת בתק' ביטוח

2.2. השתלת עצם- עד שתיים לפה, לפי הצורך הרפואי המודגם ב- סי.טי.

2.3. יובהר, כי השתלת עצם לא תנתן במקביל להרמת סינוס

3. שתלים:

החברה תכסה התקנה של עד 8 שתלים בפה במקום שיניים שנעקרו בתקופת הביטוח או שיניים שנעקרו לפני תקופת הביטוח. במרפאות ייחודיות ניתן יהא לבצע שני שתלים במקום שן אחת שנעקרה.

4. מבנה וכתר:

יכוסו מבנים וכתרים ויניר או חרסינה על שתלים ששולמו.

נספח ז' - רשימת מרפאות ייחודיות

עיר	כתובת	טלפון	פנורמי
אילת	סמטת ארנון 393/2	08-645-87-87	קיים
אשדוד	הקליטה 1 (ככר הסיטי)	08-855-1210	קיים
אשקלון	בן גוריון 11	08-699-3776	קיים
באר שבע	הרצל 16	08-623-4421	קיים
בני ברק	רבי עקיבא 94	03-618-11-22	קיים
דימונה	מד' המעפילים 125	08-655-0084	בקרבת מקום
יבנה	דואני 18	08-943-76-76	צמוד
ירושלים	רבקה 11, בקעה	02-5868-498	קיים
חדרה	תרנ"א 35 (פינת העלייה הראשונה)	04-6325675	קיים
חיפה	מוריה 21, מרכז אחוזה	04-6233-683	קיים
מודיעין	מוריה סנטר – רחוב לאה אמנו 1	08-916-4888	קיים
נהריה	גולומב 2 (מרכז העיר)	04-833-4401	בקרבת מקום
נתיבות	בעלי המלאכה 3 (פריז סנטר)	072-2785659	קיים
נתניה	חיים לבנון 1, בית גדי	09-7468520	קיים
פתח תקווה	מוטה גור 7, פארק אולימפיה בניין C	03-904-8060	קיים
צפת	עליה ב' 13 (ליד הסאריה)	04-6974-505	בקרבת מקום
ראשון לציון	רוטשילד 28-30 (סמטת ברקוביץ)	03-7744-011	קיים
רעננה	ז'בוטינסקי 3 (מרכז גירון)	072-2785658	סמוך
שהם	דקל 30 - שוהם Market	03-973-5000	קיים
תל אביב	ציטלין 1 (ככר רבין)	03-5359-115	צמוד

מפרט הפוליסה

תקופת הביטוח: 01/10/2020-30/09/2025 (5 שנים)

מועד תחילת הביטוח: המועד בו התקבל המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01/10/2020

תנאי מימון: קיים מימון חלקי לעובדים של בעל הפוליסה, בהתאם לתנאי בעל הפוליסה

✓ ילד (מגיל 5-21) - רביעי ואילך חינם לבית אב

✓ הפרמיה צמודה למדד שפורסם ביום 15.09.2020

מסלול משמר	המבוטח/ת
₪ 34.71	עובד/ת, גמלאי/ת
₪ 34.71	בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת
₪ 34.71	ילד/ה מגיל 5-21

מסלול משולב	המבוטח/ת
₪ 116.14	עובד/ת, גמלאי/ת
₪ 131.8	בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת של עובד/ת
₪ 159.9	בן/ת זוג, ילד/ה בוגר/ת של גמלאי/ת

נספח א' - הצהרת בעל הפוליסה

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

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי (קולקטיבי)

שם בעל הפוליסה: ארגון עובדי הסוכנות היהודית לארץ-ישראל וההסתדרות
הציונית העולמית וחברות בנות

הנני מצהיר כדלקמן:

1. בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של בעל הפוליסה ובני משפחתם.
2. ההצטרפות לביטוח על פי הפוליסה נעשתה על פי הסכמה בכתב של המבוטחים (במידה והם משלמי הפרמיות או חלקן).
3. בעל הפוליסה מצהיר כי מספר המבוטחים הוא לפחות 50.
4. בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין 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.

