



תוכן העניינים

2-3	הקדמה
4-19	פרוט התנאים העיקריים – גילוי נאות
20-64	פוליסת הביטוח
65-66	הצהרות
67-68	למי פונים בעת הצורך (אופן הגשת תביעה)



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

דצמבר 2010

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 ובחול"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל ועוד.

תוכנית הביטוח המוצעת הינה ביטוח פרטי במסגרת קבוצתית ואינה מכתיבה 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 03-6380223

בברכת בריאות טובה לכם ולבני ביתכם
תחום בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מנורה מבטחים
ביטוח בע"מ

מנורה מבטחים מומחים שאפשר לסמוך עליהם.



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 זוג 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 ונכונים למדד חודש אוגוסט 2010 (11588 נק') שפורסם ביום 15.09.2010.

חביעות

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



בריאות מושלמת לרופא
פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות
גילוי נאות

תנאים	סעיף	
ההסתדרות הרפואית בישראל ("הר"י")	שם בעל הפוליסה	כללי
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ	שם החברה (המבטח)	
חברי הר"י, עובדי הר"י, עובדי ועדים אשר שמם נקוב ברשימה ו/או בני זוגם ו/או הוריהם של חברי ועובדי הר"י / ועדים עד גיל 65 (במועד תחילת הביטוח) ו/או ילדיהם של חברי ועובדי הר"י / ועדים מעל גיל 21 (במועד תחילת הביטוח) ו/או אחיהם/אחיותיהם של חברי ועובדי הר"י / ועדים, ובלבד שהינם מבוטחים בביטוח הבסיסי.	רשאים להצטרף לביטוח	
פרק א' 1 ניתוח פרטי בארץ- מסלול מלא "מהשקל הראשון" פרק א' 2 ניתוח פרטי בארץ מסלול שב"ק** (למבוטחים שבחרו להצטרף למסלול שב"ן **הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, המבטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן זאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות למבטח למימוש זכויותיו על פי	הכיסויים בפוליסה	



תנאים	סעיף	
<p>הפוליסה. דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן). בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות למבטח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.</p> <p>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**</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> <p>פרק ו' שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים פרק ז' מנוי למשדר קרדילוגי פרק ח' בדיקות אבחוניות פרק ט' מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS</p> <p>פרק י' פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס</p>		



תנאים	סעיף	
<p>פרק י"א בדיקות תקופתיות פרק י"ב סריקה על קולית לסקירת מערכות העובר פרק י"ג ביטוח לתרופות מיוחדות</p>		
<p>מועד תחילת הביטוח - המועד בו התקבל המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01.12.2010</p> <p>מועד תחילת הביטוח לגבי מי שהיו מבוטחים בביטוח "בריאות מושלמת לרופא" ברצף החל מיום 01.06.1999 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטח עבור חברי/עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 31.11.10, הוא המועד המקורי בו התקבלו לביטוח על פי תנאי הפוליסה שפוליסה זו מהווה את המשכה לגבי הכיסויים והסכומים החופפים.</p> <p>סיום ביטוח – 30.11.2015</p> <p>הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח, יסתיים במועד סיום תקופת הביטוח או במועד סיום או ביטול הסכם זה, או או במועד סיום או ביטול הביטוח הבסיסי, בהיכנס הודעת ביטול בהתאם לתנאי הפוליסה 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.</p>	<p>משך תקופת הביטוח</p>	
<p>אין</p>	<p>תנאים לחדוש אוטומטי</p>	
<p>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 למשך תקופה של 36 חודש לפחות, להמשיך בביטוח פרט, בתנאים שיהיו</p>	<p>המשכיות</p>	



תנאים	סעיף	
<p>קיימים אצל המבטח באותה עת, ובהנחה של 15% למשך שלוש שנים מפרמיית הפרט, ללא צורך בחיתום רפואי לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים וללא צורך במעבר תקופת אכשרה נוספת, אם יבקשו זאת תוך 90 יום ממועד העזיבה/ סיום תקופת הביטוח. במקרה של אי חידוש ההסכם עבור כלל המבוטחים או חלקם תינתן הנחה של 25% למשך שלוש שנים מדמי הביטוח אשר יהיו נהוגים באותה עת בפוליסת פרט בעלת כיסויים חופפים.</p>		
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>תקופת אכשרה</p>	
<p>פרק י' - פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס- 3 חודשים פרק י"ג - ביטוח לתרופות מיוחדות- 90 ימים</p>	<p>תקופת המתנה</p>	
<p>המבוטח נדרש בתשלום השתתפות עצמית בגין הכיסויים הבאים: פרק ד'- התייעצות עם רופאים מומחים- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים פרק ז'- מנוי למשדר קרדיולוגי- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים פרק ח'- בדיקות אבחוניות- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים פרק י"ב- סריקה על קולית לסקירת מערכות העובר- יש, כמפורט</p>	<p>השתתפות עצמית</p>	



תנאים	סעיף																					
בפירוט הכיסויים פרק יג'- תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי – יש, כמפורט בפירוט הכיסויים																						
יש המבטח יהיה זכאי לשנות את הפרמיה והתנאים של ביטוח זה לכלל המבוטחים על פי נוסחת העדכון לפרמיה הנספחת לביטוח הקולקטיבי. העדכון הראשון יוכל להתבצע ביום 01.12.2012 ולאחר מכן מידי שנתיים, וזאת בהתאם לתנאי ההסכם עם המבטח ובלבד ששיעור הפרמיה המעודכנת לא יעלה על 130% מהפרמיה טרם העדכון.	שינויים בפוליסה במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאים																				
מבנה הפרמיה- משתנה להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח: למבוטח שהינו חבר/עובד הר"י בניים/בנות של חברי הר"י, אחים ואחיות של חברי הר"י, ובני משפחותיהם:	גובה ומבנה הפרמיה	פרמיות																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">מסלול מלא (פרק ניתוחים א'1 – ללא תלות בשב"ן)</th> <th></th> </tr> <tr> <th>משפחה** הורית</th> <th>משפחה*</th> <th>בודד</th> <th>גיל*** המבוטח</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>86</td> <td>118</td> <td>59</td> <td>עד 35</td> </tr> <tr> <td>130</td> <td>172</td> <td>86</td> <td>36-45</td> </tr> <tr> <td>167</td> <td>226</td> <td>113</td> <td>46 ומעלה</td> </tr> </tbody> </table>	מסלול מלא (פרק ניתוחים א'1 – ללא תלות בשב"ן)				משפחה** הורית	משפחה*	בודד	גיל*** המבוטח	86	118	59	עד 35	130	172	86	36-45	167	226	113	46 ומעלה		
מסלול מלא (פרק ניתוחים א'1 – ללא תלות בשב"ן)																						
משפחה** הורית	משפחה*	בודד	גיל*** המבוטח																			
86	118	59	עד 35																			
130	172	86	36-45																			
167	226	113	46 ומעלה																			



תנאים			סעיף	
מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)				
**משפחה חד הורית	משפחה*	בודד		
73	100	50		
110	146	73		
141	192	96		
למרות האמור לעיל, מבוטח בודד שהינו בן של חבר הר"א/ עובד הר"א/ עובד ועד וגילו בין 21 ל- 35 שנים:				
מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)			
בודד	בודד	***גיל המבוטח		
17	20	עד 35		
למבוטח שהינו הורה של חבר הר"א/ עובד הר"א/ עובד ועד:				
מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)			
*משפחה	בודד	*משפחה	בודד	***גיל המבוטח
304	152	358	179	עד 65
395	198	465	233	66 ומעלה
**"משפחה" - זוג מבוטחים וכל ילדיהם עד גיל 21.				

