



פוליסה קבוצתית לביטוח תרופות

לחברי מועדון ההטבות החברתי - "ביחד בשבילך"



תוכן העניינים

2	הקדמה
5	גילוי נאות
9	הפוליסה תנאים כלליים
18	הכיסוי הביטוחי
21	נספח תגמולי הביטוח
22	נספחים
23	אופן הגשת תביעה והנחיות

ינואר 2018

חברי וחברות ההסתדרות ומועדון ההטבות החברתי "ביחד בשבילך" שלום רב,

הדאגה לכבוד האדם העובד בישראל וחיזוק מעמדו, הן במהלך החיים המקצועיים והן בעת הגיעו לגיל הפרישה, מנחה את עשיית ההסתדרות וממשיכה לקבל ביטוי בהישגים חסרי תקדים. ההסתדרות הובילה מהלך להעלאה היסטורית של שכר המינימום ב-1000 שקלים, מהלך שהצליח להביא לזינוק מואץ של השכר הריאלי במשק לאחר כעשור וחצי של קיפאון בשכר; קידמנו את שילובם של אנשים עם מוגבלות בעולם התעסוקה, הגנו על מערך הפנסיה של אזרחי ישראל והבאנו לשינוי אמיתי בתחום הביטוח הסיעודי. הוכחנו פעם אחר פעם כי ההסתדרות היא לא רק ביתם של העובדים והגמלאים אלא תנועה חברתית מובילה בהשפעתה, שבזכות ערכי הסולידריות, מצליחה לחולל שינוי אמיתי ולצמצם את הפערים בחברה הישראלית. בראייה זאת הקמנו את מועדון ההטבות החברתי הראשון בישראל - "**ביחד בשבילך**". שהפך תוך זמן קצר למועדון ההטבות הגדול במדינה. מאות אלפי חברי/ות הסתדרות משתייכים כבר למשפחת "ביחד בשבילך" ונהנים ממגוון רחב של הנחות בלעדיות המוצעות באתר ומהטבות נוספות בכרטיס האשראי, ללא עלות נוספת.

לאור מחויבותה העמוקה של ההסתדרות לקידום רווחת העובדים והגמלאים, אנו ממשיכים להשקיע משאבים רבים על מנת ש"ביחד בשבילך" ימשיך לשגשג כפלטפורמה חברתית ויתרום לצמצום פערים בחברה. לאור זאת, אני שמח לבשר כי בנוסף לשלל ההטבות במועדון, הוחלט על מתן הטבה ייחודית ומשמעותית למחזיקי כרטיסי האשראי של המועדון - תכנית ביטוח בריאות לכיסוי תרופות שאינן בסל הבריאות הממלכתי, ללא עלות (על פי תנאי הפוליסה המצורפת). ביטוח התרופות שאינן בסל הבריאות הוא בשורה חברתית אמיתית. אנו נמשיך להוביל שינוי חברתי אמיתי ונפעל על-מנת להשפיע לטובה על מציאות החיים של חברי/ות ההסתדרות.

ההסתדרות - הבית של העובדים והגמלאים בישראל

בברכת בריאות טובה!
ארנון בר דוד
יו"ר ההסתדרות

ינואר 2018

חברי/ות מועדון "ביחד בשבילך" שלום רב,

מועדון "ביחד בשבילך" הוקם לפני כשנתיים ע"י ההסתדרות, עבור חברה, מתוך ראייה חברתית-צרכנית, ומטרתו הוזלת סל הצריכה של משקי הבית והגדלת הכנסתם הפנויה של החברים.

המועדון מציע מגוון רחב של הנחות בלעדיות והטבות רבות לחבריו, והפך תוך זמן קצר למועדון ההטבות הגדול במדינה. מאות אלפי חברי/ות הסתדרות משתייכים כבר למשפחת "ביחד בשבילך" ונהנים.

לאחרונה הוחלט על מתן הטבה ייחודית ומשמעותית, תכנית ביטוח בריאות לכיסוי תרופות שאינן בסל הבריאות הממלכתי. ההטבה ניתנת ללא עלות לחברי המועדון, המחזיקים בכרטיס אשראי של המועדון שלושה חודשים לפחות, והם חברי הסתדרות במשך שנה לפחות, ובכפוף לתנאי הפוליסה.

המצטרפים במועד תחילת ההסכם יצטרפו באופן אוטומטי וללא צורך במילוי הצהרת בריאות.

חברת הביטוח שתפעיל עבורך את הביטוח הינה – "מנורה מבטחים".

עיקרי הכיסוי הביטוחי:

- כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל הבריאות אך מאושרות ע"י הרשויות המוסמכות בישראל ו/או בחו"ל. (כגון רשות המזון והתרופות האמריקאית (FDA)).
- תרופות אשר כלולות בסל הבריאות אך התוויתן בסל אינה תואמת את הצורך הרפואי של המבוטח, אך מאושרות להתוויה ע"י הרשויות המוסמכות.
- תרופה שלא אושרה להתוויה תהיה זכאית למימון אם הוכרה כיעילה למחלתו של המבוטח ע"י פרסום רפואי רשמי בעולם.
- כיסוי לתרופה עבור מחלה יתומה - תרופה אשר אושרה באחת המדינות המוכרות לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר.
- **סכום הכיסוי הביטוחי - 1,000,000 ₪.**

במסגרת הפוליסה נקבעו כללים ברורים ומפורטים לטיפול בתביעות באופן מידי ויעיל. התנאים המחייבים הינם התנאים שבפוליסה המלאה.

תכנית ביטוח הבריאות לכיסוי תרופות שאינן בסל הבריאות הממלכתי הניתנת באופן בלעדי למחזיקי כרטיס האשראי של המועדון העומדים בתנאי הזכאות, היא חלק משורה של הטבות ושירותים המוענקים לחברי המועדון.

אנו פועלים כל העת להרחבת השירותים לרווחת החברים ומאחלים **בריאות לך ולבני משפחתך!**

בברכה,

עו"ד אופיר אלקלעי
יו"ר "ביחד בשבילך"

איל קרוליצקי
מנכ"ל "ביחד בשבילך"


חברי/ות מועדון ב"יחד בשבילך",

אנו מברכים אותך על הצטרפותך לתכנית ביטוח בריאות לכיסוי תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות מבית מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, אשר נבנתה במיוחד עבור חברי המועדון "ביחד בשבילך".
תכנית הביטוח שלפניך מיועדת להעניק לך כיסוי לאירועים רפואיים מורכבים ועתירי עלות בתחום התרופות ומבטיחה שירות איכותי ומייד.

חוברת זו שבידיכם מכילה תיאור מפורט של הביטוח המוצע למבטחים, ומומלץ לכל מבטח להכיר את פרטי תכנית הביטוח והאפשרויות המוצעות.

