

תוכן העניינים

2	הקדמה
5	פרוט התנאים העיקריים – גילוי נאות
30	פוליסת הביטוח
86	הצהרות
89	למי פונים בעת הצורך (אופן הגשת תביעה)

לחברי ועובדי הר"י ובני משפחותיהם

חברים ועובדים נכבדים,

תוכנית ביטוח הבריאות החדשה, המכסה את כל חברי ועובדי הר"י ובני משפחותיהם, יוצאת לדרך. בשיתוף עם סוכנות הביטוח מדנס חידשנו את הפוליסה לתקופה נוספת. התוכנית פותחה במיוחד לצרכים של חברי ההסתדרות הרפואית ומקנה סל כיסויים ייחודי, מתוך כוונה למצוא פתרון למירב הצרכים הרפואיים שלכם. תוכנית הביטוח מוענקת לחברי ועובדי הר"י ובני משפחותיהם (ילדים עד גיל 21) ומאפשרת לכם ליהנות מהיתרונות של רפואה פרטית.

התוכנית החדשה נכנסה לתוקף ביום 1.12.2010.

בנוסף, בנינו עבורכם תוכנית מורחבת "**בריאות מושלמת לרופא**", אשר תבטיח לכם ליהנות מיתרונות של רפואה פרטית ברמה הגבוהה ביותר בארץ ובעולם. התוכנית פתוחה להצטרפות גם להורים עד גיל 65, אחיכם ואחיותיכם, ובני משפחותיהם.

תוכנית הביטוח המוצעת הינה ביטוח פרטי במסגרת קבוצתית ואינה מכתיבה תלות ברופא מסוים או בבית חולים מסוים; אנו מציעים לכם את חופש הבחירה בכל הקשור לבריאותכם ובריאות יקיריכם.

אנו מברכים אתכם על הצטרפותכם לתוכנית הבריאות מבית מנורה מבטחים ביטוח בע"מ, ומאמינים כי תוכנית זו הינה נדבך חשוב בקידום איכות חייכם.

הר"י, מנורה מבטחים וסוכנות מדנס מעניקות לך שקט נפשי ומבטיחות כי ברגעים החשובים באמת אתם 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

הבהרות כלליות

1. כל תשלומי השיפוי, לכל הפרקים, מותנים באישור ההוצאה בפועל של המבוטח.
2. השיפוי יאושר כנגד הגשת **קבלות מקוריות** בלבד.
3. כל סכומי השיפוי נקובים בשקלים חדשים וכוללים מע"מ.
4. לידועה בציבור של חבר או עובד הר"י, קרי: מי שחיה עמו חיי משפחה במשק בית משותף אך אינה נשואה לו, תקף הכיסוי על פי הפוליסה, ובלבד שהחבר / עובד הר"י, יודיע על כך בכתב, בטופס עדכון פרטים כשהוא חתום על ידו, למחלקה המשפטית / תחום ביטוח, ההסתדרות הרפואית בישראל, מגדל התאומים 2, רח' ז'בוטינסקי 35, ת.ד. 3566, רמת גן 52136, אזי, היא בלבד תהיה בת זוגו לצורך הכיסוי הביטוחי למשך תקופת הביטוח.
5. אלמנת חבר או עובד הר"י תהיה זכאית להמשיך בביטוח בתנאי שתמלא טופס הצטרפות אותו ניתן לקבל במדנס סוכנות לביטוח, רח' השלושה 2, תל אביב 67060.
6. כל הסכומים הנקובים במסמך זה הם צמודי מדד ונכונים למדד חודש אוגוסט 2010 (11588 נק') שפורסם ביום 15.09.2010.

תביעות

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

ביטוח בריאות בסיסי
לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם
גילוי נאות

תנאים	סעיף	
ההסתדרות הרפואית בישראל ("הר"י")	שם בעל הפוליסה	כללי
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ	שם החברה (המבטחת)	
1. חבר ו/או עובד הר"י. חבר - הזכאי להצטרף להר"י על פי תקנונה. 2. בן/בת זוג לרבות ידועה/בציבור של חבר/עובד הר"י וכל ילדיהם עד גיל 21. לעניין סעיף זה, ידועה/בציבור- מי שחי ומקיים חיי משפחה ומשק בית משותף עם חבר/עובד הר"י ובלבד שהאחרון יצהיר על כך בכתב ויסיכים כי הוא/היא בלבד יהיו בן/בת הזוג לצורך הכיסוי הביטוחי לכל תקופת הביטוח.	מבוטחים	
ילדיהם של עובדי הר"י וחברי הר"י מעל גיל 21 ו/או הוריהם ו/או אחיהם/אחיותיהם של חברי הר"י ושל עובדי הר"י עד גיל 65 (במועד תחילת הביטוח) ובני משפחותיהם (להלן – "מצטרפים") בתנאי שמילאו וחתמו על טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת, ובתנאי שהסדירו את תשלום הפרמיה על פי פוליסה זו במלואה באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע מחשבון בנק.	רשאים להצטרף לביטוח	
פרק א' 1 השתתפות בשכר מנתח פרטי פרק ב' חוות דעת רפואית נוספת פרק ג' ביטוח חיים למנותח פרק ד' השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופנית פרק ה' סיוע לאחר ניתוח פרק ו' פינוי רפואי מחו"ל פרק ז' ביטוח נוסעים לחו"ל	הכיסויים בפוליסה	

תנאים	סעיף	
<p>פרק ח' הוצאות נלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל</p> <p>פרק ט' השתלות אברים 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 י' טיפולים מיוחדים בחו"ל</p> <p>פרק י"א ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראיה</p> <p>פרק י"ב מנוי למשדר קרדילוגי</p> <p>פרק י"ג שמירת רקמות לתקופות ארוכות</p> <p>פרק י"ד סיקור גנטי למומים מולדים</p> <p>פרק ט"ו סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי</p> <p>פרק ט"ז טיפולים בילדים</p> <p>פרק ט"ז 1 שהיה במחלקת / יחידת החלמה</p> <p>פרק ט"ז 2 התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב</p> <p>פרק ט"ז 3 שיקום כושר הדיבור</p> <p>פרק ט"ז 4 חיסונים לנוסעים לחו"ל</p> <p>פרק ט"ז 5 בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים</p> <p>פרק ט"ז 6 מכשירים ואביזרים רפואיים</p> <p>פרק ט"ז 7 שירותים רפואיים נוספים</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 "מנורה-משלים"- "ביטוח בסיסי" ברצף החל מיום 01.04.1995 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת עבור חברי/עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 31.11.10, הוא המועד המקורי בו התקבלו לביטוח על פי תנאי הפוליסה</p>	<p>משך הביטוח</p> <p>תקופת</p>	