פרמיות

גובה
ומבנה
הפרמיה



תנאים	סעיף	
<p>***משפחה חד הורית" - מבוטח וכל ילדיו עד גיל 21. ****גיל המבוטח" בתעריף משפחתי - יקבע על פי גילו של ההורה המבוגר ביותר.</p>		
<p>כל מבוטח רשאי לדרוש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח.</p>	<p>ביטול הפוליסה ע"י המבוטח</p>	<p>תנאי ביטול</p>
<p>"מנורה מבטחים" תהיה רשאית להודיע על ביטול הביטוח במקרה של הפרת הסכם זה על פי הוראות חוק חוזה הביטוח התשמ"א, 1981 וכן הוראות כל דין וכן במקרה של איחור בתשלום הפרמיה יהא המבטח זכאי לבטל את הפוליסה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981. מבוטח שבמועד תחילת הביטוח עדין לא מלאו לו 21 שנה יפקע תוקף הביטוח שלו בהגיעו לגיל 21.</p>	<p>ביטול הפוליסה ע"י המבטח</p>	
<p>סייג בשל מצב רפואי קודם: המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנובע במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג, כמפורט להלן. סייג בשל מצב רפואי קודם, לרבות לגבי מום או מחלה מולדים ו/או מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא – פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.</p>	<p>סייג בשל מצב רפואי קודם</p>	<p>חריגים</p>



תנאים	סעיף	
<p>על אף האמור לעיל, הסייג, בשל מצב רפואי מסוים שפורט ברשימה לגבי מבטוח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה ברשימה לצד אותו מצב רפואי מסוים.</p> <p>הסייג בשל מצב רפואי קיים לא יהיה תקף אם המבטוח הודיע למבטוח על מצב בריאותו הקודם, והמבטוח לא סייג במפורש ברשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבטוח.</p> <p>אם נשאל המבטוח בהצהרת הבריאות על מצב בריאות ולא גילה את מצבו, יחולו לגביו כללי הגילוי על פי הוראות כל דין.</p> <p>להסרת ספק, לגבי מבטוחים קיימים תאריך תחילת הביטוח של כל מבטוח לעניין מצב רפואי קודם, לרבות לעניין מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבטוח קודם כניסתו לביטוח יהיה תאריך הצטרפותם לביטוח הקודם וכל זאת לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים שבין הביטוח הקודם לפוליסה זו. לגבי מבטוחים שאינם מבטוחים קיימים, תאריך תחילת הביטוח של כל מבטוח לעניין מצב רפואי קודם ולעניין סייג למצב רפואי קודם יהיה מועד הצטרפותו של המבטוח לפוליסה זו.</p>		
<p>ראה פירוט החריגים בסעיף 5 בפרק התנאים הכלליים בפוליסה וכן בפרקים:</p> <p><u>פרק ב' - טיפול חלופי לניתוח פרטי</u> סעיף 11</p> <p><u>בארץ</u></p> <p><u>פרק ג' - ניתוח פרטי בחו"ל</u> סעיף 3</p> <p><u>פרק י"ג - ביטוח לתרופות מיוחדות</u> סעיף 2</p>	<p>סייגים לאחריות המבטוח</p>	
<p>1. הגדרות בסעיף זה: "תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב" - תקרת שיפוי או תשלום פיצוי בגין מקרה ביטוח המכוסה בפוליסה, אשר אינם נקובים בסכום כספי. "פירוט תגמולי הביטוח" - הסכום הכספי בערכו הנקוב של</p>	<p>פירוט תגמולי ביטוח</p>	



תנאים	סעיף	
תגמולי הביטוח המרביים שלא בערך נקוב, לפי משתנים (כגון ימי אשפוז, שכר מנתח ועלות חדר ניתוח) או כסכום אחד כולל. 2. "מנורה מבטחים" תמציא למבוטח, על פי דרישתו, וכן במקרה שבו פנה המבוטח ל"מנורה מבטחים" לביורר זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים, את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בפוליסה. כמו כן יוכל המבוטח לקבל מידע על פירוט תגמולי הביטוח באתר האינטרנט של "מנורה מבטחים" www.menoramivt.co.il ובמוקד הטלפוני שמספרו 03-7107450.		
מבוטח יקר, נבקשך לבחון כי אין ברשותך פוליסת בריאות נוספת בעלת כיסויים דומים אצל המבוטח ו/או בחברה אחרת, וזאת על מנת להימנע ממצב של כפל ביטוח.	כפל ביטוח	
מדנס סוכנות לביטוח טלפון-03-6380223 פקס- 03-6380011	סוכנות הביטוח המטפלת	
כמפורט בסעיף 10 לפרק המבוא לפוליסה וכן בעמ' 55 בחוברת זו.	אופן הגשת תביעה	



פירוט הכיסויים:

הסכומים הנקובים בש"ח הינם צמודי מדד ונכונים למדד חודש אוגוסט 2010 שפורסם ביום 15.09.2010 (11588).

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
פרק א' (1) - ניתוח פרטי בארץ- מסלול מלא "מהשקל הראשון"					
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	-	שיפוי מלא לנותני שירות שבהסכם. לנותני שירות שלא בהסכם, לרבות מנתח, שיפוי עד תקרת הסכום המשולם לנותני שירות שבהסכם.
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	-	הכיסוי כולל : הוצאות אשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת עד 25,000 ש"ח, אחות פרטית עד 14 ימים, אמבולנס ותרופות המהלך אשפוז.
אין קיצוח	מוסף	-	פיצוי	-	פיצוי במקרה ניתוח בבית חולים ציבורי שמומן במלואו ע"י קופת חולים: 400 ₪ בעד כל יום אשפוז.
פרק א' (2) - ניתוח פרטי בארץ מסלול שב"ן					
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	משלים	-	שיפוי	-	שיפוי המבוטח מעבר לכיסוי הניתן על ידי השב"ן בו המבוטח חבר.



תגמולים קיזח מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
יש קיזח, בכפוף לתנאי הפוליסה	משלים	-	שיפוי	-	הכיסוי כולל : הוצאות אשפוז, חדר ניתוח, בדיקה פתולוגית, תותבת עד 25,000 ש"ח, אחות פרטית עד 14 ימים, אמבולנס ותרופות המהלך אשפוז.
אין קיזח	מוסף	-	פיצוי	-	פיצוי במקרה ניתוח בבית חולים ציבורי שמומן במלואו ע"י קופת חולים: 250 ₪ בעד כל יום אשפוז.
פרק ב' – טיפול חלופי לניתוח פרטי בארץ					
יש קיזח, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף	-	שיפוי	-	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.



קיוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
יש קיוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף	השיפוי המלא מותנה באישור מראש של "מנורה", אחרת ישולם החזר בגובה הסכום שהיה משולם לנותני שירותים שבהסכם.	שיפוי	שהיית מלווה 50%	<p>נותני שירות שבהסכם- שיפוי מלא בבתי חולים בחו"ל</p> <p>נותני שירות שלא בהסכם- עד לתקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם ו/או רופאים מרדמים בהסכם של המבטח, עבור הניתוח שבוצע.</p> <p>בדיקה פתולוגית, תותבת: עד 25,000 ש"ח</p> <p>שהיית מלווה באשפוז מעל 10 ימים- 50% מהוצאות השהיה של שני מלווים במקרה של קטין מבוטח ומלווה אחד לבגיר, עד ל-500 ש"ח ליום, לאדם, החל מהיום אחד עשר לאשפוז ועד ליום ה- 40 לאשפוז (סה"כ עד תקרה של 30 ימים).</p> <p>במקרה שתקופת האשפוז לאחר הניתוח תעלה על 10 ימים יכוסו גם הוצאות הטסה.</p>



תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיצוח תגמולים מביטוח אחר
פרק ד' - התייעצות עם רופאים מומחים					
התייעצות בארץ – 2 התייעצויות לפני ניתוח או אחת במקרה של גילוי מחלה קשה. ה"ע של 200 ש"ח – התייעצות בחו"ל – באמצעות חברת טל-רפואה ה"ע 200 ש"ח	200 ₪ להתייעצות	שיפוי	תנאי מוקדם לזכאות על פי סעיף זה הינו כי המבוטח הודיע למבטח 14 יום מראש על כוונתו לקיים התייעצות.	תחליפי	יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה
פרק ה' - השתלות בארץ ובחו"ל וטיפולים מיוחדים בחו"ל					
עד 5,334,561 ₪ להשתלה , במקרה של קיום השתלה/ות חוזרת/ות, הסכום המרבי לשיפוי הינו עד 6,401,473 ש"ח. כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה.	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בדרגת מנהל/סגן מנהל מחלקה	תחליפי	יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה
גמלת החלמה לאחר השתלה: 6,668 ש"ח למשך 24 חודשים (למבוטח מעל גיל 21 בלבד)	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיצוח
לטיפול מיוחד בחו"ל עד 500,000 ש"ח כולל הוצאות נלוות כמפורט בפוליסה.	-	שיפוי	אישור רופא מומחה בישראל בדרגת מנהל	תחליפי	יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה



קיוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
הפוליסה		מחלקה/ סגן מנהל מחלקה בתחום הנדרש וכן אישור רופא מטעם "מנורה"			
פרק ל' - שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים					
אין קיוח	מוסף	-	שיפוי	-	שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים בהתאם לתקרת ההחזרים כמפורט בפוליסה
פרק ז' - מנוי למשדר קרדילוגי					
אין קיוח	מוסף	-	שיפוי	-	שיפוי בגין הוצאותיו בפועל אך לא יותר 4,668 ש"ח לשנה, עד 5 שנים.



תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיוח תגמולים מביטוח אחר
פרק ח'- בדיקות אבחוניות					
שיפוי בגין בדיקות אבחון, מעבדה, רנטגן, א.ק.ג, בדיקות רדיולוגיות כמו אולטרה סאונד, תהודה מגנטית, טומוגרפיה ממוחשבת במקרה ביצוע ניתוח אלקטיבי, של גילוי מחלה קשה או חשד לגידול ממאיר כמפורט בפוליסה	25%	שיפוי	-	מוסף	יש קיוח
פרק ט'- מענק חד פעמי לפצוי בגין הידבקות במחלת ה- AIDS					
466,774 ש"ח	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיוח
פרק י'- קצבה חודשית לפצוי בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס B					
לאחר תקופת המתנה בת 3 חודשים. עד 12 חודש 5,000 ש"ח לחודש.	-	פיצוי	-	מוסף	אין קיוח
פרק י"א- שירותי בדיקה תקופתית					
מבוטח מעל גיל 40 זכאי אחת לשלוש שנים לשירותי בדיקה תקופתית	50%	שיפוי	תאום באמצעות המוקד הרפואי	מוסף	אין קיוח
פרק י"ב- סריקה על-קולית לסקירת מערכות העובר					
75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציאה המבוטחת, אך	25%	שיפוי	-	מוסף	יש קיוח



קיצו תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
					לא יותר מסך של 1,334 ש.
פרק י"ג - תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הממלכתי					
יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	אישור מראש של "מנורה" לרכישת התרופה	שיפוי	10% ולא פחות מ \$100 לחדש.	עד \$10,000 ל 12 חדשים, ולא יותר מ 5 שנים.

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 פוליסה לכיסוי הוצאות רפואיות

פוליסה זו תחול על כל מי שהוא חבר הר"י ומשלם דמי חבר באופן שוטף ורצוף, וכן על כל עובד הר"י טרם פרישתו או עזיבתו את בעל הפוליסה וכן עובד ועדים שקיבל את הסכמת בעל הפוליסה להצטרפותו 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, ובכפופות 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:** מנורה מבטחים ביטוח בע"מ.
- 1.2 **המבוטח:** חברי הר"י, עובדי הר"י, עובדי ועדים אשר שמם נקוב ברשימה ו/או בני זוגם ו/או הוריהם של חברי ועובדי הר"י/ ועדים עד גיל 65 (במועד תחילת הביטוח) ו/או ילדיהם של חברי ועובדי הר"י/ ועדים מעל גיל 21 (במועד תחילת הביטוח) ו/או אחיהם/אחיותיהם של חברי ועובדי הר"י/ ועדים, ובלבד שהינם מבוטחים בביטוח הבסיסי (כמוגדר להלן) ובכפוף לאמור בסעיף 2.
- 1.3 **"מבוטח קיים"** - מי שהיה מבוטח החל מיום 01.06.1999 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי "בריאות מושלמת לרופא" שנערך על



ידי המבטח עבור עובדי /חברי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 31.11.10 (להלן: "הביטוח הקודם").

- 1.3 בעל הפוליסה:** ההסתדרות הרפואית בישראל. (להלן: "הר"י")
- 1.4 משפחה:** בן/בת זוג של המבוטח ו/או ידועה/ בציבור של המבוטח ו/או אלמנה/ של מי שהיה טרם פטירתו חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועדים 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 ויסכים כי הוא/היא בלבד יהיו בן/בת הזוג לצורך הכיסוי הביטוחי לכל תקופת הביטוח.
- 1.5 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.
- 1.6 הרשימה/דף הרשימה:** דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה. הרשימה כוללת את מספר הפוליסה, פרטים אישיים של בעל הפוליסה, המבוטח/ים, מועד תחילת הביטוח, דמי הביטוח וכיוצא בזה.
- 1.7 דמי הביטוח/הפרמיה:** הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט ברשימה.
- 1.8 מקרה ביטוח:** אירוע כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפי העניין, בגינו זכאי המבוטח לקבל מאת המבטח תגמולי ביטוח, הכל **בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים בפוליסה.**
- 1.9 ניתוח:** כל פעולה פולשנית - חודרנית (Invasive Procedure), לרבות באמצעות לייזר ו/או שימוש בטכנולוגיות חדשות שלא היו ידועות במועד תחילת הביטוח ו/או שימוש בטכנולוגיות פיזיקליות חדשות 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



לייזר, 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"

- 1.10 **ניתוח אלקטיבי:** ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף. ההגדרה של ניתוח אלקטיבי נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 20/2004 הגדרות פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות
- 1.11 **בית חולים:** מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים הרשאי לבצע את השירות הרפואי הנדון, לפי העניין.
- 1.12 **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.
- 1.13 **בית חולים מוסכם:** בית חולים כמוגדר בסעיף 1.11 או בסעיף 1.12 הקשור בהסכם עם המבטח ו/או עם חברה קשורה ו/או בית חולים כמוגדר בסעיף 1.11 או בסעיף 1.12 שהמבטח אישרו מראש, אד הוק, לביצוע ניתוח במבוטח כלשהו.
- 1.14 **ישראל:** מדינת ישראל לרבות השטחים תחת שלטון ישראל ביהודה בשומרון ובחבל עזה.
- 1.15 **חו"ל:** כל מדינה מחוץ לישראל למעט מדינות אויב.
- 1.16 **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.
- 1.17 **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.
- 1.18 **רופא מרדים:** רופא אשר הוסמך ואושר ע"י השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.



- 1.19 **אחות / אח פרטי:** אחות או אח פרטי בעלי תעודת הסמכה בישראל או בחו"ל.
- 1.20 **תותבת/שתל:** למעט תותבת שנייים להוצאה ושתל דנטלי - כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה בביטוח זה (כגון: עדשה, פרק ירך וכו').
- 1.21 **יום אשפוז:** משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בארץ.
- 1.22 **"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 למבוטחים בארץ וברחבי העולם.
- 1.23 **הביטוח הבסיסי:** ביטוח הבריאות הבסיסי לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם.
- 1.24 **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.
- 1.25 **מצב רפואי קודם:** מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 1.26 **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.
- 1.27 **המדד היסודי:** המדד היסודי: מדד חודש אוגוסט 2010 (11588 נק') שפורסם ביום 15.09.2010.
- 1.28 **גיל המבוטח:** גיל המבוטח נקבע לפי יום הולדתו הקרוב ביותר לתאריך תחילת הביטוח, זה שקדם לו או הבא אחריו, ויחושב בשנים שלמות, כהפרש בין תאריך לידת המבוטח לבין המועד בו יש לקבוע את גילו. שישה חודשים ויותר יוסיפו לגיל המבוטח שנה שלמה.