בברכת בריאות איתנה לך ולבני ביתך,

אורית קרמר
סמנכ"ל בכירה
מנהלת תחום בריאות



גילוי נאות

חלק א' ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה:

תנאים	סעיף	כללי
פוליסה קבוצתית לביטוח תרופות לחברי המועדון "ביחד בשבילך"	שם הפוליסה	
ביחד בשבילך	שם בעל הפוליסה	
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ	שם המבטח	
חברים אצל בעל הפוליסה, במועד כניסת הפוליסה לתוקף, יצורפו לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וולא תקופת אכשרה. מצטרפים חדשים לביטוח (קרי, מי שיצורף כמבוטח לפוליסה לאחר מועד כניסתה לתוקף), יחתמו על הצהרת בריאות מקוצרת. תנאי הזכאות המצטברים להכללה בפוליסה יהיו: א. חברות במועדון "ביחד בשבילך". ב. המשך שלושה חודשים לפחות, בכרטיס האשראי המשוך למועדון. ג. תשלום דמי חבר להסתדרות (או פטור מתשלום מכוח החלטות בית נבחרי הסתדרות* במשך שנה, או חבר הסתדרות המשלם דמי חבר להסתדרות במשך 3 חודשים רצופים, כאשר במשך 9 החודשים שקדמו להם שילם ברציפות דמי טיפול להסתדרות.	רשאים להצטרף לביטוח	
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות.	הכיסויים בפוליסה	
3 שנים. 01.01.18-31.12.20	משך תקופת הביטוח	
במקרה בו הופסקה הפוליסה בתום תקופת הביטוח, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבוטחים אצל המבטח, יוכל כל מבוטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות לכיסוי תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות קיים אצל המבטח באותה העת ובכיסוי חופף לכיסוי בהסכם, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים. במועד המעבר לכלל המבוטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין אותו הכיסוי). כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבוטח להסכם זה, וזאת בכל הנוגע לכיסויים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כי כיסוי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה. להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה של דמי הביטוח החדשיים.	המשכיות	
אין	תנאים לחידוש אוטומטי	
אין	תקופת אכשרה	
המבוטח נדרש בתשלום השתתפות עצמית בסך 200 ₪ לחודש בנפרד לתרופה.	השתתפות עצמית	

סעיף		תנאים
שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	<p>אין שינוי.</p> <p>חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת כאמור בסעיף 13 (א) לפוליסה 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 מבטח, יבוטל הביטוח לגביי 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.</p> <p>חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בסעיף 13 (ב) ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח בהתאם למפורט לעיל, ופנה מבטח 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.</p> <p>לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.</p> <p>פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבטח, 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.</p>
פרמיות	גובה הפרמיה	ישולם באופן מלא ע"י בעל הפוליסה.
	מבנה הפרמיה	קבועה וצמודה למדד.
	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	אין
תנאי ביטול	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	<p>ביטול על ידי המבוטח</p> <p>1. בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח. 2. המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה למבטחת.</p>
	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטח	<p>ביטול על ידי המבטח</p> <p>המבטח ירשה רשאי לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח.</p>
חריגים	החרגה בגין מצב רפואי קודם	<p>סייג בשל מצב רפואי קודם – מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: 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 הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:</p> <p>פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע. "המועד הקובע" מועד הצטרפות החברים לפוליסה זו.</p>

תנאים		סעיף	
כמפורט בסעיף 10 בפרק מבוא- הגדרות ותנאים כלליים. בנוסף, יחולו החריגים כמפורט בסעיף 4 בכיסוי הביטוח.		סיווגים לחבות המבטח	חריגים
המבטח יוכל לקבל מידע על פירוט תגמולי הביטוח באתר האינטרנט www.menoramivt.co.il של המבטח ו/או באמצעות קו טלפון ייעודי לחברי בעל הפוליסה: 072-2768705		פירוט תגמולי ביטוח	
כמפורט בסוף חוברת זו.		אופן הגשת התביעה	

חלק ב' – ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם:

הסכומים הנקובים ב-שם הינם צמודי מדד ונכונים למדד שפורסם ביום 15.12.17.

פירוט הכיסויים בפוליסה	תיאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של המבטח והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות					
הכיסוי הביטוחי	כיסוי לתרופות הבאות: תרופה, שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות. תרופה, אשר כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבטח. תרופה OFF LABEL. תרופה למחלה יתומה	שיפוי	אישור מראש של המבטח לרכישת התרופה*	תחליפי או מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
סכום שיפוי מרבי	עד 1,000,000 ₪ לכלל מקרי הביטוח לכל תקופת הביטוח. השתתפות עצמית - 200 ₪ לחודש בנפרד לתרופה. בגין תרופה שעלותה המצטברת מעל 6,000 ₪ לחודש או בגין תרופה למחלת הסרטן, לא תידרש השתתפות עצמית. שירות רפואי הנדרש למתן התרופה- עד 150 ₪ עבור כל שירות ועד ל- 30 פעמים של מתן השירות.	שיפוי	אישור מראש של המבטח לרכישת התרופה	תחליפי/מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה

***לא פנה המבוטח לקבלת אישור מראש יהא רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהיה משלם המבטח באמצעות ספק בהסכם, לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי.**

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 הוצאות 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.

יצוין כי ההגדרות תקפות ליום פרסומן.

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

פוליסה קבוצתית לביטוח תרופות לחברי המועדון "ביחד בשבילך" פרק מבוא - הגדרות ותנאים כלליים

1. הגדרות:

- הגדרות אלה יחולו על כל פרקי הפוליסה והסכם הביטוח וכל הנספחים.
- 1.1. "החברה" או "המבטח" - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
 - 1.2. "הפוליסה" - חוזה ביטוח זה, כולל תנאים כלליים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, לרבות דף פרטי הביטוח וכל נספחים המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
 - 1.3. "תאריך תחילת הביטוח הקבוצתי" - 1/1/2018.
 - 1.4. "תאריך הצטרפות" - התאריך בו הצטרף המבוטח לביטוח זה ולא מוקדם מתאריך תחילת הביטוח הקבוצתי.
 - 1.5. "הסכם הביטוח" - חוזה ביטוח זה שבין בעל הפוליסה לבין המבטח, לרבות כל נספח ותוספת המצורפים לו.
 - 1.6. "שנת ביטוח" - תקופה של 12 חודשים רצופים, אשר תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כנקוב בהסכם הביטוח והמתחדשת כל 12 חודשים.
 - 1.7. "בית חולים" - מוסד רפואי המוכר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים כללי, במועד הגשת התביעה, להוציא מוסד שהוא סנטוריום (בית החלמה/הבראה).
 - 1.8. "מעבדה" - מעבדה רפואית המוכרת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל.
 - 1.9. "ישראל" - מדינת ישראל, לרבות השטחים תחת שלטון ישראל.
 - 1.10. "חו"ל" - כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב.
 - 1.11. "רופא מומחה" - רופא שקיבל ממשרד הבריאות מספר רישיון מומחה בתחום רפואי מסוים.
 - 1.12. "נותן שירות בהסכם" - גוף רפואי לרבות בית מרקחת עמו קשורה או מתקשר החברה בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם החברה במועד התביעה.
 - 1.13. "רופא" - רופא, אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כרופא מורשה הרשאי לעסוק ברפואה.
 - 1.14. "טיפול ניסיוני" - טיפול רפואי אשר ביצעו מחייב קבלת אישור של וועדת הליסינקי ואשר ממומן על ידי גורם חיצוני המעוניין בתוצאות המחקר/הטיפול.
 - 1.15. "היועץ" - היועץ אשר נבחר/ייבחר על ידי בעל הפוליסה ללוות את בעל הפוליסה והמבוטחים במהלך תקופת הביטוח.
 - 1.16. "המוטב" - הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח במקרה מות המבוטח עפ"י הוראה שניתנה ע"י המבוטח. אם לא ניתנה הוראה כזו, יורשיו החוקיים של המבוטח.
 - 1.17. "המבוטחים" - חברים אצל בעל הפוליסה עלפי תנאי זכאות לפי שיקול דעת בעל הפוליסה אשר פרטיהם יועברו למבטח ושולמה בגינם הפרמיה.
 - 1.18. "חוק הביטוח" - חוק חוזה הביטוח התשמ"א - 1981.
 - 1.19. "חוק הבריאות" - חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994.
 - 1.20. "תקנות ביטוח בריאות קבוצתי" - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח בריאות קבוצתי), תשס"ט-2009.
 - 1.21. "קופת חולים" - תאגיד כהגדרתו בחוק הבריאות.
 - 1.22. "וועדת הליסינקי" - ועדה הפועלת על סמך נוהל לניסויים רפואיים בבני אדם בהתאם לתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם, התשמ"א 1980, על תוספותיהן ותיקונין 1999).
 - 1.23. "בעל הפוליסה" - ביחד בשבילך בע"מ, ח.פ. 515318012 (להלן גם: "המועדון")

- 1.24. **"דמי הביטוח או הפרמיה"** - ישולמו באופן מלא ע"י בעל הפוליסה.
- 1.25. **"סכום ביטוח"** - הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בנספח 1 שצורף לפוליסה.
- 1.26. **"המדד"** - מדד המחירים לצרכן המתפרסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה או בהיעדר פרסום כנ"ל, מדד המתפרסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומו, או מדד כלשהו שיוחד לשירותי הבריאות.
- 1.27. **"דף פרטי הביטוח"** - דף המצורף לפוליסה שכולל את כל הפרטים והתנאים הדרושים לשם התאמת פוליסת הביטוח לתנאי חוזה הביטוח של המבוטח.
- 1.28. **"השתתפות עצמית"** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. מובהר בזאת כי חבות המבוטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק או נספח המצורף לפוליסה, תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח מעבר להשתתפות עצמית זו.

2. המבוטחים:

- 2.1. בעל הפוליסה ימסור למבטח רשימה שמית הכוללת את המבוטחים. מבלי לגרוע מהאמור לעיל, נכון ליום חתימת ההסכם תנאי הזכאות המצטברים להכללה בפוליסה יהיו:
- 2.1.1. חברות במועדון "ביחד בשבילך".
- 2.1.2. החזקה, במשך שלושה חודשים לפחות, בכרטיס האשראי המשויך למועדון.
- 2.1.3. תשלום דמי חבר להסתדרות (או פטור מתשלום מכוח החלטות בית נבחר הסתדרות) במשך שנה, או חבר הסתדרות המשלם דמי חבר להסתדרות במשך 3 חודשים רצופים, כאשר במשך 9 החודשים שקדמו להם שילם ברציפות דמי טיפול להסתדרות.
- 2.2. תוקף הביטוח ייפסק לפי המוקדם מבין התאריכים הבאים:
- 2.2.1. היום האחרון בחודש בו הפסיק המבוטח להשתייך לקבוצת המבוטחים על פי הודעת בעלת הפוליסה.
- 2.2.2. בתום תקופת הסכם הביטוח שבין בעל הפוליסה למבטח.
- 2.2.3. היום האחרון בחודש במקרה ביטול הפוליסה ע"י מבטח/בעל הפוליסה בכתב, מסיבה כלשהיא.

3. אופן הצטרפות:

- 3.1. חבר יצורף לביטוח ללא צורך במילוי הצהרות בריאות, ללא צורך בחיתום וללא תקופת אכשרה. בכל מקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לאמור בסעיף אחר בפוליסה - יגבר האמור בסעיף זה. מצטרפים חדשים לביטוח (קרי, מי שיצורף כמבוטח לפוליסה **לאחר** מועד כניסתה לתוקף), יחתמו על הצהרת בריאות מקוצרת.
- 3.2. יובהר כי גריעת מבטח מקובץ המבוטחים ו/או אי הכללתו בקובץ אשר נגרמה עקב השמטה מקרית, בלתי מכוונת ו/או בטעות ו/או בתום לב, אינה מהווה ביטול הפוליסה של אותו מבטח, בתנאי שבמקרה שכזה יועבר על ידי בעל הפוליסה אישור בכתב, המאשר את זכאותו בכפוף לתשלום הפרמיה בגינו.
- 3.3. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

4. תקופת הסכם הביטוח:

- 4.1 תקופת הסכם הביטוח והפוליסה תהיה מיום: 1.1.2018 (להלן: "המועד הקובע") וסיומה ביום: 31.12.2020 (להלן: "תקופת ההסכם").
- 4.2 במידה ולא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, יאריך המבטח את תקופת ההסכם, לצורך ניהול מו"מ לתקופה נוספת של עד 90 יום מיום סיום ההסכם, על פי דרישת בעל הפוליסה, בתנאים זהים להסכם זה.
- 4.3 על אף האמור לעיל, הסכם הביטוח והפוליסה לא יפקעו לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח ויחולו כל הכיסיים הביטוחיים על פיה עד לתום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסיים אלה.
- 4.4 פחת מספר המבטחים בקבוצה מ-50, לא יחודשו הסכם הביטוח והפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתם או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

5. המשך הביטוח במקרה סיום ההסכם (המשכיות):