חתימת בעל הפוליסה: _____ תאריך: _____

נספח ב' - הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לעובדים

שם בעל הפוליסה: ארגון עובדי הסוכנות היהודית לארץ-ישראל וההסתדרות הציונית העולמית וחברות בנות

אני הח"מ, מצהיר בזאת כדלקמן:

1. הפרמיה לעובדי בעל הפוליסה ממומנת באופן חלקי על ידנו.
2. אנו מתחייבים כי במידה והעובד יחוב בתשלום כלשהו בגין הביטוח, לרבות תשלום מס, העובד יוחתם על טופס הצטרפות לביטוח ותינתן הסכמתו המפורשת בכתב לגביית התשלום בו הוא נושא, וזאת בטרם צירפו לביטוח על פי הפוליסה.
3. תשלום הפרמיה על ידנו ייעשה לאורך כל תקופת הביטוח כהגדרתה בפוליסה ובמידה ויחול שינוי בעניין זה אנו נודיע על כך למבטחת לאלתר.
4. אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותו של בעל הפוליסה, להחליט בכל שלב כי העובדים, כולם או חלקם, ישלמו עבור פוליסת הביטוח, בהתאם להסכמה עם העובד.

במידה וישנו מימון שונה לעובדים שונים וכן לבני משפחה, יש לפרט:

חתימת בעל הפוליסה: _____ תאריך: _____

נספח שירות

1. המבטחת תעמיד לרשות המבטחים מוקד שירות שיפועל בימים א'-ה' בין השעות 8:00-16:00 ע"י המבטחת באמצעות נציגי שירות (להלן: "המוקדנים").
2. המוקדנים יענו על כל שאלה או הבהרה אודות תנאי הפוליסה, אופן הגשת תביעה ומעקב אחר תביעות מטופלות.
3. המוקדנים יהיו בעלי הכשרה, מיומנות, ניסיון וידע מקצועי, בכדי לתת מענה מיטבי לנושאים הקשורים בפוליסה.
4. המוקדנים יכירו את תנאי הפוליסה וההסכם, על מנת לקיים רמת שירות גבוהה.
5. המוקדנים יענו באופן מקצועי, בהיר וברור.
6. פנייה של המבוטח תיעשה באמצעות טלפון, פקס או דואר אלקטרוני, כאשר נושאים דחופים יענו במהירות המרבית.
7. לבקשת המבוטח, יספק מוקד השירות תשובה בכתב – באימייל, בפקס או במכתב הממוען לכתובתו של המבוטח.
8. המבטחת מתחייבת שתיתן תשובה בקשר למסמכים הנדרשים לשם ברור חבותו בתוך 14 ימי עבודה מיום הגשת הבקשה.
9. אישור התביעה יעשה תוך 14 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הסבירים הנדרשים לה לשם אישור תביעה.
10. התחייבות המבטחת לתשלום תביעה תהיה עד 14 ימי עבודה מרגע שאושרה התביעה ע"י המבטחת.
11. מובהר ומוסכם כי במידה והחברה לא תמסור את החלטתה לגבי אישור תביעה או דחייתה תוך 14 ימי עבודה כאמור לעיל, יחשב הדבר כאילו אושרה התביעה והמבוטח יהיה רשאי לקבל את השירות הרפואי הנדרש על חשבוננו. החברה תשפה את המבוטח כנגד המצאת קבלות מקוריות עבור ביצוע הטיפול הרפואי תוך 14 יום.
12. החברה המבטחת תדאג לנציגה קבועה שתשהה פעם בשבוע בסוכנות היהודית בירושלים למשך שעתיים כל פעם, במועד קבוע ובתיאום מראש עם בעל הפוליסה, בימים אלה תתקיים קבלת קהל ופגישות בין נציג זה לבין המבוטחים, לטיפול שוטף בענייניהם של המבוטחים, לרבות לענייני אישורים מראש, לטיפול ויישוב תביעות ו/או כל עניין אחר.
13. במידה ונציגת השרות הקבועה נעדרת מכל סיבה שהיא, המבטחת תדאג לנציגה חלופית/ת במידת האפשר ובזמן סביר.

הנחיות להגשת תביעה

היכן ניתן לבצע את טיפולי השיניים?

קיימות שלוש אפשרויות לקבלת טיפולים רפואיים:

- א. קבלת טיפולים רפואיים אצל אחד מרופאי ההסכם (רשימת רופאים מעודכנת נמצאת באתר האינטרנט של מנורה מבטחים www.menoramivt.co.il).
- ב. קבלת טיפולים רפואיים אצל רופא שאינו בהסכם. ההחזר עבור טיפולים אלה יהיה עפ"י טבלת ההחזרים כמפורט בהמשך החוברת.
- ג. קבלת טיפולים רפואיים במרפאות ייחודיות