תנאים	סעיף	
<p>שפוליסה זו מהווה את המשכה. סיום ביטוח – 30.11.2015 הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח, יסתיים במועד סיום תקופת הביטוח או במועד סיום או ביטול הסכם זה, או בהיכנס הודעת ביטול לפי סעיף 11 בפוליסה 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.</p>		
<p>אין</p>	<p>תנאים אוטומטי לחידוש</p>	
<p>הכיסוי עבור אלמן/אלמנה של חבר/עובד הר"י וילדים מעל גיל 21 וכן עובדי הרי שפרשו בגיל פרישה, ובני משפחותיהם ימשיך בהתאם לתנאי הפוליסה הקולקטיבית, לרבות השינויים שיבוצעו ע"י הר"י, ובלבד שהנ"ל יבקשו להמשיך בביטוח תוך 3 חודשים ממועד פרישתם או הגיעם לבגרות או התאלמנותם לפי העניין, וישלמו את הפרמיה כפי שתיקבע מעת לעת באמצעות הוראת קבע אישית.</p>	<p>המשכיות</p>	
<p>תקופה רצופה של 90 יום לגבי כיסויי הפוליסה, למעט הכיסויים הבאים בהם תחול תקופת אכשרה כמפורט להלן: תקופה רצופה של 180 יום לגבי פרק ט"ז 3 שיקום כושר הדיבור, תקופה שבין 6 ל- 12 חודשים בגין הכיסויים המפורטים בפרק- ט"ז 6 (מכשירים ואביזרים רפואיים), תקופה של עד 12 חודשים לגבי הכיסויים המפורטים בפרק ט"ז 7 (שירותיים רפואיים נוספים) החלה רק לגבי מבטחים אשר הפרמיה בגינם אינה ממומנת על ידי הר"י. התקופה מתחילה לגבי כל מבוטח במועד בו החל לראשונה הביטוח של אותו מבוטח, ובסיומה זכאי הוא לקבל דמי</p>	<p>תקופת אכשרה</p>	

תנאים	סעיף	
ביטוח לפי הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופות ביטוח רציפות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. על אף האמור לעיל לא יחולו ההוראות בדבר תקופת אכשרה על הכיסויים המפורטים בפרק ט' ("השתלות איברים בחו"ל").		
בגין פרק ט': השתלות אברים בחו"ל- בהתאם לסוג ההשתלה-כמפורט בפוליסה	תקופת המתנה	
<p><u>המבוטח נדרש בתשלום השתתפות עצמית בגין הכיסויים הבאים:</u></p> <p>פרק א'- השתתפות בשכר מנתח פרטי- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק ב' – חוות דעת רפואית נוספת – יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק ד' - השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופנית - יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק ה' – סיוע לאחר ניתוח - יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק י"ב – מנוי למשדר קרדיולוגי - יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק י"ג- שמירת רקמות לתקופות ארוכות- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק י"ד-סיקור גנטי למומים מולדים - יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק ט"ו- סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק ט"ז - טיפולים בילדים- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק ט"ז 1 -שהיה במחלקת / יחידת החלמה- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק ט"ז 2- התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p> <p>פרק ט"ז 3- שיקום כושר הדיבור- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים</p>	השתתפות עצמית	

תנאים	סעיף							
<p>הכיסויים פרק ט"ז 4- חיסונים לנוסעים לחו"ל - יש, כמפורט בפירוט הכיסויים פרק ט"ז 5 - בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים- יש, כמפורט בפירוט הכיסויים פרק ט"ז 6 - מכשירים ואביזרים רפואיים- יש, כמפורט בפוליסה ובפירוט הכיסויים פרק ט"ז 7-שירותים רפואיים נוספים- יש, כמפורט בפוליסה ובפירוט הכיסויים</p>								
<p>מנורה מבטחים תעדכן מעת לעת את תנאי פוליסת ביטוח בריאות בסיסי בהתאם לשיפורים בשב"ן של קופת חולים כללית, ותהיה זכאית לגבות תוספת פרמיה עבור כל עדכון משמעותי העלול לגרום לעליה משמעותית בתביעות, הכל בכפוף להסכמת הר"י לגבי הגידול בגובה הפרמיה. חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח 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>שינויים בשינויים במהלך הביטוח בפוליסה תקופת</p>	<p>שינוי תנאים</p>						
<p>הפרמיה עשויה להתעדכן אחת לשנת ביטוח בהתאם להסכם בין הר"י למנורה מבטחים.</p>	<p>שינוי במהלך הביטוח</p>							
<p>מבנה הפרמיה- קבועה</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">במימון בעל הפוליסה</td> <td>חבר/ת הר"י, בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 21</td> </tr> <tr> <td>במימון בעל הפוליסה</td> <td>עובד/ת הר"י בן/בת זוג וכל הילדים ד גיל 21</td> </tr> <tr> <td>43.0 ש"ח</td> <td>ילדים של עובדי/חברי הר"י מעל גיל</td> </tr> </table>	במימון בעל הפוליסה	חבר/ת הר"י, בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 21	במימון בעל הפוליסה	עובד/ת הר"י בן/בת זוג וכל הילדים ד גיל 21	43.0 ש"ח	ילדים של עובדי/חברי הר"י מעל גיל	<p>גובה הפרמיה ומבנה</p>	<p>פרמיות</p>
במימון בעל הפוליסה	חבר/ת הר"י, בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 21							
במימון בעל הפוליסה	עובד/ת הר"י בן/בת זוג וכל הילדים ד גיל 21							
43.0 ש"ח	ילדים של עובדי/חברי הר"י מעל גיל							