- 5.1 במקרה בו הופסקה הפוליסה בתום תקופת הביטוח כמוגדר בסעיף 2.2.2 לעיל, ולא חודשה לכלל או חלק מהמבטחים אצל המבטח, יוכל כל מבטח להצטרף לאחת מתוכניות ביטוח הבריאות הפרטיות לכיסוי תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות הקיים אצל המבטח באותה העת ובכיסוי חופף לכיסוי בהסכם, בתנאים ובתעריפים שיהיו נהוגים במועד המעבר לכלל המבטחים אצל המבטח, ללא מגבלת גיל הצטרפות לפוליסה הפרטית, ללא הצורך במילוי הצהרת בריאות או חיתום (בגין אותו הכיסוי).
- 5.2 כתאריך הכניסה לפוליסה הפרטית לעניין חריג מצב רפואי קודם ותקופת אכשרה, ייחשב תאריך הצטרפות המבטח להסכם זה, וזאת בכל הנוגע לכיסיים ולסכומים החופפים בלבד. עם זאת יודגש כיסוי הביטוח יהיו בהתאם לתנאי הפוליסה הפרטית החדשה ובכפוף להגדרותיה ולסייגיה.
- 5.3 על המבטח מוטלת החובה להודיע למבטח בכתב, תוך 30 יום לפני מועד סיום הביטוח ועד 30 יום אחרי מועד סיום הביטוח ובכפוף להודעת בעל הפוליסה למבטח על סיום הביטוח, על זכאותו להצטרף לביטוח פרט אצל המבטח.
- 5.4 המבטוח יהיה זכאי לעבור לפוליסה הפרטית, כמפורט לעיל, בתנאי כי יודיע למבטח בכתב על רצונו להמשיך בפוליסת הפרט תוך 60 יום ממועד קבלת הודעת המבטח על זכותו להמשכיות. המעבר לפוליסת פרט יתבצע תוך שמירה על רצף ביטוחי.
- 5.5 במידה וכיסוי הפוליסה הפרטית דומים או פחותים מהכיסיים שבפוליסה זו, לא יחויב המבטח במילוי הצהרת בריאות. במקרה בו רכש המבטח כיסיים נוספים או סכומי ביטוח נוספים, יחויב המבטח במילוי הצהרת בריאות רק לכיסיים ולסכומים החדשים.
- 5.6 להסרת ספק, יובהר כי ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהא כרוך בהעלאה של דמי הביטוח החדשיים.

6. דמי ביטוח (פרמיות), מסמכים והודעות למבטח:

- 6.1 דמי הביטוח ישולמו באופן מלא על ידי ועל חשבון בעל הפוליסה ולא על ידי המבטח. מובהר כי במקרה של סתירה בין האמור בסעיף זה לסעיף אחר בפוליסה יגבר האמור בסעיף זה.
- 6.2 בעל הפוליסה יעביר למבטח את דמי הביטוח בהתאם לרשימת החברים הזכאים לביטוח כמפורט לעיל.
- 6.3 דמי הביטוח ישולמו על ידי בעל הפוליסה למבטח במרוכז, על בסיס רבעוני, ולא יחול כל שינוי בגובה הפרמיה אלא בהסכמת הצדדים בכתב.
- 6.4 דמי הביטוח יהיו צמודים למדד כאשר המדד הקובע הוא המדד הידוע במועד תחילת הביטוח (להלן: "מדד הבסיס").

6.5. מבוטח/ת שנמצא בחופשה ללא תשלום ו/או בחופשת לידה ו/או במקרה של פער בין סיום עבודתו של מבוטח לתחילת עבודה חדשה ולא שולמה הפרמיה בגינו יהיה רשאי בעל הפוליסה על פי שיקול דעתו להשלים רטרואקטיבית את תשלומי הפרמיה למבטח בגין תקופה זו ולתקופה מרבית של ששה חודשים, מבלי לפגוע ברצף הזכויות הביטוחיות של המבוטח.

6.6. קביעת דמי ביטוח - תקנה 5 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מבניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה.

6.6.1. לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח;

6.6.2. לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

6.6.3. למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל בפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;

6.6.4. במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;

6.6.5. במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח;

7. תחלופ (סברוגציה):

7.1. מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח, ורק לאחר שכיסה את התביעה אשר הגישה מבוטח בגין שירותים רפואיים להם הוא זכאי במסגרת הסכם זה במלואם, עוברת אליו, עד סכום תגמולי הביטוח ששולמו, כל זכות לתשלום או לשיפוי, אשר עמדה או אשר עומדת לזכות המבוטח מצד שלישי כלשהו, ו/או מכוח זכות עפ"י חוק ו/או מכוח הסכם ביטוח אחר ו/או מכוח הסכמי שב"ן שנערכו על ידו או עבורו. למען הסר ספק, מובהר כי זכות זו של המבטח תהיה תקפה אך ורק אם הכיסוי לו זכאי המבוטח מצד שלישי הינו כיסוי מסוג של שיפוי ולא מסוג של פיצוי.

7.2. מששילם המבטח את מלוא תגמולי הביטוח ובמידה ותגמולי הביטוח, אשר שולמו ע"י המבטח, לא הגיעו כדי שיפוי מלא של הוצאות המבוטח בפועל בגין מקרה הביטוח, תעמוד לזכות המבוטח הזכאות לקבל את אותו חלק מצד שלישי כלשהו, אשר ישלים את השיפוי עד לכדי שיפוי מלא.

7.3. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש (ללא עלויות מצדו) לשם מימוש זכותו של המבטח, כאמור לעיל. להסרת ספק יובהר כי בכל מקרה, ההליכים כאמור לעיל לא יפגעו בזכותו של המבוטח לקבל שירות מהמבטח ולא יגרמו לעיכוב באישור התביעה. מובהר, כי חברת הביטוח אינה רשאית להשתמש בזכות שעברה אליה על פי סעיף זה באופן שיפגע בזכות המבוטח לגבות מצד שלישי פיצוי או שיפוי מעבר לתגמולים שקיבל מחברת הביטוח.

8. ביטוח כפל:

המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד גובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת, בין אצל אותו מבטח, ובין אצל מבטח אחר (או שקיבל שיפוי אך לא את מלוא סכום הביטוח). להסרת ספק המבוטח לא יידרש למצות תחילה את זכויותיו במסגרת הביטוח האחר.