הגשת תביעה אצל נותן שירות בהסכם

נותן השירות בהסכם הינו רופא שיניים/ מרפאת שיניים/ מרפאה ייחודית/ מכון צילום, אשר הגיע/ה להסכם כספי עם חברת הביטוח בנוגע למתן שירות למבוטחים. ההסכם הכספי מתבצע בין נותן השירות ל"מנורה מבטחים" (למעט ההשתתפות העצמית כנקוב בטבלת ההחזרים שבסוף החוברת עבור כל טיפול). כל האדמיניסטרציה לרבות טפסי בקשה לאישור מוקדם, טפסי תביעה וצילומי רנטגן נדרשים, מועברים ישירות מנותן השירות אשר בהסכם ל"מנורה מבטחים". תשובת "מנורה מבטחים" מועברת ישירות לנותן השירות אשר בהסכם.

הגשת תביעה אצל נותן שירות שאינו בהסכם

ניתן לקבל טיפול גם אצל רופא שיניים פרטיים שאינם בהסכם עם "מנורה מבטחים". במקרה זה חובה על המבוטח להגיש בעצמו את טפסי ה"אישור המוקדם" למבטח בגין הטיפולים שיש להגיש עבורם בקשה לאישור עפ"י תנאי הפוליסה, כאשר תכנית הטיפול מפורטת בהם, הטפסים חתומים ע"י הרופא הרלוונטי, וכן מצורפים צילומים עדכניים לפי הצורך. ניתן להתחיל בטיפול לאחר קבלת אישור בכתב של המבטח. בתום הטיפול, יגיש המבוטח טופס תביעה מפורט, חתום ע"י הרופא, בצירוף צילומים וממצאים לפי הצורך ובצירוף חשבונית/קבלה המעידה על התשלום בפועל. המבטח ישלם למבוטח עבור הטיפולים שאושרו ושבוצעו בפועל. גובה התשלום למבוטח יהיה על פי ההוצאה של המבוטח בפועל ולא יותר מהסכום הנקוב בטבלת החזרים שברשימת הכיסויים, במקרים מסויימים תנוכה השתתפות עצמית מהמבוטח, על פי טבלת ההחזרים המפורטת ברשימת הכיסויים. התשלום למבוטח עבור טיפול מאושר יבוצע תוך 14 ימי עבודה ממועד קבלת המסמכים הדרושים במשרדי המבטח. התשלום יועבר ישירות לחשבון הבנק, והודעה על כך תשלח למבוטח.

בחלק מהטיפולים מתבקש להגיש בקשה לקבלת אישור מראש מהמבטח לפני תחילת הטיפול.

לצורך קבלת אישור מוקדם יש להגיש טופס בקשה לאישור שימולא ע"י רופא השיניים המטפל. חברת הביטוח תחזיר את תשובתה תוך 14 ימי עבודה מיום קבלת הטופס לקבלת אישור מוקדם במשרדה, הן לרופא בהסכם/ למבוטח (בפניה לרופא הסכם) והן למבוטח בלבד (בפניה לרופא שאינו בהסכם).

מדוע נדרש תהליך התייעצות וקבלת אישור מוקדם מהמבטח?

תהליך קבלת האישור המוקדם מהמבטח נועד:

1. לבדוק האם הצורך הרפואי בטיפול תואם לכיסוי בתכנית הביטוח.
2. לאפשר למבוטח ולרופא המטפל לברר את היקף הכיסוי בתוכנית הביטוח לפני תחילת הטיפול.
3. לברר את גובה ההשתתפות העצמית שיהיה על המבוטח לשלם עבור הטיפול.
4. לברר את גובה ההחזר המרבי אשר יקבל המבוטח מ"מנורה מבטחים" בגין טיפול שאושר לביצוע אצל רופא שאינו בהסכם.

על מנת לייעל את הטיפול בפנייתך לחברתנו, ניתן להגיש מסמכי תביעה בצירוף כל המסמכים הנדרשים באופן דיגיטלי ע"י שימוש בלינק הבא:

<https://easy.menoramivt.co.il/dental-insurance-claims>

כמו כן, ניתן להוריד את המסמכים הדרושים להגשת תביעה מאתר האינטרנט של חברת מנורה מבטחים בכתובת: www.menoramivt.co.il.