תנאים		סעיף							
<table border="1"> <tr> <td>למשפחה*</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>70.92 ש"ח למשפחה*</td> <td>הורים ואחים של עובדי/חברי הר"י לרבות עובדי הר"י הפורשים מהר"י בגיל הפרישה הרשמי.</td> </tr> <tr> <td>100.0 ש"ח למשפחה*</td> <td>עובדי הר"י הפורשים מהר"י לפני גיל הפרישה הרשמי</td> </tr> </table> <p>*שני בני זוג (לרבות ידוע/ה בציבור) וכל הילדים עד גיל 21. המדד היסודי: 11588 נקודות</p>	למשפחה*	21	70.92 ש"ח למשפחה*	הורים ואחים של עובדי/חברי הר"י לרבות עובדי הר"י הפורשים מהר"י בגיל הפרישה הרשמי.	100.0 ש"ח למשפחה*	עובדי הר"י הפורשים מהר"י לפני גיל הפרישה הרשמי			
למשפחה*	21								
70.92 ש"ח למשפחה*	הורים ואחים של עובדי/חברי הר"י לרבות עובדי הר"י הפורשים מהר"י בגיל הפרישה הרשמי.								
100.0 ש"ח למשפחה*	עובדי הר"י הפורשים מהר"י לפני גיל הפרישה הרשמי								
כל מבוטח רשאי לדרוש את הפסקת הביטוח עבורו בכל עת במהלך תקופת הביטוח.	ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	תנאי ביטול							
<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 כמפורט להלן: איחור בתשלום הפרמיה של מעל ל- 30 ימי עסקים מהמועד הנקוב בסעיף 11.2 לפרק מבוא והגדרות בפוליסה, ייחשב עילה לביטול הפוליסה, לאחר הודעה מוקדמת מראש ובכתב למבוטח. בחלוף 15 יום ממתן ההודעה כאמור, רשאית המבטחת להודיע למבוטח כי הפוליסה תבטל עבורו כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן. היה והסכום שבפיגור לא שולם תוך המועדים הנקובים לעיל, ולאחר מתן ההתרעות, תהיה פוליסה זו והכיסוי הביטוחי מכוחה עבור המבוטח שבפיגור בטלים.</p>	ביטול הפוליסה ע"י המבטחת (למבוטחים שהפרמיה בגינם אינה ממומנת על ידי בעל הפוליסה)								
<p>סייג בשל מצב רפואי קודם: המבטחת לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב</p>	סייג בשל מצב רפואי קודם	חריגי ם							

תנאים	סעיף	
<p>רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג, כמפורט להלן.</p> <p>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>על אף האמור לעיל, הסייג, בשל מצב רפואי מסוים שפורט ברשימה לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה ברשימה לצד אותו מצב רפואי מסוים.</p> <p>הסייג בשל מצב רפואי קיים לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטחת על מצב בריאותו הקודם, והמבטחת לא סייגה במפורש ברשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.</p> <p>אם נשאל המבוטח בהצהרת הבריאות על מצב בריאות ולא גילה את מצבו, יחולו לגביו כללי הגילוי על פי הוראות כל דין.</p> <p>להסרת ספק, לגבי מבוטחים קיימים תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח לעניין מצב רפואי קודם, לרבות לעניין מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח 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.</p>		
<p>ראה פירוט החריגים בסעיף 6 בפרק התנאים הכלליים</p>	<p>סייגים לאחריות</p>	

תנאים	סעיף	
בפוליסה וכן בפרקים: סעיף 8 פרק א' סעיף 3 פרק ו' סעיף 6 פרק ז'	המבטחת	
מבוטח יקר, נבקשך לבחון כי אין ברשותך פוליסת בריאות נוספת בעלת כיסויים דומים אצל המבטחת ו/או בחברה אחרת, זאת על מנת להימנע ממצב של כפל ביטוחי.	כפל ביטוח	
מדגם סוכנות לביטוח טלפון-03-6380223 פקס-03-6380011	סוכנות הביטוח המטפלת	
כמפורט בסעיף 7 לפרק המבוא לפוליסה וכן בעמוד 72 בחוברת זו.	אופן הגשת תביעה	

פירוט הכיסויים

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

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
פרק א'- השתתפות בשכר מנתח פרטי					
ניתוחים מסוג א' כמפורט בפוליסה, עבורם לא קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר- שיפוי עד 28,452 ש"ח תלוי בסוג הניתוח.	-	שיפוי	-	מוסף/ תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
ניתוחים מסוג א' כמפורט בפוליסה, עבורם קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר- שיפוי עד 16,198 ש"ח תלוי בסוג הניתוח.	-	שיפוי	-	מוסף/ תחליפי	יש קיצוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
ניתוחים מסוג ב'	50%	שיפוי	-	מוסף/	יש קיצוז,

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי				<p>כמפורט בפוליסה - המבטחת תשתתף בשכר מנתח פרטי ששילם המבוטח עבור ניתוח כנ"ל כמפורט להלן: ניתוח באשפוז מלא - החזר של עד 50% משכר המנתח הפרטי אך לא יותר מ- 15,365 ש"ח. ניתוח באשפוז יום - החזר של עד 50% משכר המנתח הפרטי אך לא יותר מ- 5,120 ש"ח.</p>
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף	-	שיפוי	50%	<p>אביזרים מושתלים- בהתאם לרשימה המפורטת בפוליסה, עד 14,904 ש"ח בשנה</p>
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף	-	שיפוי	50%	<p>עדשה בנייתוח הרחקת קטרקט- עד 400 ש"ח</p>

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ב' – חוות דעת רפואית נוספת בארץ ובחול					
חוות דעת רפואית לצורך ניתוח המפורט בפוליסה או בשל גילוי ממחלה ממארת – עד 1,408 ש"ח לחו"ד ראשונה או עד 710 ש"ח לחו"ד נוספת.	30%	שיפוי	-	מוסף	יש קיזוז בכפוף לתנאי ההסכם
חוות דעת רפואית המבוטח זכאי לחוות דעת אבחונית אחת ולשתי חוות דעת נוספות לקביעת דרכי הטיפול בגין אותה מחלה שברשימה לתקופת ביטוח.	25%	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנה ועד 534 ש"ח להתייעצות.	25% - במידה והייעוץ	שיפוי	בהתייעצות בחו"ל לצורך ניתוח שלא	תחליפי	יש קיזוז בכפוף לתנאי