- 1.29 **השתתפות עצמית:** חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. חבות המבוטח לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה תהיה בתוקף רק לאחר ניכוי ההשתתפות העצמית של המבוטח ורק לגבי הוצאות המבוטח מעבר להשתתפות עצמית זו.
- 1.30 **תקנות ביטוח בריאות-** תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים(ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי),התשס"ט-2009.
- 1.31 **המפקח-** המפקח על הביטוח במשרד האוצר.
- 1.32 **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 המבוטח, או על ידי ישות משפטית, שהוקמה לשם כך.
- 1.33 **מסלול מלא-** בפרק הניתוחים במסלול המלא, ניתן כיסוי מלא, "מהשקל הראשון" לביצוע ניתוחים, ותגמולי הביטוח משולמים ללא תלות בזכויות המגיעות מהשב"ן.
- 1.34 **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, המבוטח ישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה, לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן, זאת בהתאם לתקרות הקבועות בפרק הניתוחים מסלול שב"ן.
- 1.35 **שנת ביטוח:** תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח, כאמור בדף הרשימה.
- 1.36 **מועד תחילת הביטוח:** המועד בו צורף המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01.12.2010. על אף האמור, **מועד תחילת הביטוח של מבוטחים קיימים ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים בשני הביטוחים.**

2. תוקף הפוליסה ותנאי קבלה:

2.1 הפוליסה תכנס לתוקפה בכפוף לאמור להלן:

- 2.1.1 **מבוטחים קיימים:** יצורפו באופן אוטומטי לביטוח במסלול מלא (ללא תלות בשב"ן) תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי ביטוחי שהיה



בתוקף עד 30.11.2010, ושנכלל בפוליסה זו ובכפוף לתשלום הפרמיה המגיעה על פי הנקוב בדף הרשימה.
לעניין זה "שמירה על רצף ביטוחי" - שמירת הרצף ללא בחינה מיוחדת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת.
מבוטחים קיימים יהיו זכאים לעבור ממסלול מלא למסלול שב"ן בכל עת. במידה והמעבר יבוצע בתוך 60 יום מיום תחילת הביטוח, יהיו זכאים המבוטחים להיות מבוטחים במסלול שב"ן באופן רטרואקטיבי מיום תחילת הביטוח, ויהיו זכאים להחזר בגין הפרמיות העודפות שנגבו.

2.1.2 למצטרפים לראשונה להר"י החל מיום 01.12.2010 ואילך, אשר יבקשו להצטרף לביטוח תוך 180 יום ממועד הצטרפותם לראשונה להר"י: החל מ האחד בחודש העוקב ליום קבלת ההצעה במשרדי הר"י – ועד מרכזי ובלבד שהר"י העבירה את ההצעה למבטח תוך 10 ימי עבודה, אך לא לפני תשלום הפרמיה הראשונה.
למען הסר ספק מובהר כי המצטרפים לביטוח עפ"י סעיף זה יהיו פטורים ממילוי הצהרת בריאות, ובלבד שהצעתם תתקבל במשרדי הר"י – ועד מרכזי תוך 180 יום ממועד הצטרפותם להר"י.

2.1.3 לחברי הר"י שלא הצטרפו בהתאם לאמור בסעיף 2.1.2 לעיל, וכן לזכאים להצטרף לביטוח בהתאם להגדרת מבוטח בסעיף 1 לעיל: הכניסה לביטוח מותנית במילוי הצהרת בריאות לשביעות רצונו של המבטח והסכמתו לקבל את המועמד לביטוח, אך לא לפני תשלום הפרמיה הראשונה, ובתנאי שמיום הבדיקה הרפואית או מיום חתימת המבוטח על הצהרת בריאות או מיום קבלת ההצעה לביטוח במשרדי המבטח ועד ליום שבו החליט המבטח על הסכמתו לעריכת הפוליסה לא חל שינוי בבריאותו של המבוטח.

2.2 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 כדון, אם לא יצא הביטוח אל הפועל, תוך ארבעה חודשי ביטוח לכל המאוחר.

2.3 תקופת הביטוח:



- 2.3.1 תקופת הביטוח תחל ביום תחילת הביטוח ותסתיים ביום 30.11.2015 בכפוף לאמור בסעיף 2.3.2.
- 2.3.2 הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח יסתיים במועד סיום תקופת הביטוח הבסיסי של המבוטח או במועד סיום או ביטול הסכם זה, או בהיכנס הודעת ביטול לפי סעיף 8 להלן לתוקף או במועד סיום העסקתו או חברותו של חבר או עובד הר"י אצל בעל הפוליסה או בפטירתו 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.
- 2.3.3 הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 2.3.4 פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50 לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

2.4 צירוף מבטחים

- 2.4.1 מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- 2.4.1.1 לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד,
- 2.4.1.2 לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;
- לא יצרפו המבטח, לביטוח זה, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, 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.



2.4.2 סעיף 2.4.1 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח/ת אחר/ת, אם התקיימו תנאים אלה:

2.4.2.1 הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

2.4.2.2 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.

2.5 המשכיות

על אף האמור בסעיף 2.3 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 למשך תקופה של 36 חודש לפחות, להמשיך בביטוח פרט, בתנאים שיהיו קיימים אצל המבטח באותה עת, ובהנחה של 15% למשך שלוש שנים מפרמיית הפרט, ללא צורך בחיתום רפואי לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים וללא צורך במעבר תקופת אכשרה נוספת, אם יבקשו זאת תוך 90 יום ממועד העזיבה/ סיום תקופת הביטוח. במקרה של אי חידוש ההסכם עבור כלל המבוטחים או חלקם תינתן הנחה של 25% למשך שלוש שנים מדמי הביטוח אשר יהיו נהוגים באותה עת בפוליסת פרט בעלת כיסויים חופפים.

3 ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח והודיע המבוטח למבטח או לבעל הפוליסה, במהלך 90 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגבי 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.

4 חובת גילוי:

ניתנו על ידי המבוטח תשובות או הצהרות שאינן מלאות וכנות לשאלות הנוגעות למצב בריאותו ועיסוקיו של המבוטח, או שלא הובאו לידיעת המבוטח עובדות הנוגעות בענין מהותי לעניינים אלה, אשר אילו הובאו לידיעתו לא היה המבוטח מתקשר על פי פוליסה זו, יחולו ההוראות הבאות:

- 4.1. נודע הדבר למבוטח בטרם קרה מקרה הביטוח, יהא המבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח, והמבוטח יחזיר במקרה כזה את הפרמיות ששולמו בתוספת הפרשי הצמדה וריבית כדין.
 - 4.2. נודע הדבר למבוטח לאחר שקרה מקרה הביטוח, יהא המבוטח פטור מכל אחריות על פי פוליסה זו.
 - 4.3. האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאי המבוטח על פי כל דין.
- להסרת ספק מובהר, כי חובת הגילוי חלה, בעניינים רפואיים, על מי שחויב למלא הצהרת בריאות בעת הצטרפותו לביטוח.**

5 חריגים:

5.1. חריגים כלליים:

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

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

תנאי מוקדם לזכות 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" פרושה - 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.

5.1.2 מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח, בכפוף לסייג בשל מצב רפואי קודם, כמפורט להלן בסעיף 5.2

5.1.3 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.

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.

5.1.4 מקרה הביטוח נגרם מתאונת עבודה ו/או שירות צבאי (חובה, קבע או מילואים) ו/או מתאונת דרכים המכוסה על פי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1976. 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 הבטחון; 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.

5.1.5 מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, אלכוהוליות או שימוש באלכוהול, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא שלא לצורך גמילה.



5.1.6. תסמונת הכשל החיסוני הנרכש AIDS (אידיס) ובמחלות: HUMAN

T-CELL LYMPHATROPIC VIRUS TYPE III (HTLV) ו-1

LYMPHADENOPATHY ASSOCIATED VIRUS (LAV) ו/או

מחלות או מצבים שהם מוטציות או וריאציות למחלת האידיס או כל מחלה או תסמונת דומה אחרת יהא שמה אשר יהא. חריג זה לא יחול על הכיסוי לפי פרק ט'.

5.1.8. 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 מיננת, תחליפים גרעיניים ופסולת גרעינית.

5.1.9. פעילות ספורטיבית מקצוענית במסגרת אגודות הספורט,

השתתפות או אימון בכל צורה שהיא במרוץ למעט מרוץ רגלי; טיסה בכלי טיס כלשהו למעט טיסה בכלי טיס אזרחי בעל רשיון להובלת נוסעים.

ספורט מקצועני יוגדר כעיסוק של מבוטח בספורט שמהווה מקור הכנסה סדיר ולאורך זמן.

5.2 סייג בשל מצב רפואי קודם

5.2.1 המבטח לא יהיה אחראי ולא יהיה חייב לשלם תגמולי ביטוח, כולם

או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנובע במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, או מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג, כמפורט בסעיפים 5.2.2 ו-5.2.3 להלן.

5.2.2 סייג בשל מצב רפואי קודם, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת

תקופת הביטוח הוא -

5.2.2.1 פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה

אחת מתחילת תקופת הביטוח.

5.2.2.2 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה

מתחילת תקופת הביטוח.