9. תביעות:

א. אישור מוקדם של תביעה

- 9.1. על המבוטח להודיע למבטח על קרות מקרה ביטוח ולפנות אליו, באמצעות מייל או מספר פקס שימסרו על ידי המבטח, או בכל דרך אחרת שתוסכם בין הצדדים בבקשה לקבלת אישור מוקדם לקבלת הכיסוי הביטוחי. לבקשה יצורפו המסמכים הבאים:
- 9.1.1. מכתב מרופא מטפל המפרט את הבעיה הרפואית ומציין את הטיפול שניתן עד למועד התביעה, והטיפול המבוקש והסיבות לכך.
- 9.1.2. מרשם לקבלת התרופה.
- 9.1.3. מספר טלפון נייד וכתובת דוא"ל לקבלת הודעות בדבר סטטוס התביעה.
- 9.1.4. העתק המחאה או אישור אחר של מס' חשבון בנק של המבוטח אליו יועברו תשלומי המבטח.
- 9.1.5. טופס תביעה כמקובל אצל המבטח.
- 9.2. **לא פנה המבוטח למבטח לצורך קבלת אישור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי כאמור לעיל, יאה רשאי המבטח להפחית את סכום תגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח לגובה הסכום שהיה משלם המבטח באמצעות ספק בהסכם, לו היה פונה המבוטח למבטח בבקשה לקבלת אישור כאמור לפני ביצועו של הטיפול הרפואי.**
- 9.3. המבוטח ימסור למבטח, ככל שיידרש ומסיבות סבירות, כתב ויתור על סודיות רפואית המתיר לכל רופאיו ו/או לכל גוף או מוסד רפואי בארץ ו/או בחו"ל להעביר למבטח את כל המידע הרפואי הנמצא ברשותו והנוגע למבוטח.

ב. הטיפול בתביעה

- 9.4. תביעה אשר הוגשה למבטח על ידי מבוטח תטופל וטיפולו יסתיים בתוך 12 ימי עבודה מיום שהוגשו למבטח כל המסמכים הנדרשים לו לשם אישור תביעה כאמור בסעיף 9.1 לעיל. במקרה חירום ועל פי הצורך הרפואי יפעל המבטח לבירור התביעה באופן דחוף על מנת לעמוד בצרכים הרפואיים של אותו מבוטח.
- 9.5. המבטח יעדכן את המבוטח באמצעות שליחת SMS/דוא"ל ככל שיש בידו את הפרטים כאישור על קבלת מסמכי התביעה, עדכון על סטטוס התביעה, האם חסרים מסמכים, הודעה על דחייה/תשלום/הוצאת התחייבות וזאת בכפוף להעברת מספר הטלפון הנייד/דוא"ל של המבוטח למבטח.
- 9.6. ככל שחסרים מסמכים הנדרשים לאישור התביעה (בהתאם ובכפוף לאמור בסעיף 9.1 לעיל בלבד) על המבטח להודיע על כך למבוטח בתוך 4 ימי עבודה מיום הגשת התביעה.
- 9.7. לא טופלה התביעה תוך פרק הזמן הנקוב לעיל, ייחשב הדבר כקבלת התביעה בכפוף לאישור היועץ. **אישור היועץ יהיה רק במקרה חרום, תוך מתן הודעה במקביל למבטח. האישור יהיה תקף למשך 30 יום עד לבירור מול המבטח. סכום האישור לא יעלה על 50,000 ₪.**
- 9.8. במידה והמבטח יחליט לדחות את התביעה, תועבר ההודעה ליועץ אשר בחן את הסיבות לדחיה. במידה והדחיה אינה מוצדקת יפעל לשינוי ההחלטה מול המבטח על פי הוראות הפוליסה. במקביל תועבר על ידי המבטח הודעה למבוטח והכל מבלי לחרוג ממסגרת הזמנים האמורה.

ג. תשלום תגמולי ביטוח

- 9.9. המבטח יהא רשאי לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותן השירות או לשלמם למבוטח בכפוף להמצאת חשבונית על ביצוע התשלום ובלבד שהמבוטח יקבל את התרופה הנדרשת במועד כפי שנקבע ע"י הרופא המטפל.
- 9.10. אושרה התביעה, זכאי המבוטח לקבל מהמבטח לפי דרישתו, התחייבות לתשלום לספק השירות שבהסכם אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי כמפורט בפוליסה וזאת עוד לפני מועד קבלת השירות המתוכנן למבוטח. במקרה בו נדרש המבטח לשלם למבוטח תשלום כספי, יעביר המבטח לחשבון בנק המבוטח את תגמולי הביטוח בתוך 5 ימי עבודה מיום אישור התביעה, בכפוף להמצאת חשבונית. המבטחת תהיה רשאית לדרוש מהמבוטח הצהרה שלא קיבל החזר כספי ממקור אחר בגין התרופה.
- 9.11. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק הפועלים ביום הכנת התשלום על ידי המבטח.
- 9.12. נפטר המבוטח לאחר אישור תביעתו וביצוע הטיפול הרפואי, ובטרם שילם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לנותן השירות לו התחייב המבטח לשלם, ישלם המבטח לנותן השירות את יתרת תגמולי הביטוח. בהיעדר התחייבות כלפי נותן השרות, אם נותרה יתרה לתשלום מצד עזבונו של המבוטח, ישלם המבטח יתרה זו לעזבונו של המבוטח על פי צו ירושה או על פי צו קיום צוואה ובגובה ההתחייבות לה מחויב המבטח על פי תנאי הפוליסה.

10. חריגים כלליים:

10.1. סייגים כלליים לאחריות החברה שיחולו על הפוליסה:

- החברה לא תהיה אחראית ולא תשלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישירין/ואו בעקיפין ו/או הנובע מ:
- 10.1.1. מקרה הביטוח, אירע לפני הצטרפותו של המבוטח לביטוח או לאחר תום תקופת הביטוח.
- 10.1.2. פגיעה כתוצאה ממלחמה, רק אם זכאי המבוטח לשיפוי ו/או לטיפול מגורם ממשלתי, גם אם יתר על זכותו. במידה וזכאי לשיפוי ו/או טיפול מגורם ממשלתי שמכסה באופן חלקי את הפגיעה, ישלים המבטח את יתרת העלות על פי תנאי הפוליסה.
- 10.1.3. אלוהולזים ו/או שימוש בסמים (למעט אם השימוש נעשה על-פי המלצת רופא, שלא לצורך גמילה).
- 10.1.4. מקרה הביטוח נגרם מביקוע גרעיני או היתוך גרעיני או זיהום רדיואקטיבי.
- 10.1.5. ניסיון התאבדות ו/או פגיעה עצמית ובלבד שאינם קשורים בניסיון להציל חיי אדם.
- 10.1.6. טיפולי פוריות, עקרות, עיקור מרצון, אין אונות ובדיקות שיגרה שאינן עקב בעיה רפואית פעילה.
- 10.1.7. טיפולים ניסיוניים - המחייבים אישור של וועדת הלסינקי.
- 10.1.8. סייג בשל מצב רפואי קודם – מקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו: 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 הקובע, חריג זה יהא מוגבל בזמן על-פי גיל המבוטח במועד הקובע כדלקמן:

1. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מהמועד הקובע.
2. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מהמועד הקובע.