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
ההסכם		ברשימת הניתוחים נדרש אישור מראש לקבלת חוות דעת ומימון כרטיס הטיסה.		בוצע שלא על ידי טל-רפואה או 20% לפי הענין	בפוליסה או בשל גילוי ממחלה ממארת. במידה והייעוץ ניתן באמצעות טל-רפואה- שיפוי מלא. בכל מקרה אחר- עד 75% מגובה הייעוץ ולא יותר מ- 1,250 דולר ארה"ב. וכן במידת הצורך- שיפוי בגין כרטיס טיסה לחו"ל. לחלופין- התייעצות אחת בשנה באמצעות חברת טל-רפואה-המבוטח יהיה זכאי ל- 80% מההוצאות ההתייעצות, אך לא יותר מ- 1,000 דולר להתייעצות ו1,000 דולר לטיסה במקרה הצורך
פרק ג'- ביטוח חיים למנותח					
-	מוסף	-	פיצוי	-	יורשיו החוקיים של המבוטח יהיו זכאים

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
לתגמולי ביטוח בגין מותו ח"ו של המבוטח בסך כולל של 39,602					
פרק ד' – השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופנית					
75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציאה המבוטחת בגין טיפול ההפריה, אך לא יותר מסך 8,485 ש"ח לכל תקופת הביטוח	25%	שיפוי	בכפוף לאישור מקופת החולים כי בקשת המבוטחת למימון הטיפול נדחתה על ידי הקופה.	מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה.
פרק ה' – סיוע לאחר ניתוח					
אחות- 85% מההוצאה בפועל ועד 373 ש"ח ליום לתקופה של עד 8 ימי אשפוז בבית חולים.	15% להוצאות בגין אחות	שיפוי	-	תחליפי/ מוסף	יש קיזוז בכפוף לתנאי ההסכם
פיצוי בסך 206 ש"ח בגין כל יום אשפוז בפועל החל מהיום השישי לאשפוז, ועד	-	פיצוי		מוסף	-

קיצוץ תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
					לסה"כ של 15 יום.
פרק ל – פינוי רפואי מחו"ל					
יש קיזוז בכפוף לתנאי ההסכם	מוסף/ תחליפי	אישור מראש או בדיעבד לסכמת המבטחת להטסה ולהפעלת הצוות הרפואי המלווה.	שיפוי	-	שיפוי בגין התשלום ששילם המבוטח עבור שינויי הטיסה ובגין התשלום לצוות הרפואי המלווה עד לסך כולל של 52,419 ש"ח.
פרק ז - ביטוח נוסעים לחו"ל לחברי ולעובדי הר"י, בן/בת הזוג וילדיהם עד 21					
יש קיזוז בכפוף לתנאי ההסכם	מוסף/ תחליפי	-	שיפוי	-	<p>הוצאות בעת אשפוז בחו"ל:</p> <p>שיפוי בגין הוצאות אשפוז עד 5,240 ש"ח ליום בעבור עד 100 ימי אשפוז.</p> <p>שיפוי בגין שכר מנתח וטיפול נמרץ, בדיקות וצילומי רנטגן - עד לסך כולל של 52,419 ש"ח.</p> <p>שיפוי בגין הוצאות</p>

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
					<p>העברה, הוצאות המשך אשפוז בבתי חולים ציבוריים בישראל, שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית – סה"כ לסעיפים הנ"ל סך של 810,641 ש"ח.</p> <p>במקרה של מבוטח מעבר לגיל 75 הסכום המירבי עד 393,149 ש"ח.</p> <p>הוצאות רפואיות בחו"ל שלא בעת אשפוז:</p> <p>טיפול רופא, בדיקת איבחון, אביזר רפואה בהשאלה עקב תאונה.</p> <p>תרופות: תרופה בהוראת רופא מטפל ובכמות סבירה כנדרש.</p> <p>טיפול חרום בשיניים עד לסך 1,572 ש"ח.</p>

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
					<p>הוצאות רפואיות בישראל שלא בעת אשפוז, עקב תאונה שארעה בחו"ל ובלבד שאין המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות אלה מגורם אחר עד 5,240 ש"ח</p> <p>תאונה בחו"ל שתוצאתה מות המבוטח:</p> <p>זכאות ליורשי המבוטח שגילם בן 18 ל-75 עד 52,419 ש"ח.</p> <p>הוצאות מיוחדות:</p> <p>העברת מבוטח הנפגע ממקום המצאו לבית חולים קרוב, בכלי תחבורה המתאים למצבו הפיסי ובליווי רפואי. עד 15,7251 ש"ח לפינוי אוירי אך אינו מוגבל לפינוי יבשתי.</p>
פרק ח' – הוצאות נלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל					

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
אין קיצוח	משלים	-	שיפוי	-	הוצאות החולה והוצאות מלווה אחד, עד לסך כולל של 78,629 ש"ח
פרק ט' - השתלות אברים בחו"ל					
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	משלים		שיפוי	-	שיפוי עד לגובה סכום שוו"ע בשקלים ל- 250,000 דולר ההוצאות הרפואיות הממשיות הנובעות מההשתלה, לרבות שכר רופאים, אחיות, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, פיזיותרפיה, שירותי סיעוד, תרופות, השגת אברים ושימורם לרבות הוצאות קציר איברים הנעשות על פי אמות מידה רפואיות ואתיות מקובלות, ודמי אשפוז בבית החולים. בכפוף למיצוי זכויות המבוטח על פי חוק

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
					הבריאות.
פרק י – טיפולים מיוחדים בחו"ל					
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	משלים	-	שיפוי	-	<p>כרטיסי טיסה למבוטח ולמלווה אחד עד סך כולל של 2,468 ש"ח., הוצאות סבירות למגורים ולכלכלה עד לסך כולל של 2,468 ש"ח ולא יותר מ-20% מסכום הביטוח. הוצאות אשפוז של המבוטח והטיפול הרפואי בו לרבות שכר רופאים, אחיות, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, תרופות, הוצאות רפואיות נלוות, הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בחו"ל עד לסך 49,387 ש"ח למקרה ביטוח. סכום הביטוח המקסימלי בפרק זה הוא 608,222 ש"ח.</p>