- 5.2.3 על אף האמור בסעיף 5.2.2 לעיל, הסייג הנקוב בסעיף 5.2.1, בשל מצב רפואי מסוים שפורט ברשימה לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה ברשימה לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 5.2.4 הסייג הנקוב בסעיף 5.2.1 לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטח על מצב בריאותו הקודם, והמבטח לא סייג במפורש ברשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- 5.2.5 אם נשאל המבוטח בהצהרת הבריאות על מצב בריאות ולא גילה את מצבו, יחולו לגביו כללי הגילוי על פי הוראות כל דין.
- 5.2.6 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.

- 5.3 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.

6 תשלום הפרמיות

- 6.1. זמן הפירעון של פרמיה הוא האחד בחודש בו נקבע תשלומה.
- 6.2. במקרה של תשלום הפרמיות ע"י הוראת קבע לבנק לתשלום פרמיות (שירות שיקים) יראה המבטח את זיכוי חשבונו בבנק כתשלום הפרמיה.
- 6.3. לפרמיות שלא שולמו במועדן, תווסף במועד תשלומן, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיף 11, ריבית כפי שתהיה נהוגה באותה עת, מיום היווצר הפיגור ועד לפירעונן בפועל על-ידי המבטח, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק פסיקת ריבית והצמדה, תשכ"א - 1961.

7. פרמיה חודשית לביטוח (בש"ח), החל מ- 01.12.2010, לפי המדד הידוע ביום 15.09.2010 (11588 בנק):



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

7.1.1. למבוטח שאינו הורה של חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועד (בכפוף לאמור ברישא, הפרמיות יחולו גם על 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)			
משפח** ה ה חד הורית	משפחה* 100	בודד 50	משפח** ה ה חד הורית	משפחה* 118	בודד 59	גיל*** המבוטח עד 35
73	100	50	86	118	59	35
110	146	73	130	172	86	36-45
141	192	96	167	226	113	46 ומעלה

7.1.2. על אף האמור בסעיף 7.1.1. לעיל, למבוטח בודד שהינו בן של חבר הר"י/ עובד הר"י/ עובד ועד וגילו בין 21 ל- 35 שנים:

מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	מסלול מלא (פרק ניתוחים - ללא תלות בשב"ן)	
בודד	בודד	גיל*** המבוטח
17	20	עד 21 35

בשאר קבוצות הגיל והסטטוסים המשפחתיים תגבה פרמיה כמפורט בסעיף 7.1.1. לעיל.

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

מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	מסלול מלא (פרק ניתוחים - ללא תלות בשב"ן)	
--	--	--



גיל*** המבוטח	בודד	*משפחה	בודד	*משפחה
עד 65	179	358	152	304
66 ומעלה	233	465	198	395

7.1.4 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.

7.2 המבטח יהיה זכאי לשנות את הפרמיה והתנאים של ביטוח זה לכלל המבוטחים על פי נוסחת העדכון לפרמיה הנספחת לביטוח הקולקטיבי; העדכון הראשון יוכל להתבצע ביום 01.12.2012 ולאחר מכן מידי שנתיים, וזאת בהתאם לתנאי ההסכם עם המבטח.

8. ביטול הפוליסה וחדידושה

- 8.1. המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטח.
- 8.2. לא שולמה פרמיה במועדה כאמור בסעיף 6 לעיל, לאחר ששולמה הפרמיה הראשונה, יהא המבטח זכאי לבטל את הפוליסה בכפיפות להוראות חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 8.3. 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.
- 8.4. מבוטח שבמועד תחילת הביטוח עדין 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.



9. 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 4 לעיל ובמקרה של מתן תשובה שאינה מלאה וכנה או העלמת עובדה בקשר לכך יחולו הוראות סעיף 4 לעיל.

10. תביעות ותגמולי ביטוח

- 10.1. 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. במקרי חירום התביעה תוסדר על ידי פניה טלפונית בין ישירות אל פקידות המבטח ו/או באמצעות מוקד החירום בשעות בהן משרדי המבטח סגורים.
- 10.2. 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.
- 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.
- 10.3. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 10.4. 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.



- 10.5. החזר תשלומים יבוצע על ידי המבטח בזמן סביר אך לא יאוחר מהקבוע על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981.
- 10.6. המבטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצויינים בכל פרק לפי הענין.
- 10.7. מבטח הזכאי לשיפוי לפי פרק ה' לא יהיה זכאי לשיפוי בגין אותו מקרה ביטוח לפי פרק א' ו/או פרק ב' ו/או פרק ג'.
- 10.8 כפל ביטוח**
- 10.8.1 המבטח יהיה אחראי, לחדוד, כלפי המבטוח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה, אף אם היה המבטוח 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.
- 10.8.2 בפוליסות שתגמולי ביטוח לפיהן משולמים בהתאם לשיעור הנזק שנגרם, ישאו המבטחים בנטל החיוב בינם לבין עצמם, לפי היחס שבין תקרות תגמולי הביטוח הנוגעות למקרה הביטוח כפי שהן קבועות בפוליסות הביטוח.
- 10.8.3 היתה למבטוח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מיד לאחר ששילם למבטוח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבטוח לגבות תחילה מהצד השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבטוח 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. המבטוח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.
- בהתייחס לפרק ה' בלבד: "צד שלישי" - לרבות קופות החולים.**



10.9. 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.

10.10. 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; ובהרר כי הביטוח הבסיסי אינו מהווה כפל ביטוח. לעניין סעיף זה.

11. תנאי הצמדה

11.1. תגמולי הביטוח והפרמיה יהיו צמודים למדד.

11.2. המדד היסודי לתגמולי הביטוח ולפרמיה הינו **מדד חודש אוגוסט 2010 (11588 נק')** שפורסם ביום **15.09.2010**.

11.3. המונח "היום הקובע" הוא:

11.3.1. **לגבי תשלום** הפרמיה - יום תשלומה בפועל למבטח.

11.3.2. **לגבי תשלום** בגין טיפול רפואי כלשהו - יום התשלום על ידי המבטח.

11.4. המדד הקובע - המדד האחרון שפורסם לפני היום הקובע.

11.5. תגמולי הביטוח והפרמיה יוצמדו לשיעורי המדד, מן המדד היסודי ועד המדד הקובע.

12. מסים והיטלים

בעל הפוליסה, או המבוטח - לפי העניין - חייב לשלם למבטח את דמי הפוליסה ואת המסים הממשלתיים והאחרים החלים על הפוליסה או המוטלים על הפרמיות, על סכומי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהמבטח מחויב



לשלם לפי הפוליסה, בין אם המסים האלה קיימים ביום עריכת הפוליסה ובין אם הם יוטלו במועד שלאחר מכן.

13. בירור חילוקי דעות בנושאים רפואיים

- 13.1. נדחתה מטעמים רפואיים תביעתו של מבוטח לתשלום תגמולי ביטוח יהיה המבוטח זכאי לערער בכתב על הדחיה בפני ועדת ערר, אשר תורכב מרופא נציג המבטח ורופא נציג הר"י.
- 13.2. המבוטח 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.
- 13.3. ועדת הערר תקבל החלטתה פה אחד.
- 13.4. 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.

14. התיישנות

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

15. הודעות

- 15.1. הודעה של המבטח לבעל הפוליסה ו/או למבוטח, לפי העניין, תינתן לפי מענם האחרון שנמסר בכתב למבטח. המבוטח 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.
- 15.2. כל הודעה ו/או הצהרה למבטח תימסר בכתב. כל שינוי בפוליסה, אם יתבקש, יכנס לתוקפו רק לאחר שנרשם על ידי המבטח בפוליסה.

16. 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.



17. השיפוט ברירת דין

- 17.1 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.
- 17.2 למען הסר ספק, מובהר בזאת, כי אכיפת פסק דין זר לא תחשב כפרשנות הפוליסה לפי דיני ישראל ולא כפסק דין שניתן בבית משפט ישראלי.