בנוסף, ניתן לשלוח את המסמכים באמצעות מייל ייעודי שכתובתו: teviotshinaim@menora.co.il

או באמצעות דואר ישראל לכתובת: ת.ד. 927, תל אביב, מיקוד: 6100802

טופס אישור מראש לטיפולים פרוטטיים

תוכנית מס'

פרטי מקבל הטיפול	ת.ז.	פרטי הרופא המטפל	מס' רישיון רופא
שם פרטי _____ שם משפחה _____		שם הרופא _____ רופא הסכם <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	
כתובת דואר _____		כתובת _____	
מס' טלפון _____ מס' טלפון נייד _____		מס' טלפון _____ מס' טלפון נייד _____	
דוא"ל _____		דוא"ל _____	
הצהרת המבוטח אני מאשר כי זו היא תוכנית הטיפול שהביא לידיעתי הרופא.		הצהרת הרופא אני מאשר כי תוכנית זו נערכה והפרטים המופיעים בה נכונים ונמסרו למבוטח.	
תאריך _____	חתימה _____	תאריך _____	חותמת וחתימה _____

תכנית הטיפולים לאישור

מס' השן	תאור הטיפול והחומרים	אישור	מס' השן	תאור הטיפול והחומרים	אישור
18			48		
17			47		
16			46		
15			45		
14			44		
13			43		
12			42		
11			41		
21			31		
22			32		
23			33		
24			34		
25			35		
26			36		
27			37		
28			38		
תותבת שלמה עליונה		תותבת שלמה תחתונה		תיקונים בתותבת עליונה	
				תיקונים בתותבת תחתונה	

הערות רופא החברה

טופס אישור מראש לטיפולים פריודונטליים תוכנית מס'

מוגבל לפריודונט מומחה בלבד

פרטי מקבל הטיפול	ת.ז.	פרטי הרופא המטפל	מס' רופא
שם פרטי	שם משפחה	שם הרופא	רופא הסכם 1 כן 1 לא
כתובת		כתובת	
הצהרת המבוטח	אני מאשר כי זאת תוכנית הטיפול שהביא לידיעתי הרופא.	הצהרת רופא	אני לאשר כי תוכנית זו נערכה והפרטים המופיעים בה נכונים ונמסרו למבוטח.
תאריך	חתימה	תאריך	חותמת וחתימה

אנמנזה

תאריך בדיקה פריודנטלית

<p>רישום סימני דלקת -</p> <p>0 - בריא</p> <p>1 - דלקת קלה - אין דימום, שיני צבע קל</p> <p>2 - דלקת בינונית - דימומים בבדיקה, בצקת אדמומיות</p> <p>0 - דלקת חמורה - בצקת, אולצרציות, דימום ספונטני</p> <p>רישום אבנית -</p> <p>0 - אין אבנית</p> <p>1 - אבנית התחלתית - סופרא - גינגיבילית</p> <p>2 - אבנית בינונית - סופרא וסב - גינגיבילית</p> <p>0 - אבנית רבה - סופרא וסב - גינגיבילית</p> <p>רישום אובדן עצם -</p> <p>0 - בריא</p> <p>1 - התחלתי</p> <p>2 - בינוני</p> <p>3 - מתקדם</p> <p>ריריות</p> <p>לשון</p> <p>חך</p> <p>T.M.G, בלוטות לימפה</p>	<p>ניידות</p> <p>עומק כיס</p> <p>בוקלי</p> <p>עליזונה</p> <p>פלטינלי</p> <p>עומק כיס</p> <p>ניידות</p> <p>עומק כיס</p> <p>ניידות</p> <p>לינגואלי</p> <p>תחתונה</p> <p>בוקלי</p> <p>עומק כיס</p> <p>ניידות</p>	

אבחנה

תכנית טיפול

הערות רופא החברה

טופס אישור מראש לטיפול אורתודונטי

מוגבל לאורטודונט מומחה בלבד

פרטי מקבל הטיפול	ת.ז.	פרטי הרופא המטפל	מס' רופא
שם פרטי	שם משפחה	שם הרופא	
תאריך לידה	טלפון	כתובת	
כתובת			
תאריך	חתימה	תאריך	חותמת וחתימה

ממצאי הבדיקה:

סגר עובר אופקי OVER JET מ"מ _____ סגר עובר אנכי OVER BITE מ"מ _____

מנשך פתוח OVER BITE מ"מ _____

צפיפות ל. עליונה מ"מ _____ צפיפות ל. תחתונה מ"מ _____ עקירות _____

רווחים ל. עליונה מ"מ _____ רווחים ל. תחתונה מ"מ _____ הפרעה תיפקודית _____

שיניים חסרות _____ / שיניים כלואות _____ / שיניים עודפות _____ /

האבחנה הינה:

BIMAXILLARY PROTRUSION ✓ CLASS I ✓

סגר צלבי אחורי ✓ CLASS III/1 ✓

סגר צלבי קדמי ✓ CLASS II/2 ✓

CLASS III ✓

הטיפול המומלץ הוא:

טיפול אורתודונטי מלא במכשיר קבוע ✓ שתי לסתות ✓ לסת אחת ✓

טיפול אורתודונטי עם מכשיר נייד ✓

טיפול אורתודונטי פונקציונלי ✓

הערות:

הנני הח"מ נותן/ת בזה רשות לכל מוסד רפואי ל"מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" כל מידע רפואי ו/או צילומים הנחוצים לצורך ישוב פניותי. אני מוותר/ת על סודיות רפואית זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה כלפי המוסדות ו/או למי מעובדיהם ו/אונותי השרות שלהם.