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק יא – ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראיה					
שיפוי עד לסך של 486,578 ש"ח	-	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פרק י"ב- מנוי למשדר קרדילוגי					
75% מההוצאות בפועל עבור דמי שרות המנוי אך לא יותר מסך 128 ש"ח לחודש, לתקופה מרבית של 18 חודשים.	25%	שיפוי	-	תחליפי/ מוסף	-
פרק י"ג- שמירת רקמות לתקופות ארוכות					
עד 435 ש"ח ובלבד שלא יעלה על 50% מההוצאות בפועל.	50%	שיפוי	-	מוסף	-
פרק י"ד- סיקור גנטי למומים מולדים					
חלקה של המבטחת לא יעלה על 50% מעלות הבדיקה, לפי תעריף משרד הבריאות. במידה והבדיקה בוצעה במכון הסכם, יזוכה	50%	שיפוי	-	תחליפי/ מוסף	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
					המבוטח בגין הסכום העודף מעל לסך של 124 ש"ח בגין כל בדיקה.
פרק ט"ו- סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי					
יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	50%	כיסוי לאשה שגילה עד 35 בלבד שיפוי עד לגובה של 2,681 ש"ח ובלבד שלא יעלה על 50% מההוצאות בפועל. במידה והבדיקה בוצעה במכון הסכם, תזוכה המבוטחת בגין הסכום העודף מעל לסך של 620 ש"ח.
פרק ט"ז- טיפולים בילדים					
	מוסף	-	שיפוי	40%	במקרה של בעיות הרטבה - שיפוי חד פעמי בשיעור של 60% מהוצאותיו אך לא יותר מאשר 510 ש"ח.

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	25%	במקרה של בעיות התפתחות - 75% מעלות הטיפול, אך לא יותר מ-102 ש"ח לטיפול. השיפוי יינתן עבור עד 45 טיפולים לשנת ביטוח מעבר לטיפולים הקבועים בחוק הבריאות.
פרק ט"ז 1- שהיה במחלקת / יחידת החלמה					
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי		שהיה במחלקת / יחידת החלמה לאחר אירוע לב - שיפוי בגין הוצאות עבור שהיה במחלקת / יחידת ההחלמה בגובה 50% מהתשלומים, אך לא יותר מ- 319 ש"ח ליום עד 30 יום במקרה של השתלת לב, ולמשך תקופה שלא תעלה על 10 ימים במקרים של ניתוח לב פתוח או אוטם שריר לב.

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
שהיה במחלקת / יחידת החלמה לאחר ניתוח - שיפוי בגן הוצאות שהיה במחלקת / יחידת ההחלמה בגובה 75% מהתשלומים, אך לא יותר מ - 248 ש"ח ליום (עבור המבוטח ובן זוגו גם יחד), למשך תקופה שלא תעלה על 7 ימים.	25%	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פרק ט"ז 2- התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב					
50% מההוצאות אך לא יותר מ -214 ש"ח לחודש למשך תקופה רצופה של עד 12 חודשים, המתחילה לכל המאוחר תוך 12 חודשים ממועד אירוע הלב.	50%	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה
פרק ט"ז 3- שיקום כושר הדיבור					
שיפוי לעד 90%	10%	שיפוי	-	תחליפי	יש קיזוז,

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיצוח תגמולים מביטוח אחר
מההוצאה בפועל עבור הטיפולים, עד לסכום מירבי של 112 ש"ח לכל טיפול, עד 10 טיפולים בשנה					בכפוף לתנאי הפוליסה
פרק ט"ז 4- חיסונים לנוסעים לחו"ל					
במקרה נסיעה לצורך השתתפות המבוטח בכינוס מדעי - המבוטח ובן/בת זוגו יהיו זכאים לשיפוי עד לסכום מירבי של 1,279 ש"ח.	-	שיפוי	-	מוסף	-
במקרה נסיעה אחרת - שיפוי בגין 75% מההוצאה עד לסכום מירבי של 224 ש"ח לנפש.	25%	שיפוי	-	מוסף	-
פרק ט"ז 5- בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים					
שיפוי עד לסכום מירבי של 2,560 ש"ח למקרה ביטוח.	-	שיפוי	-	תחליפי	יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה

תיאור הכיסוי	השתתפות עצמית	שיפוי או פיצוי	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	קיזוז תגמולים מביטוח אחר
פרק ט"ז 6- מכשירים ואביזרים רפואיים					
<p>חגורה מתקנת, מכשור ליישור הגב, חגורת בקע, מכשיר אינהלציה, מכשיר CPAP.</p>	<p>בהתאם למפורט בפוליסה לכל אחד ממכשירים/אביזרים השונים</p>	<p>שיפוי</p>	<p>-</p>	<p>תחליפי</p>	<p>יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה</p>
פרק ט"ז 7- שירותים רפואיים נוספים					
<p>הבראה לילודת: השתתפות בהוצאות הבראה של יולדת לאחר לידת הילד הרביעי ו/או לאחר לידת כל ילד נוסף</p> <p>הוצאות נסיעה לתושבי אילת. סקירת מערכות לנשים בהריון במכון הסדר או אצל רופא פרטי זכאות: פעם אחת לכל הריון בדיקות גנטיות, חיסונים נגד צהבת חיסונים נגד אבעבועות רוח</p>	<p>כמפורט בפוליסה בהתאם לשירות הרפואי הניתן</p>	<p>שיפוי</p>	<p>-</p>	<p>תחליפי</p>	<p>יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה</p>

קיצוח תגמולים מביטוח אחר	ממשק עם סל הבסיס/ שב"ן	צורך באישור מראש של "מנורה מבטחים ביטוח בע"מ" והגוף המאשר	שיפוי או פיצוי	השתתפות עצמית	תיאור הכיסוי
					בדיקת צפיפות העצם (לנשים), השתתפות בהוצאות לרכישת מדרסים השתתפות בהוצאות בדיקות סקר מכשיר למדידת סוכר – גלוקומטר מכשיר אוטומטי למדידת לחץ דם מכשיר חצי אוטומטי למדידת לחץ דם

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.

ביטוח בריאות בסיסי
לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

מבוא והגדרות

1. מבוא:

פוליסה זו מעידה כי תמורת תשלום דמי ביטוח או הסכמה לתשלום דמי ביטוח, כמפורט בהסכם ו/או בדף הרשימה, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן בכל פרק מפרקי הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח ו/או תשלם ישירות לספק/י השירות ו/או תפצה את המבוטח ו/או תשלם למבוטח - עבור הוצאות מוכרות בגין מקרה הביטוח שאירע במהלך תקופת הביטוח, בגבולות אחריות המבטחת בהתאם לתנאי הפוליסה.