18. מתן מסמכים למבוטח

- 18.1 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. בתקנה זו, "חידוש ביטוח - למעט הארכת תקופת הביטוח בלא שינוי בדמי הביטוח ובתנאי הכיסוי הביטוחי, לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.
- 18.2 חלה על מבוטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מהחוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח.
- 18.3 נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מן החוזה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבוטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

19. מתן הודעות למבוטח

- 19.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה - מועד תחילת השינוי) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבוטחים 30 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; לעניין זה



"שינוי בדמי הביטוח" לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה, ולמעט שינוי בדמי הביטוח בשל הצמדתם למדד שנקבע מראש או שינוי בדמי הביטוח בשל מעבר בין קבוצות גיל כפי שפורט בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה; שינוי בתנאי הכיסוי הביטוחי"- למעט הארכת תקופת הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח, על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

19.2 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 למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

20. השבת דמי הביטוח

פטור המבטח מחובתו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 5.2 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 ורביית כדין.

21. 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. **ויבהר כי לכפילות המבוטח כאמור להוראות הצבא, קיימת השפעה על**



יכולת ניצול הזכויות לפי פוליסה זו.

22. התחייבויות בעל הפוליסה

- 22.1 בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח הבריאות הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.
- 22.2 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;
- 22.2 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.



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

1. **מקרה ביטוח:** 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 מושתל:** 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 25,000 ש"ח.

2.7 שכר אחות פרטית/אח פרטי בעת ניתוח: המבטח יחזיר הוצאות אלה למבוטח לתקופה שלא תעלה על 14 ימי אשפוז.

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 בשירותי 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. לענין זה, "סל שירותי הבריאות" - כאמור בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994.

2.10 תגמולי ביטוח מיוחדים:

המציא המבוטח לביה"ח טופס 17 מטעם קופת החולים בה הוא חבר, לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית החולים, ישלם המבטח למבוטח 400 ש"ח בעד כל יום אישפוז.

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:

המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיפים 2.1- 2.9 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 אין השב"ן 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.

4. תגמולי ביטוח מיוחדים:



המציא המבוטח לביה"ח טופס 17 מטעם קופת החולים בה הוא חבר, לכיסוי הוצאות הניתוח המבוצע בבית החולים, ישלם המבטח למבוטח 250 ש"ח בעד כל יום אישפוז.

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 בנייתוח 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 שלהלן, 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.
- 4.1.1. **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.
- 4.1.2. **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.



5. **סכום השיפוי המירבי**
- סכום השיפוי המירבי יהיה הנמוך מבין השניים:
- 5.1. **סכום השיפוי המירבי בגין טיפול או סדרת טיפולים חלופיים הינו עד תקרת הסכום הקבוע למנתחי הסכם של המבטח, עבור הניתוח שתחליף הניתוח בא להחליף.**
- 5.2. **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 ינתן כל כסוי 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 המבטח על פי פרק זה בנוסף לאמור בפרק המבוא, לא ישלם המבטח עבור:
- 11.1. טיפולים במסגרת הרפואה האלטרנטיבית, לרבות טיפולים הומיאופטיים, אקופונקטורה, היפרתרמיה, רפלקסולוגיה, כירופרקטיקה, שיאצו, אקופרסורה, אוריקולוטריפיה ואירידוטריפיה.
- 11.2. טיפולי פיזיותרפיה.
- 11.3. טיפולים כימוטרפיים.
- 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.
- 11.7. 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 לתשלום ההוצאות הקשורות במקרה הביטוח הינו כי הודעת המבוטח בכתב בדבר כוונתו לעבור את הניתוח התקבלה במשרדי המבטח 30 יום לפחות לפני מועד הניתוח, ובמקרה שאי ביצוע הניתוח כרוך בסכנת חיים למבוטח - שבעה ימים לפחות לפני מועד ביצוע הניתוח.



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 הסכם ו/או רופאים מרדימים 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 מושלל:** בוצע במבוטח בבית חולים מוסכם ניתוח, ובמהלך הניתוח הושתלה במבוטח תותבת כלשהי, יישא המבטח בעלות התותבת הנ"ל עד לתקרה של 25,000 ש"ח.

2.6. **כיסוי להוצאות שהייה של מלווה:** במקרה שהמבוטח אושפז מעל 10 ימים, יכסה המבטח 50% מהוצאות השהייה של שני מלווים במקרה של קטין מבוטח ומלווה אחד לבגיר, עד ל-500 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, יכסה המבטח 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. לענין 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 הארועים 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 200 ש"ח בגין כל התייעצות.



2. התייעצות בחו"ל

2.1. בסעיף זה: חברת טל-רפואה (TELEMEDICINE): חברה המספקת

שרותי TELEMEDICINE וקשורה בהסכמים עם מרכזים רפואיים בחו"ל.

2.2. **מקרה הביטוח:** התייעצות שקיים המבוטח עם רופא מומחה במרכז

רפואי בחו"ל באמצעות חברת טל-רפואה או בדרך אחרת 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 ליעץ 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.

2.3. שכר התייעצות ישולם ע"י המבטח ישירות לחברת טל-רפואה בניכוי

השתתפות עצמית בסך של 200 ש"ח שעל המבוטח לשלם לחברת טל-רפואה במועד התייעצות; התייעץ המבוטח עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל בדרך אחרת,

יחזיר לו המבטח את שכר טרחת הרופא בגין התייעצות בניכוי השתתפות עצמית של המבוטח בסך של 200 ש"ח ובלבד שתקרת הסכום הכולל להתייעצות לא תעלה על הסכום שהר"י משלם להתייעצות באמצעות חברת טל-רפואה בארץ.

2.4. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת לפני כל ניתוח או בעת התרחשות

אירוע כמפורט בסעיף 2.2 לעיל.

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

1. מקרה הביטוח

1.1. **השתלה:** כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב,

כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או איבר מלאכותי במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת



כניסיונית בישראל. במקרה בו ישתל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

1.2 טיפול מיוחד: טיפולים רפואיים בחו"ל, שאינם ניתוחים, והמפורטים להלן:

1.2.1 טיפול במחלת סרטן ממאיר ובכלל זה טיפול כימותרפי מורחב או כל טיפול אחר במחלת הסרטן הממאיר, אשר אינו ניתן לביצוע בישראל.

1.2.2 טיפול רפואי מיוחד הדרוש להצלת חיי המבוטח המצוי בסכנת מוות, אשר אינו ניתן לביצוע בישראל.

1.2.3 טיפול רפואי אחר לטיפול במצב רפואי חריג, שאושר למבוטח ע"י ההסתדרות הרפואית בישראל (שיבחר על-ידי יו"ר ההסתדרות הרפואית) וידוע לרופא המבטח.

1.2.4 טיפול רפואי אחר לטיפול במצב רפואי חריג, שאושר למבוטח ע"י רופא המוסכם על המבטח ועל בעל הפוליסה.

2. סכום הביטוח

2.1 עבור השתלה - הסכום המרבי לשיפוי הינו 5,334,561 ש"ח. במקרה של קיום השתלה/ות חוזרת/ות ובכפוף לאמור בסעיף 3 להלן, הסכום המרבי לשיפוי הינו 6,401,473 ש"ח.

2.2 עבור טיפול מיוחד –

2.2.1 בכפוף לאמור בסעיף 2.2.3, בגין טיפול מיוחד העונה על תנאי סעיפים 1.2.1, 1.2.2, 1.2.4 - הסכום המרבי לשיפוי הינו 500,000 ש"ח.

2.2.2 בכפוף לאמור בסעיף 2.2.3, בגין טיפול מיוחד העונה על תנאי סעיף 1.2.3 - הסכום המרבי לשיפוי הינו 133,364 ש"ח.

2.2.3 בכל מקרה סך השיפוי על פי פרק זה לא יעלה על 500,000 ש"ח.

3. תגמולי הביטוח

קרה מקרה הביטוח, ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאות 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 המבטח בגין הוצאות לשירותים רפואיים עבור השתלה כמפורט בסעיף 3.1 להלן לא יעלה ביחד על



הסך של 5,334,561 ש"ח, ובמקרה של קיום השתלה/ות חוזרת/ות ובכפוף לאמור להלן לא יעלה ביחד על הסך של 6,401,473 ש"ח. כמו כן מוצהר בזה כי סך התשלומים שישלם המבטח בגין הוצאות כמפורט בסעיף 3.2 להלן, בגין טיפול מיוחד העונה על תנאי סעיפים 1.2.4-1.2.1, לא יעלה ביחד על הסך של 500,000 ש"ח וזאת 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 10.8 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 לביצועו, ועל פי קביעתו של הרופא המבצע. לענין 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 שינתנו 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 המבוטח למבוטח בחייו גמלת החלמה חודשית בסך 6,668 ש"ח למשך תקופה של עד 24 חודשים, ובלבד שסך כל התשלומים שישלם המבוטח על פי סעיף 3.1 לא יעלה במצטבר על הסך הנקוב בסעיף 3 רישא בגין השתלה.