"המועד הקובע" מועד הצטרפות החברים לפוליסה זו.

הודיע המבטוח על מצב רפואי מסוים, והמבטח לא סייג במפורש את המצב הרפואי המסוים, יהיה הביטוח בתוקף בלא סייגים או מגבלות מכל מין וסוג שהוא לעניין אותו מצב רפואי קודם מסוים הנזכר בהודעת המבטוח.

פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות 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 המבטוח, יחזיר המבטח למבטוח את דמי הביטוח ששילם המבטוח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבטוח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה.

11. מתן מסמכים והודעות למבטח – סעיפים 6.7 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי:

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

11.2. על אף האמור בתקנה משנה (א) לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלושה חודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטח על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, ימסור המבטח לכל יחיד מקבוצת המבטוחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויצוין-

- (1) כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי.
- (2) את האפשרות של המבטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

11.3. חלה על מבטח חובה לשלם דמי ביטוח או חלק מהם, ישלח המבטח למבטח, לפי דרישתו, העתק מהחובה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח.

11.4. נקבע כי בעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח, במלואם, ישלח המבטח למבטח, לפי דרישתו, העתק מן החובה שבין המבטח ובין בעל הפוליסה, בתוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בו בקשת המבטח, ואולם המבטח רשאי שלא לשלוח למבטח הוראות בחוזה האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

11.5. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה- מועד תחילת השינוי), ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטוחים שהיה מבטוח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי; נדרשה הסכמתו המפורשת של מבטוח, כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5 (ב), תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבטוח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי כאמור בתקנה 4 (ב) (2); לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבטוח כאמור עד למועד תחילת השינוי, ימסור המבטח למבטוח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבטוח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון.

- 11.6. הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים 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 הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נודעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה. פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8 (ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, 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 המבטח לפי הפוליסה הקבוצתית.
- 11.7. חלה על מבטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור, ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למי שמשלם את דמי הביטוח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

12. צירוף מבטחים לביטוח על פי המפורט בסעיף 5 ייעשה בכפוף לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי המפורטות להלן:

- 12.1. מוסטלת על מבטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- 12.1.1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1 ד (ג) לחוק עובדים זרים;
- 12.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי.
- 12.2. לא יצרפו המבטח, לביטוח זה, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (להלן: פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד ואם המבטח הוא ילדו או בן-זוגו של עובד בעל הפוליסה, המבטח רשאי לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו או בן-בת-זוגו.
- 12.3. האמור לעיל, לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח/ת אחר/ת אם התקיימו תנאים אלה:
- 12.3.1. הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה.
- 12.3.2. חידוש הפוליסה הקבוצתית נעשה, בין באותם תנאים ובין בתנאים שונים, תוך שמירה על רצף ביטוחי לגבי כיסוי 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.
- 12.3.3. לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מהכיסויים האלה: ניתוחים; תרופות; השתלת; מחלות קשות; שנייים; תאונות אישיות.

13. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח - סעיף 8 בתקנת ביטוח בריאות קבוצת

1. מבלי לגרוע באמור לעיל, חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 (ב), והודיע המבוטח למבטח 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.
2. מבלי לגרוע באמור לעיל, חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5 (ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו 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 כאמור בתקנה 4 (ב) (2); לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.
3. על אף האמור בתקנה 9 (ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2 (1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

14. תנאי הצמדה למדד:

- 14.1. כל התשלומים למבטח ועל ידי המבטח על פי ביטוח זה, יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט להלן:
 - 14.1.1 "המדד" - משמעו מדד המחירים לצרכן (כולל פירות וירקות) שקבעה הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אף אם יתפרסם ע"י כל מוסד ממשלתי אחר, לרבות כל מדד רשמי אחר שיבוא במקומו, בין אם יהיה בנוי על אותם נתונים שעליהם בנוי המדד הקיים ובין אם לאו. אם יבוא מדד אחר במקום המדד הקיים, תקבע הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה את היחס בינו לבין המדד המוחלף.
 - 14.1.2 "המדד היסודי" - המדד הידוע במועד תחילת הביטוח
 - 14.1.3 "המדד הקובע" - משמעו המדד שפורסם לאחרונה לפני יום התשלום.
- 14.2. כל תשלומי המבטח על פי פרקי הכיסוי יוצמדו לשיעור המדד הקובע לעומת המדד היסודי.
- 14.3. כל תשלומי דמי הביטוח שעל בעל הפוליסה לשלם למבטח ו/או תשלומי השתתפות עצמית שהמבוטח נושא בהם, ישולמו בתוספת הפרשי הצמדה בשיעור עליית או ירידת המדד הקובע ביום ביצוע התשלום בפועל לעומת המדד היסודי.

15. וועדת ערר:

- 15.1. מבוטח רשאי לפנות לוועדת ערר בגין תביעה שנדחתה ע"י המבטח לדיון מחדש בתביעתו. הוועדה תתכנס לא יאוחר מ 14 יום מהגשת הבקשה לדיון. כינוס הוועדה תהא באחריות המבטח.
- 15.2. המבוטח יגיש לוועדה את כל המסמכים אותם מסר למבטח וכל מסמך אחר שיידרש. המבטח יגיש לוועדה כל מסמך בנוגע לתביעה, בין אם הגיע באמצעות המבוטח או בכל דרך אחרת. תביעה שתוגש לוועדה תיחשב לתביעה תלויה עד לקבלת החלטה.

- 15.3. הוועדה תורכב מנציג בעל הפוליסה, נציג המבטח והיועץ. הוועדה רשאית למנות רופא מומחה או מומחה אחר בנושא הרלוונטי לתביעה ורשאית לקבוע כי החלטתו של המומחה תחשב כהחלטת ועדת הערר.
- 15.4. אין בהחלטת ועדת הערר ו/או המומחה כדי למנוע מהמבטח לפנות לערכאות שיפוטיות למיצוי תביעתו, על פי כל דין.

16. התיישנות תביעות

תקופת ההתיישנות של תביעה על פי הפוליסה היא 3 שנים מיום קרות מקרה הביטוח.