2. הגדרות:

אם לא נקבע במפורש אחרת בפרק אחר מפרקי הפוליסה, יהיו למונחים הבאים ההגדרות

שבצידם:

2.1. **המבטחת** - מנורה מבטחים ביטוח בע"מ (להלן: "מנורה מבטחים")

2.2. **בעל הפוליסה** - ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן: "הר"י")

2.3. **מבוטח הינו** -

2.3.1. חבר ו/או עובד הר"י. חבר - הזכאי להצטרף להר"י על פי תקנונה.

2.3.2. בן/בת זוג לרבות ידוע/ה בציבור של חבר/עובד הר"י וכל ילדיהם עד גיל 21.

לעניין סעיף זה, ידוע/ה בציבור - מי שחי ומקיים חיי משפחה ומשק בית משותף עם חבר/עובד הר"י ובלבד שהאחרון יצהיר על כך בכתב ויסקים כי הוא/היא בלבד יהיו בן/בת הזוג לצורך הכיסוי הביטוחי לכל תקופת הביטוח.

2.3.3. ילדיהם של עובדי הר"י וחברי הר"י מעל גיל 21 ו/או הוריהם ו/או אחיהם/אחיותיהם של חברי הר"י ושל עובדי הר"י עד גיל 65 (במועד תחילת

הביטוח) ובני משפחותיהם (להלן - "מצטרפים") בתנאי שמילאו וחתמו על טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת, ובתנאי שהסדירו את תשלום הפרמיה על פי פוליסה זו במלואה באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע מחשבון בנק.

2.3.4. "מבוטחים קיימים" הינם מי שהיו מבוטחים בביטוח "מנורה-משלים" - ביטוח

בסיסי" ברצף החל מיום 01.04.1995 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת עבור חברי/עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 30.11.10 (להלן: "הביטוח הקודם").

- 2.4. **בני משפחה** - בן/בת זוג לרבות ידועה/בציבור וילדים עד גיל 21.
- 2.5. **חבר הר"י** - מי שהינו חבר בהר"י על פי תקנון הר"י במועד תקופת תחילת הביטוח וכן מי שיצטרף כחבר להר"י בעתיד לפי תקנונה.
- 2.6. **עובד הר"י** - עובד המועסק במשרה מלאה או חלקית בהר"י ומקבל ממנה משכורת.
- 2.7. **ועדת ערר** - ועדה המוסמכת לדון בעררים של מבטחים על החלטות המבטחת, אשר תורכב בהתאם לקבוע בפוליסה.
- 2.8. **מקרה ביטוח** - אירוע כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפי העניין, בגינו זכאי המבוטח לקבל מאת המבטחת תגמולי ביטוח, **הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים שבפוליסה.**
- 2.9. **תקופת אכשרה** - תקופה רציפה של 90 יום למעט אם צויין מפורשות אחרת בפוליסה החלה אך ורק על מצטרפים כהגדרתם בסעיף 2.3.3. התקופה מתחילה לגבי כל מבוטח במועד בו החל לראשונה הביטוח של אותו מבוטח, ובסיומה זכאי הוא לקבל דמי ביטוח לפי הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופות ביטוח רציפות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. על אף האמור לעיל לא יחולו ההוראות בדבר תקופת אכשרה על הכיסויים המפורטים בפרק ט' להלן ("השתלות איברים בחו"ל").
- 2.10. **הפוליסה/ הביטוח** - פוליסה זו לרבות כל מסמך המצורף לפוליסה או אשר יצורף אליה וכן הצעות ביטוח והצהרות בריאות אשר יוגשו על ידי בני משפחה של חברי הר"י ועובדי הר"י כמפורט בסעיף 2.3.3 לעיל שיבקשו להצטרף לפוליסה.
- 2.11. **חוק הביטוח** - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א - 1981 לרבות חקיקת משנה על פיו, כפי שיהיו בתוקף מעת לעת.
- 2.12. **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.
- 2.13. **ניתוח** - פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.
- 2.14. **ניתוח אלקטיבי** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי ואשר אליו הופנה המבוטח לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים) ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית דרך קבע באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף.

- 2.15. **מועד תחילת הביטוח** - המועד בו התקבל המבוטח לביטוח, אך לא לפני 01.12.10. על אף האמור, מועד תחילת הביטוח של מבטחים קיימים ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לעניין הכיסויים והסכומים החופפים.
- 2.16. **הפרמיה או דמי ביטוח** - הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי העניין, לשלם למבטחת, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט ברשימה ו/או בהסכם.
- 2.17. **דף הרשימה/ הרשימה** - דף פרטי הביטוח המצורף לפוליסה והמהווה חלק בלתי נפרד ממנה. הרשימה כוללת את שם הפוליסה, מועד תחילת הביטוח, דמי הביטוח וכיוצא בזה.
- 2.18. **הפרשי הצמדה** - כהגדרתם בחוק פסיקת ריבית והצמדה, תשכ"א - 1961.
- 2.19. **מדד** - מדד המחירים לצרכן הכולל ירוקות ופירות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומה או בהיעדר גוף רשמי, מדד כלשהו שיוחד לשירותי בריאות וששימוש על ידי המבטחת לצורכי פוליסה זו יאושר על ידי המפקח על הביטוח.
- 2.20. **המדד היסודי** - מדד חודש אוגוסט 2010 (11588 נק') שפורסם ביום 15.09.10.
- 2.21. **תאונה** - נזק גופני בלתי צפוי הנגרם במשך תקופת הביטוח על ידי אמצעי אלים, חיצוני, הגלוי לעין והוא הסיבה היחידה, הישירה והמיידית למותו או נכותו של המבוטח ולמעט נזק שנגרם כתוצאה מאלימות מילולית.
- 2.22. **יום אשפוז** - משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בארץ.
- 2.23. **שנת ביטוח** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור ברשימה.
- 2.24. **הצעת הביטוח** - טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו למצטרפים לביטוח כהגדרתם בסעיף 2.3.3 כשהוא מלא על כל פרטיו וחתום על ידי המועמד לביטוח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחידים משפחתו. ההצעה תכלול גם את הצהרת הבריאות שמולאה ונחתמה ע"י המועמד לביטוח וכן את הוראת הקבע הבנקאית ו/או הוראת תשלום אחרת, כולל כרטיס/י אשראי, לתשלום דמי הביטוח.
- 2.25. **השתתפות עצמית** - חלקו של המבוטח בהוצאה בגין מקרה ביטוח. **חבות המבטחת לתשלום תגמולי ביטוח על פי הפוליסה תהיה רק לגבי הוצאות המבוטח מעבר להשתתפות עצמית זו.**
- 2.26. **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.