3.2. תשלום בגין טיפול מיוחד

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

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

3.2.1.2. 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 לשיכוך 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 החזר שבמחירון המבוטח ומצב כנספח א' לפוליסה זו.

פרק ז' - מנוי למשדר קרדיולוגי

1. המבוטח ישפה את המבוטח אם מצבו הבריאותי מחייב שימוש בשרותי מנוי על משדר קרדיולוגי (להלן: "מנוי").

2. מבוטח יחשב כנמצא במצב בריאותי המחייב שימוש במשדר קרדיולוגי אם:

2.1. הוא נמצא בשלבי החלמה לאחר אוטם שריר לב-חד.

2.2. הוא סובל מהפרעות קצב המסכנות את חייו.

3. המבוטח ישפה את המבוטח בגין הוצאותיו בפועל עבור דמי שירות המנוי עד לתקרה של 4,668 ש"ח לשנה, למשך תקופה של עד 5 שנים, בגין כל מקרה ביטוח.

פרק ח' - בדיקות אבחוניות

1. הגדרות לפרק זה:

"**בדיקות אבחוניות**" - לרבות בדיקות אבחון, מעבדה, רנטגן, א.ק.ג, בדיקות רדיולוגיות כמו אולטרה סאונד, תהודה מגנטית, טומוגרפיה ממוחשבת וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואית לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

2. **מקרה הביטוח** - ביצוע ניתוח אלקטיבי או לחילופין בעת התרחשות אחד הארועים: סרטן, אי ספיקת כליות, טרשת נפוצה, עיוורון, שבץ מוחי, התקף לב



ונכות מלאה ותמידית או חשד לגידול ממאיר אצל המבוטח על פי אמות מידה מקובלות

3. **תגמולי הביטוח** - על אף הקבוע בהגדרת "ניתוח", ישלם המבטח למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציא המבוטח בגין מקרה/מקרי הביטוח.

פרק ט' - מענק חד פעמי לפיצוי בגין הידבקות במחלת ה-AIDS

1. **מקרה הביטוח:** מחלת המבוטח בתסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS) כתוצאה מעירוי דם ומוצריו אשר ניתנו לו במהלך ניתוח או טיפול רפואי אחר כלשהו, שבוצע במהלך תקופת הביטוח.

2. **תגמולי הביטוח:** על אף האמור בסעיף 5.1.6 בפרק המבוא לעיל, מבוטח אשר קרה לו מקרה הביטוח יהא זכאי למענק חד פעמי בסך 466,774 ש"ח, ובלבד שהמציא אישור מאת בית החולים או מוסד רפואי מוכר אחר, כי הידבקותו באיידס אירעה במהלך ניתוח או טיפול רפואי אחר כלשהו, שבוצע באותו מוסד רפואי.

פרק י' - פיצויים חודשיים בגין הידבקות בנגיף הפטיטיס

1. **בפרק זה:**

אי כושר עבודה מוחלט: מבוטח יחשב כבלתי כשיר באופן מוחלט לעבודה אם נדבק, בהיותו בן 21 שנים ומעלה, בנגיף הפטיטיס, בשל עירוי דם ומוצריו שניתנו לו במהלך ניתוח שבוצע בבית חולים במהלך תקופת הביטוח, וכתוצאה מכך נשללה ממנו האפשרות לעסוק במשלח יד כלשהו או לבצע עבודה כלשהי תמורת שכר, גמול או רווח כלשהם.

תקופת המתנה: תקופה בת 3 חודשים שתחילתה ביום בו הפך המבוטח לבלתי כשיר באופן מוחלט לעבודה ואשר רק בסיומה יהיה המבוטח זכאי לפיצויים חודשיים בגין אי הכושר.

2. **התחייבות המבטח:**



- 2.1. המבטח ישלם למבוטח, שהינו במצב של אי כושר עבודה באופן מוחלט, פיצויים חודשיים בסך 5,000 ש"ח לחודש, החל מתום תקופת ההמתנה וכל עוד נמשך אי הכושר המוחלט, אך לא יותר מ- 12 חודשים.
- 2.2. הפיצויים ישולמו לתקופה שאינה עולה על 12 חודשים.
- 2.3. אם לא היתה למבוטח תעסוקה במועד התחלת אי כושר העבודה באופן מוחלט, לא יהא המבוטח זכאי לפיצוי כלשהו על פי פרק זה.

פרק יא' - 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 אידס, בדיקת תפקודי נשימה, בדיקת שמיעה; לנשים - הבדיקות המפורטות לעיל וכן בדיקת שד, בדיקה גניקולוגית (הכוללת גם לקיחת משטח מצוואר הרחם), ממוגרפיה, אולטרה סאונד בטן, אוסטיאופירוזיס. **"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"ב - סריקה על קולית לסקירת מערכות העובר

1. המבטח ישלם למבוטחת תגמולי ביטוח בגובה 75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציאה המבוטחת, אך לא יותר מסך של 1,334 ש"ח, כאשר על פי הפנית גניקולוג עברה המבוטחת אצל גניקולוג סריקה על קולית מוקדמת לסקירת מערכות העובר.
2. המבוטחת תהיה זכאית לסקירת מערכות אחת בכל הריון, ובלבד שלא היתה בהריון בעת הכניסה לביטוח.

פרק י"ג - ביטוח לתרופות מיוחדות

1. **בפרק זה:**
- "המבוטח" - מבוטח שהינו מבוטח על פי חוק הבריאות.
- "תקופת המתנה" - תקופה של 90 ימים, המתחילה ביום קרות מקרה הביטוח או תאריך הדיווח בכתב למבטח, המאוחר מביניהם, שבה לא ישלם המבטח תגמול חודשי בגין מקרה הביטוח.
- "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.
- "סל הבריאות הממלכתי" - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחברים במסגרת ומכח חוק הבריאות או מכח התחייבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה.
- "רופא מומחה" - רופא אשר הוכר כמומחה ע"י רשויות הבריאות במדינת ישראל ובלבד שתחום מומחיותו הוא בתחום הרלוונטי הנדרש לטיפול בתרופה.
- "טיפול" - נטילת תרופה על פי מרשם, בצורה חד פעמית או מתמשכת שלא



במהלך אשפוז בבית החולים, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום. **"בית מרקחת"** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב (להלן: "נותן השירות").

"מרשם" - 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 "סכום שיפוי מירבי" - גובה תגמולי הביטוח המרביים שישלם המבטח.

"מחיר מירבי מאושר" - הסכום הנקוב בחוברת האחרונה שפורסמה מטעם הועדה להרחבת סל השירותים בגין תרופה מאושרת לכיסוי.

2. מקרה הביטוח:

2.1 מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב, על פי הוראת רופא על גבי מרשם, טיפול תרופתי באמצעות תרופה, אשר אינה כלולה בסל שירותי הבריאות, והתרופה אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית, לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, על ידי הרשות המוסמכת באחת המדינות הבאות (להלן: "המדינות המוכרות"): ישראל, ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד, אחת המדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).

2.2 מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב, על פי הוראת רופא על גבי מרשם, טיפול תרופתי באמצעות תרופה אשר רשומה בסל שירותי הבריאות, שאינה 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 הרשות המוסמכת באחת המדינות המוכרות.

2.3 מצבו הבריאותי של מבוטח, המחייב, על פי הוראת רופא על גבי מרשם, טיפול תרופתי באמצעות תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית, שאושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהטיפול התרופתי מיועד לשימוש אונקולוגי



והמטו-אונקולוגי, ושהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

2.3.1 פרסומי ה-FDA

2.3.2 American Hospital Formulary Service Drug Information

2.3.3 US Pharmacopoeia - Drug Information

2.3.4 Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת

התנאים הבאים במצטבר (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

2.3.4.1 עוצמת ההמלצה (Strength of Recommendation) – נמצאת

בקבוצה I או IIa.

2.3.4.2 חוזק הראיות (Strength of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או

B.

2.3.4.3 יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa.