חתימת המבוטח

חתימת האורטודונט

חותמת דואר נכס (לשימוש משרדי)

ממורה מבטחים ביטוח בע"מ
תחום בריאות



ת.ד. 927 תל אביב 6100802, טל. *2000, פקס. 03-7601047

טופס הודעה על תביעה - רופא פרטי מס'

פרטי הרופא המטפל		פרטי מקבל הטיפול	
שם הרופא: _____		מקום העבודה: _____	
כתובת מלאה: _____		שם פרטי ומשפחה: _____ ת.ז.: _____	
הצהרת הרופא:		כתובת מלאה: _____	
אני מאשר כי ביצעתי חטיפולים לחלון וכי קיבלתי מהמבוטח את הסך הנקוב מטה.		מיקוד: _____	
תאריך: _____ חתימת הרופא: _____		נניד: _____	
		כתובת מייל המבוטח: _____	
		חד פעמי חובה לצורך צ'ק לדגמא ע"ש מבוטח ראשי	
		תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____	

שים לב!

חובה לצרף חשבונית/קבלה
חובה לצרף צילומים במקרים הבאים:

- לפני ואחרי טיפול שורש
- לפני עקירה
- לפני ואחרי קיסוע חוד השן
- לפני ואחרי קיסוע מוד
- מ - 4 סתימות ואילך
- בגמר טיפול פרוטסי

סכום ששולם	צד	מס' שן	תיאור הטיפול	גמר רג. הטיפול	
	בשן				1
					2
					3
					4
					5

לשימוש משרדי

מבטוח יקר,

1. נבקש להקפיד כי בעת משלוח התביעה לחברתנו ימולאו הפרטים הבאים:
פרטי מקבל הטיפול, פרטי הרופא המטפל, פרטי הטיפול, כמו כן לצרף את המסמכים המפורטים למטה.

2. **לרופא** - הקפד להשתמש במספרי השיניים על פי הטבלה.

					55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
					85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			

3. הקפד להשתמש בצדדים על פי הסימון הי"ל: CL5, B, P, D, L, O, M.
הקפד לרשום את תאור הטיפול והחומרים בפרט.

4. הקפד לצרף צילומים במקרים הבאים:
- לפני עקירה
 - לפני ואחרי טיפול שורש
 - לפני ניקוז מורסה
 - לפני ואחרי קיסוע חוד השן
 - לפני ואחרי קיסוע מורד
 - בגמר טיפול פרנטגי
 - צילומים אלה יוחזרו לרשותך עם תשלום התביעה.

פרטים אלה יקלו עלינו לשלם את תביעתך בהקדם.



טופס תביעה ומסמכים רלוונטיים ניתן לשלוח

בכל אחד מהאמצעים הבאים:

דוא"ל: tviotsh01@menoramivt.co.il

טופס דיגיטלי: <https://easy.menoramivt.co.il/dental-insurance-claims>

דואר ישראל: ת.ד. 927 תל אביב מיקור 6100802 לידי תביעות שניים

או באמצעות אתר מידע אישי: <https://www.menoramivt.co.il>

למתן מידע בכל הקשור לפוליסת הביטוח

ניתן לפנות למוקד שירות הלקוחות של מנורה מבטחים בע"מ

בטלפון: *2000

לרשימת רופאי ההסדר - www.menoramivt.co.il

או חפשו ישירות: "איתור נותני שירות מנורה מבטחים"

לבקשת הצטרפות ותמיכה יש לפנות לארגון עובדי הסוכנות

היהודית וההסתדרות הציונית העולמית וחטיבת הגמלאים,

רפרנט ביטוחים ורווחה:

טלפון: 02-6202194 | נייד: 052-6130118

דוא"ל: yossir@jafi.org | **פקס:** 02-6202669



**הסוכנות היהודית לארץ ישראל
ההסתדרות הציונית העולמית**