- 2.27. **סכום הביטוח** - הסכום המרבי הנקוב בפוליסה, שתשלם המבטחת למבוטח או לנותני שירותים רפואיים למבוטח כתגמולי ביטוח, בקרות למבוטח מקרה הביטוח, כשהוא צמוד למדד היסודי לפי תנאי פוליסה זו.
- 2.28. **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי** – תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009.
- 2.29. **המפקח** – המפקח על הביטוח במשרד האוצר.

3. תוקף הפוליסה, ההצטרפות לביטוח :

- הפוליסה תכנס לתוקפה החל מתאריך תחילת הביטוח כמצוין בדף הרשימה ובכפוף למילוי כל התנאים המצטברים הבאים:
- 3.1. שולמה הפרמיה המגיעה ו/או קיימת הסכמה לתשלום הפרמיה המגיעה.
- 3.2. ההצטרפות לפוליסה עבור עובדי וחברי בעל פוליסה ובני משפחותיהם היא אובליגטורית, וכפופה לכך שהפרמיה ממומנת במלואה על ידי בעל הפוליסה על פי הצהרתו בנספח ב'.
- 3.3. הצטרפות מבוטחים כהגדרתם בסעיף 2.3.3 הינה וולנטרית וכפופה לכך שמילאו וחתמו על טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת, ובתנאי שהסדירו את תשלום הפרמיה על פי פוליסה זו במלואה באמצעות הוראת קבע מחשבון בנק ודמי הביטוח שולמו במלואם.
- יובהר כי מבוטחים קיימים יצורפו לביטוח באופן אוטומטי וברצף ביטוחי מלא. מבוטחים שצורפו באופן אוטומטי לביטוח יוכלו לגרוע עצמם מהביטוח בתוך 60 יום ממועד תחילתו בכפוף למתן הודעה בכתב למבטחת על רצונם להיגרע מהביטוח.
- 3.4. **צירוף מבוטחים בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**
מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:
- 3.4.1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד
- 3.4.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;
- לא תצורפו המבטחת, לביטוח זה, אלא על פי הסכמתו המפורשת מראש, אשר תועדה.
- 3.5. **סעיף 3.4 לא יחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או אצל מבטח/ת אחר/ת, אם התקיימו תנאים אלה:**
- 3.5.1. הפוליסה הקבוצתית היתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

- 3.5.2** 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 מחדשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.
- 3.6** מבטחים חדשים שאינם מבטחים קיימים, יצטרפו לביטוח לפי האמור להלן:
- 3.6.1** במידה ומועד תחילת העסקתם / חברותם אצל בעל הפוליסה הינו עד ה- 15 בחודש (כולל) - יצטרפו לביטוח ב- 1 בחודש בו החלו בעבודתם או בחברותם בהר"י.
- 3.6.2** במידה ומועד תחילת העסקתם / חברותם אצל בעל הפוליסה הינו החל מה- 16 בחודש ואילך - יצטרפו לביטוח ב- 1 בחודש העוקב לחודש בו החלו בעבודתם או בחברותם בהר"י.
- 3.6.3** להסרת ספק יובהר, כי תקופת הביטוח תימדד בחודשים.
- 3.7** תנאי קבלה לביטוח:
- 3.7.1** עבור עובד/ת בעל הפוליסה, חברה/ בעל הפוליסה, בן/בת זוג של חבר ו בן/בת זוג של עובד וילדיהם עד גיל 21, הכניסה לביטוח הינה אוטומטית לאחר תחילת חברותם ו/או העסקתם אצל בעל הפוליסה ואינה מותנית במילוי הצהרת בריאות /טופס הצטרפות.
- 3.7.2** עבור מצטרפים כהגדרתם בסעיף 2.3.3 הכניסה לביטוח מותנית במילוי הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת והסכמתה לקבל את המועמד לביטוח.
- 3.7.2.1** שולמו למבטחת כספים על חשבון דמי הביטוח, לפני שהמבטחת החליטה על קבלת המועמד לביטוח, לא תיחשב קבלת הכספים כהסכמת המבטחת לעריכת הביטוח. לא הסכימה המבטחת לקבל את המועמד לביטוח, תשיב המבטחת את הכספים ששולמו לה על חשבון דמי הביטוח בצירוף הפרשי הצמדה כדין בכפוף לאמור בסעיפים 2.18, 2.19, 2.20 לעיל.
- 3.7.3** התנאים האמורים בסעיף 3.7 הינם תנאים מהותיים לפוליסה זו.

- 4. תקופת הביטוח, גיל:**
- 4.1. תקופת הביטוח הינה חמש שנים החל מיום 01.12.2010 ועד ליום 30.11.2015. מועד תחילת הביטוח לגבי כל מבוטח ומבוטח: המועד בו התקבל המבוטח לביטוח.
- 4.2. הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח יסתיים 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 לגבי מבוטח המצטרף לפי סעיף 2.3.3 בחודש הראשון עבורו לא שולמו דמי הביטוח במועד – בהתאם לתנאים האמורים בסעיף 11 – לפי המוקדם מביניהם.
- 4.3. תקופת הביטוח תסתיים בתאריך ידוע מראש כאמור בסעיף 4.1 ו-4.2.
- 4.4. הפוליסה לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבלה המבטחת דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.
- 4.5. למרות האמור בסעיף 4.2 הכיסוי עבור אלמן/אלמנה של חבר/עובד הר"י וילדים מעל גיל 21 וכן עובדי הרי שפרשו בגיל פרישה, ובני משפחותיהם ימשיך בהתאם לתנאי הפוליסה הקולקטיבית, לרבות השינויים שיבוצעו ע"י הר"י, ובלבד שהפורשים והאלמנים/אלמנות יבקשו להמשיך בביטוח תוך 3 חודשים ממועד פרישתם או התאלמנותם לפי העניין, וישלמו את הפרמיה כפי שתיקבע מעת לעת באמצעות הוראת קבע אישית.
- 4.6. פחת מספר המבוטחים בקבוצה מ-50, לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.
- 4.7. **ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח**
 חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.
- 5. חובת גילוי:**
- 5.1. הביטוח על-פי פוליסה זו לגבי מבוטחים כהגדרתם בסעיף 2.3.3 נעשה על יסוד המידע הכתוב, התשובות לשאלות והצהרות בכתב שנמסרו למבטחת על-ידי המבוטח.
- 5.2. **אם ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, לשאלה בענין מהותי שיש בו כדי להשפיע על נכונות מבטחת סבירה לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו, רשאית**

המבטחת תוך 30 יום מהיום שנודע לה על כך, וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את חוזה הביטוח בהודעה בכתב לבעל הפוליסה ו/או למבוטח.