2.3.5 תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National

Guidelines, שמתפרסם ע"י אחד מהבאים:

2.3.5.1 NCCN

2.3.5.2 ASCO

2.3.5.3 NICE

2.3.5.4 Esmo Minimal Recommendation

2.3.6 נטל ההוכחה כי התרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי,

ע"י אחד מהפרסומים ו/או המאגרים המפורטים בסעיפים 2.3.1-

2.3.5. לטעם, מוטל על המבוטח.

2.4 האמור בסעיפים 2.1-2.3 כפוף לתנאים המצטברים הבאים:

2.4.1 לתרופה כאמור בסעיפים 2.1-2.3 אין תרופה חלופית, הכלולה בסל

שירותי הבריאות, כמוגדר בפרק זה.

2.4.1.1 תרופה חלופית לצורך פרק זה היא תרופה הכלולה בסל שירותי

הבריאות, שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר

מביאה, על פי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית



דומה לזו המושגת על ידי התרופה נשואת מקרה הביטוח, ובלבד שהטיפול התרופתי בתרופה חלופית זו אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר למבוטח ביחס לתרופה כאמור בסעיפים 2.1-2.3.

2.4.1.2 **תוצאות חמורות יותר** לצורך פרק זה הינן תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול התרופתי, לרבות פגיעה באיכות או בשגרת חייו של המבוטח, למעט שינוי הנוגע לתדירות נטילת התרופה דרך הפה.

2.4.1.3 אם השתמש המבוטח בתרופה חלופית, ולאחר תחילת השימוש האמור התגלו תוצאות חמורות יותר אצל המבוטח, או התברר שהתרופה החלופית לא הביאה לתוצאה רפואית דומה לזו שתרופה כאמור בסעיפים 2.1-2.3 הייתה צפויה להביא, יכסה המבטח את התרופה כאמור בסעיפים 2.1-2.3.

למען הסר ספק הביטוח יכסה מצב מחלה שבתקופה שלפני הביטוח והמבוטח הבריא ממנה או המחלה היתה ברמיסיה.

למען הסר ספק מובהר ומודגש בזאת, כי השיפוי יהיה אך ורק בגין עלות התרופה, להבדיל מהשירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה.

למען הסר ספק מובהר, כי טיפול תרופתי מונע במסגרת שרות רפואה מונעת, טיפול בויטמינים ו/או חיסונים אינם מהווים מקרה ביטוח.

3. תגמולי הביטוח: לאחר תום תקופת ההמתנה, ישלם המבטח למבוטח או ישירות לנותן השירות את עלות התרופה המאושרת לכיסוי, עד תקרת המחיר המירבי המאושר, ובהתאם למפורט להלן:

3.1. המבטח ישפה את המבוטח כנגד העברת קבלות מקוריות, ו/או ישלם ישירות לנותני השירות עבור התרופה.

3.2. חבות המבטח תהיה אך ורק להוצאות שהוצאו בפועל ועד לגובה המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה, בניכוי סכום ההשתתפות העצמית למרשם בגובה 10% ולא פחות מ- 100 דולר ארה"ב לחודש.

3.3. סכום השיפוי המרבי שישלם המבטח בגין תביעה ו/או תביעות המכוסות על פי פרק זה יהיה עד 10,000 דולר ארה"ב למשך תקופה של 12 חודשים, ולא יותר מ- 5 שנים.

3.4. למען הסר ספק מובהר כי המבוטח לא יהיה זכאי על פי פרק זה לתרופה הנדרשת במהלך ניתוח ו/או במהלך אשפוז בבית חולים.



- 3.5. למען הסר ספק יודגש בזה כי כל ההוצאות הנ"ל יוכרו אך ורק כנגד קבלות וחשבוניות מקוריות בלבד. צילומים או העתקים, גם אם אושרו כנאמנים למקור, לא יוכרו לצורך תשלום תגמולי הביטוח.
- 3.6. מוצהר ומוסכם, כי ההתחשבות תהיה בגין הוצאות שהוצאו בפועל, בלבד.
- 3.7. לא ינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

נספח א'

תגמולי שירותי חירום ועזרה ראשונה לטיפול בשיניים - פרק ו'

75	בדיקה
30	צילום השן ו/או השיניים הכואבות
95	סתימה זמנית
80	אבחון הבעיה הרפואית ומתן מרשם מתאים לשיכוך הכאב במקרה ולא ניתן לטפל בשן באותה עת (לא כולל עלות התרופות במרשם)
170	עקירה דחופה - רגילה
400	עקירה דחופה - כירורגית
170	ניקוז מורסה (משן נגועה) דרך החניכיים
70	הדבקה ארעית של כתרים שנפלו
135	עקירת עצב מודלק



דף הרשימה

תקופת הביטוח: 01.12.2010 – 30.11.2015

מועד תחילת הביטוח: המועד בו התקבל המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01.12.2010

מועד תחילת הביטוח לגבי מי שהיו מבוטחים בביטוח "בריאות מושלמת לרופא" ברצף החל מיום 01.06.1999 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטח עבור חברי/עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 31.11.10, הוא המועד המקורי בו התקבלו לביטוח על פי תנאי הפוליסה שפוליסה זו מהווה את המשכה לגבי הכיסויים והסכומים החופפים.

להלן פירוט הפרמיה החדשית בש"ח:

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

מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)			
משפחה חד הורית**	משפחה*	בודד	גיל*** המבוטח
86	118	59	עד 35
130	172	86	36-45
167	226	113	46 ומעלה

מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)			
משפחה חד הורית**	משפחה*	בודד	גיל*** המבוטח
73	100	50	עד 35
110	146	73	36-45
141	192	96	46 ומעלה



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

מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)	מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)	
בודד	בודד	***גיל המבוטח
17	20	עד 21 35

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

מסלול תלוי שב"ן (פרק הניתוחים א'2- תלוי במימוש זכויות בשב"ן)		מסלול מלא (פרק ניתוחים – ללא תלות בשב"ן)		
*משפחה	בודד	*משפחה	בודד	***גיל המבוטח
304	152	358	179	עד 65
395	198	465	233	66 ומעלה

**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 או במועד סיום או ביטול הביטוח הבסיסי, בהיכנס הודעת ביטול לפי סעיף 8 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: 11588 נקודות



נספח ב'

הצהרת בעל הפוליסה

על פי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסים (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.

[X] בעל הפוליסה הוא תאגיד והמבוטחים הם חברים בתאגיד ו/או בני-זוג של חברים בתאגיד, ובלבד שקבלת ביטוח בריאות אינה המטרה העיקרית להתאגדותו.

[] בעל הפוליסה הוא ספק שירות והמבוטחים הם מקבלי שירות מבעל הפוליסה, ואין עיקרו של השירות בעשיית ביטוח בריאות קבוצתי.

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 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



למי פונים בעת הצורך?

לרשותך עומדת מחלקת שירות הלקוחות המאושרת 24 שעות ביממה:
חייג/י: *2066

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.

בשלב זה המבוטח מתבקש לפנות בהקדם למחלקת שירות הלקוחות באמצעות קו הטלפון הפועל 24 שעות ביממה: *2066 או למדנס סוכנות לביטוח בטלפון: 03-6380223

המוקד או סוכני הביטוח יסייעו למבוטח ויתנו לו את המידע הראשוני לגבי האפשרויות העומדות לרשותו למימוש זכאותו על פי הפוליסה.

בשלב הבא, המבוטח מתבקש להעביר את טופס התביעה למחלקת שירות הלקוחות באמצעות דואר או פקס את טופס תביעה.

מספרי הפקס חירום של מחלקת שירות לקוחות:

03-7107473

03-7601046

כתובת הדואר של מחלקת שירות לקוחות:

רח' אלנבי 115

ת.ד. 927

תל אביב

מיקוד: 61008

פרטים של מדנס סוכנות לביטוח

טל-03-6380223



פקס- 03-6380011
אגף הבריאות, מדנס סוכנות לביטוח בע"מ, רח' השלושה 2, תל-אביב 67060

להזמנת טפסי תביעה ניתן לפנות למח' שירות לקוחות בטל' *2066

כל פנייה שתגיע אלינו תיבדק באופן מידי על ידי צוות מסלקי התביעות ורופא החברה ומייד לאחר מכן יפנה אל המבוטח נציגנו ממחלקת שירות הלקוחות על מנת לתאם עבור המבוטח את המשך הטיפול הרפואי, זאת על פי העדפתו של המבוטח לגבי הרופא המנתח, בית החולים ומועד הניתוח