הכיסוי הביטוחי תרופות שאינן כלולות בסל הבריאות

1. הגדרות מיוחדות

- 1.1. **תרופה** - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לאבחון, לטיפול במצב רפואי מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים ומניעת כאב) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה וכן למניעת כאב.
- ההגדרה "תרופה" נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 2007 1- "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**
- 1.2. **רשימת התרופות המאושרות** - רשימת התרופות המאושרות על ידי הרשויות המוסמכות במדינת ישראל או במדינה מוכרת לרבות תרופות המאושרות באופן פרטני או כוללני לשימוש ו/או היבוא תרופה, כפי שתעודכן מעת לעת ע"י הרשויות.
- 1.3. **טיפול תרופתי** - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד פעמי או מתמשך.
- 1.4. **סל שירותי הבריאות** - מכלול השירותים הרפואיים והתרופות הניתנות על ידי קופות החולים לחבריה, במסגרת ומכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מוטביה ונכללת ברשימת התרופות המאושרות.
- 1.5. **מרשם** - מסמך רפואי חתום על ידי רופא מומחה ו/או רופא בית חולים בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבטח, אשר אישר את הצורך בטיפול התרופתי בכל 3 חודשים במהלך הטיפול ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, את המינון ומשך הטיפול הנדרש. מרשם על פי פרק זה יהיה לכל תרופה בנפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד 3 חודשים בכל פעם.
- 1.6. **בית מרקחת** - מוסד מורשה על פי דין למכור ולשווק תרופות לציבור הרחב.
- 1.7. **מחיר מרבי מאושר** - הסכום המאושר מעת לעת על ידי הרשויות המוסמכות בישראל לגביה בגין תרופה.
- 1.8. **השתתפות עצמית למרשם** - חלקו של המבטח בהוצאה בגין מרשם חודשי. מובהר בזאת כי חבות המבטח לתשלום כלשהו עפ"י פרק זה, תהיה רק לגבי הוצאות המבטח שמעבר להשתתפות זו.
- 1.9. **רופא בית חולים** - רופא העובד במחלקה האמונה על הטיפול בתחום הרלוונטי למחלת המבטח, בגינה נדרשת התרופה. (לא כולל רופא בתקופת הסטאז').
- 1.10. **מדינות המוכרות** - ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד ואו אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMEA).
- הגדרת המדינות המוכרות נוסחה באופן שמיטיב עם המבטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 2007 1- "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".**

1.11. **תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL:** תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בפרסום רשמי אחד לפחות.

1.12. פרסום רשמי - אחד מהבאים:

- (1) פרסומי ה- FDA
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information
- (4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

- א. עצמת ההמלצה - נמצאת בקבוצה 1 או a2.
- ב. חוזק הראיות - נמצאת בקטגוריה A או B.
- ג. עילות - נמצאת בקבוצה 1 או a2.

(5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מ ה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

- (5.1) NCCN
- (5.2) ASCO
- (5.3) NICE
- (5.4) ESMO Minimal Recommendation

2. מקרה הביטוח:

2.1. נטילת תרופה במהלך תקופת הביטוח ובלבד שהצורך בנטילתה נוצר במהלך תקופת הביטוח, ובלבד שתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כהגדרתו להלן, או כלולה בסל להתוויה שונה מזו בגינה היא נדרשת למבוטח וכל עוד אינה כלולה בסל תרופות זה, והינה נמצאת ברשימת התרופות המאושרות/או מאושרת לטיפול במחלתו של המבוטח על ידי רשות מוסמכת כל שהיא, בלפחות אחת מהמדינות המוכרות, ו/או מוכרת לטיפול במחלתו של המבוטח בפרסום רשמי כהגדרתו בפוליסה זו. ההגדרה של התרופה המכוסה נוסחה באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 12- 2007 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

2.2. מובהר כי תרופה למחלה יתומה אשר אושרה לשימוש באחת המדינות המוכרות והמיועדת לטיפול במחלה נדירה או מצב רפואי נדיר (להלן: "מחלה יתומה") ותרופת OFF LABEL, הינן תרופות המכוסות על פי תנאי פוליסה זו למעט תרופה המפותחת לאדם מסויים, עבור קוד פרופיל גנטי מסויים או מבנה מסויים של מולקולות ותאים של אותו אדם.

3. חבות המבטח ותגמולי הביטוח:

3.1. המבטח ישפה את המבוטח בכפוף לאמור בסעיף 10 לתנאים הכלליים ו/או ישלם ישירות לנותן השרות/ בית המרקחת עבור התרופה, עד תקרת כיסוי של 1,000,000 ש"ח, בניכוי השתתפות עצמית בסך 200 ₪ לתרופה, הכל כמפורט בנספח 1. למען הסר ספק, מובהר כי לכל תרופה יינתן מרשם נפרד והמינון בכל מרשם ייועד לטיפול של עד שלושה חודשים בכל פעם.

3.1.1. השתתפות עצמית תשולם ע"י המבוטח לכל חודש בנפרד עבור כל תרופה כמפורט בנספח 1.

- 3.1.2. על אף האמור לעיל, לא תנוכה השתתפות עצמית בגין תרופות הנדרשות למבוטח לצורך טיפול במחלת הסרטן או בגין תרופה/ות שעלותה המצטברת מעל 6,000 ₪ לחודש.
- 3.2. מבוטח שברשותו ביטוח בריאות נוסף מעבר לביטוח זה, והוא זכאי לשיפוי בגין מקרה הביטוח גם מהמבטח האחר, יהיה רשאי לפנות למבטח גם אם לא פנה קודם למבטח האחר, ו/או לא מיצה את פנייתו למבטח האחר.
- 3.3. **המבוטח יפנה לאישור המבטח קודם לרכישת התרופה כאשר בידיו מרשם.**
- 3.4. למבטח תהיה זכות לספק למבוטח באמצעות ספק הסכם את התרופה ו/או בפועל ובלבד שהתרופה יסופקו באופן סדיר ובהתאם לצורך הרפואי של המבוטח.
- 3.5. סכום השיפוי המרבי לתרופה לא יעלה על המחיר המרבי המאושר לאותה תרופה על ידי הרשויות המוסמכות בישראל. תרופה אשר לא נקבע לה מחיר מאושר על ידי הרשויות המוסמכות בישראל, יקבע סכום לאותה תרופה, על פי המחיר המרבי המאושר בהולנד, על פי שער הדולר (ארה"ב). במידה ולתרופה אין מחיר מרבי מאושר בהולנד, יקבע סכום שיפוי לפי המחיר המרבי המאושר באנגליה, ובכל מקרה אחר לפי החלטת וועדת הערר.
- 3.6. המבטח ישפה את המבוטח עבור השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה ועד לסכום של 150 ₪ עבור כל שירות ועד ל-30 פעמים של מתן שירות, הכל כנקוב בנספח 1.
- 3.7. מבוטח שלא תבע מאת המבטח תגמולי ביטוח בהתאם למקרה הביטוח המפורט לעיל ישולם לו פיצוי מהמבטח בגובה 10% מגובה תגמולי הביטוח.

4. בנוסף לאמור בסעיף החריגים בפרק הכללי המבטח לא יחייב בתשלום תגמולי ביטוח על פי פרק זה במקרים הבאים:

- 4.1. תרופה שניתנה במהלך ניתוח ו/או השתלה
- 4.2. תרופה ניסיונית, למעט היכן שצוין אחרת בפרק זה.
- 4.3. תרופה הקשורה לסיבוכי הריון ו/או לידה ו/או טיפולי פוריות וטיפולים נגד עקרות, אין אונות.
- 4.4. תרופה לטיפול בבעיות שיניים.
- 4.5. טיפול בוויטמינים ו/או בתוספי מזון לרבות במקרה של טיפול תרופתי מונע במסגרת שירות רפואה מונעת, מזון רפואי שאינו רשום ברשימת תרופות, טיפול בוויטמינים ו/או חיסונים, טיפולים שאינם מוכרים ע"י מדע הרפואה ו/או טיפולים רפואיים המבוססים על טכנולוגיות רפואיות שאינן ידועות במועד קרות מקרה הביטוח.
- 4.6. חיסון מניעתי ו/או טיפול תרופתי מניעתי למחלת תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)
- 4.7. תרופות לטיפול קוסמטיים ו/או אסטטיים ו/או לדיאטה ו/או משקל ו/או גמילה מעישון ו/או אלכוהוליים.
- 4.8. טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות.
- 4.9. טיפול תרופתי מונע למחלת צהבת מסוג C (Hepatitis C) ו/או לצהבת מסוג B (Hepatitis B).

5. הגבלת אחריות המבטח לגבולות מדינת ישראל:

במקרה שבו שוהה המבוטח מחוץ לגבולות מדינת ישראל מעבר ל 183 יום בשנה (כגון במקרה של לימודים, ניתוח, שליחות) יידרש תיאום בין המבטח למבוטח לפנין אופן מיצוי הזכאות.

6. ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בחוזר המפקח על הביטוח 2015-1-18 – 'הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות'.

נספח 1 נספח תגמולי הביטוח רשימת גבולות אחריות המבטח

1 מיליון ₪	סכום ביטוח מרבי לכלל מקרי הביטוח לכל תקופת הביטוח למבטח
200 ₪	השתתפות עצמית לחודש בנפרד לתרופה
6000 ₪ ו/או טיפול במחלת סרטן	פטור מהשתתפות עצמית מעל סכום מצטבר של
150 ₪ עבור כל שירות ועד ל- 30 פעמים של מתן שירות	שירות רפואי הנדרש למתן התרופה

נספח א' - הצהרת בעל הפוליסה

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

שם בעל הפוליסה: ביחד בשבילך

הנני מצהיר כדלקמן:

1. בעל הפוליסה הוא תאגיד והמבוטחים הם חברים אצל בעל הפוליסה.
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.

נספח ב' - הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לחברים

שם בעל הפוליסה: ביחד בשבילך

אני הח"מ, מצהיר בזאת כדלקמן:

1. הפרמיה לכל חברי בעל הפוליסה ממומנת על ידנו.
2. אנו מתחייבים כי במידה והעובד יחוב בתשלום כלשהו בגין הביטוח, לרבות תשלום מס, העובד יוחתם על טופס הצטרפות לביטוח ותיתן הסכמתו המפורשת בכתב לגביית התשלום בו הוא נושא, וזאת בטרם צירפו לביטוח על פי הפוליסה.
3. תשלום הפרמיה על ידנו בגין הביטוח ייעשה לאורך כל תקופת הביטוח כהגדרתה בפוליסה ובמידה ויחול שינוי בעניין זה אנו נודיע על כך למבטח לאלתר.

אופן הגשת תביעה למי פונים בעת הצורך?

לרשותך קו טלפון ייעודי לחברי המועדון: 072-2768705

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.

לשירותכם להכונה רפואית באירוע מורכב ו/או מימוש זכויות רפואיות, צוות המומחים של פרש קונספט ניהול סיכונים בריאות – טל' משרד היועצים 073-2291301 אתר: www.fresh-concept.co.il.

במקרה של חריגה מהמועד בו נדרשת תשובת המבטח לתביעה או במקרה של דחיית תביעה יש לפנות ליועץ הביטוח.

**ניתן לפנות למוקד השירות של מנורה מבטחים באמצעות קו טלפון ייעודי לחברי המועדון:
072-2768705**

במוקד 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.

כתובת הדואר של מחלקת שירות לקוחות:
ת.ד. 927 תל אביב מיקוד: 6100802

לנוחיותך, הנחיות להגשת תביעה מצורפות בעמוד הבא.

להזמנת טפסי תביעה ניתן לפנות לקו הטלפון הייעודי לחברי המועדון: 072-2768705

כל פנייה שתגיע אלינו תיבדק באופן מידי על ידי צוות מסלקי התביעות ורופא החברה ומיד לאחר מכן יפנה אל המבוטח נציגנו ממחלקת שירות הלקוחות על מנת לתאם עבור המבוטח את המשך הטיפול הרפואי.

טופס תביעה לתרופות מיוחדות
באמצעות פקס: 03-7606744 או באמצעות דוא"ל t-surg@menora.co.il
לפניות וברורים בנושא תביעה - קו טלפון ייעודי לחברי המועדון: 072-2768705

הנחיות להגשת תביעה לתרופות

מבוטח/ת נכבד/ה

תרופות שאינן בסל הבריאות

יש להעביר אלינו את טופס תביעה בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
חלק ב' - שנועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל ובו יש לפרט את הסיבה הרפואית לצורך
בנטילת התרופה. בהעדר רופא מקצועי יש למלא את הטופס על ידי רופא משפחה או רופא ילדים.
חלק ג' - טופס ויתור על סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות.
כמו כן, יש להעביר העתק המרשם הרפואי ע"י רופא מומחה, טופס 29ג' וקבלה.

במידה והוגשה תביעה לקופת החולים בה אתה חבר או למבטח אחר, יש לציין לאן הוגשו המסמכים
ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 12 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.
ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצויינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים
נוספים לפי הצורך.
שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

את טופס התביעה והמסמכים הרלוונטים המקוריים יש לשלוח למנורה מבטחים ביטוח בע"מ -
מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802.

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 072-2768705 או 2000*
או במייל moked-health@menora.co.il

התיישנות

על פי חוק חוזה ביטוח ישנה תקופת התיישנות של 3 שנים מקרות האירוע.
הגשת תביעה לחברתנו אינה מאריכה את תקופת התיישנות.

לפרטים ומידע פנה למומחי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
בקו טלפון ייעודי לחברי המועדון: 072-2768705
www.menoramivt.co.il