לעניין זה, הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שנשאל עליו ושידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

5.3. ביטלה המבטחת את חוזה הביטוח מכוח סעיף זה, תחזיר לבעל הפוליסה את דמי הביטוח ששולמו לה בעד התקופה שלאחר ביטול הביטוח בצירוף הפרשי הצמדה כדין בכפוף לאמור בסעיפים 2.18, 2.19, 2.20 לעיל, בניכוי הוצאות המבטחת, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

5.4. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכוח סעיף זה, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:

5.4.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

5.4.2. מבטחת סבירה לא הייתה מתקשרת באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידעה את המצב לאמיתו. במקרה זה זכאי בעל הפוליסה להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת.

5.5. סעיפים 5.2 ו-5.4 לא יחולו במקרים הבאים, אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

5.5.1. המבטחת ידעה או היה עליה לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהיא גרמה לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה.

5.5.2. העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא הייתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרה הביטוח, על חבות המבטחת או על היקף החבות.

5.6. האמור לעיל לא יגרע מכל תרופה לה זכאית המבטחת על פי כל דין.

6. חריגים לאחריות המבטחת:

6.1. חריגים כלליים:

המבטחת לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנובע במישרין או בעקיפין מאחד המקרים הבאים:

6.1.1. מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת

האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח. יובהר כי מועד תחילת הביטוח של

- מבטחים קיימים, יחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים בשני הביטוחים. כמו כן מבטחים קיימים יהיו פטורים מתקופת אכשרה נוספת בגין הכיסויים החופפים.
- 6.1.2. מום או מחלה אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח, בכפוף לסייג בשל מצב רפואי קודם, כמפורט להלן בסעיף 6.2.**
- 6.1.3. מקרה הביטוח נגרם מתאונת עבודה, כמשמעה בחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), תשנ"ה – 1995. חריג זה לא יחול אם המבוטח זקוק לניתוח אלקטיבי אשר אינו מכוסה על ידי כל גורם אחר, לרבות, ביטוח לאומי, קופת חולים או צה"ל, משרד הביטחון.**
- 6.1.4. מקרה הביטוח נגרם משירות המבוטח בכוחות הביטחון לסוגיהם: בצבא סדיר או בשירות מילואים או בצבא קבע. חריג זה לא יחול אם המבוטח זקוק לניתוח אלקטיבי, שהינו תוצאה של האמור לעיל, ואשר אינו מכוסה על ידי כל גורם אחר, לרבות, ביטוח לאומי, קופת חולים או צה"ל, משרד הביטחון.**
- 6.1.5. מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, אלוהוליסם או שימוש באלכוהול, שימוש בסמים או התמכרות להם, למעט אם השימוש בסמים נעשה על פי הוראות רופא, שלא לצורך גמילה, במקרה של נטילת אדולן ובין לפי אישור רפואי ובין אם לא.**
- 6.1.6. תסמונת כשל חיסוני נרכש AIDS (איידס) על כל צורותיה או כל תסמונת דומה הנגרמת ע"י מיקרואורגניזם מסוג זה, לרבות מוטציות ווריאציות.**
- 6.1.7. 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.**
- 6.1.8. מקרה הביטוח נגרם בישראל מתאונת דרכים המכוסה על פי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשל"ה - 1976. חריג זה לא יחול אם המבוטח זקוק לניתוח אלקטיבי אשר אינו מכוסה על ידי כל גורם אחר, לרבות, ביטוח לאומי, קופת חולים או צה"ל, משרד הביטחון.**
- 6.1.9. תאונה שנגרמה עקב עיסוק בספורט או בטיסה, למעט טיסה בקו תעופה סדיר.**
- 6.1.10. תגמולי ביטוח על בסיס שיפוי כאשר המבוטח יהיה זכאי לקבל שיפוי בגין הוצאותיו על פי כל דין לרבות על פי חוק הבריאות או מכל גורם אחר ובכפוף לזכות המבוטח לקבל מאת המבטחת תגמולי ביטוח כדי ההפרש**

בהוצאותיו אשר בגינו אינו זכאי לשיפוי מאת כל גורם אחר כאמור.
 על אף כל האמור בסעיף זה יחול עקרון כפל ביטוח בהתאם לקבוע בחוק
 הביטוח על פרקים א' עד ו' לפוליסה וכן על פרקים ח' עד ט"ז לפוליסה
 (המבוטח יהיה רשאי להפנות תביעתו ישירות למבטחת).

6.2. סייג בשל מצב רפואי קודם:

- 6.2.1. המבטחת לא תהיה אחראית ולא תהיה חייבת לשלם תגמולי ביטוח, כולם או מקצתם, על פי אחד או יותר מפרקי הפוליסה, בכל הנוגע במישרין או בעקיפין ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג, כמפורט בסעיפים 6.2.2 ו-6.2.3 להלן.
- 6.2.2. 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 –
- 6.2.2.1. פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- 6.2.2.2. 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 6.2.3. על אף האמור בסעיף 6.2.2 לעיל, הסייג הנקוב בסעיף 6.2.1, בשל מצב רפואי מסוים שפורט ברשימה לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה ברשימה לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 6.2.4. הסייג הנקוב בסעיף 6.2.1 לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטחת על מצב בריאותו הקודם, והמבטחת לא סייגה במפורש ברשימה את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- 6.2.5. אם נשאל המבוטח בהצהרת הבריאות על מצב בריאות ולא גילה את מצבו, יחולו לגביו כללי הגילוי על פי הוראות כל דין.
- 6.2.6. להסרת ספק, לגבי מבוטחים קיימים תאריך תחילת הביטוח של כל מבוטח לעניין מצב רפואי קודם, לעניין מום או מחלה מולדים לרבות מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח 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.

6.3. המבטחת אינה אחראית 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 המבטחת אינה אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח כתוצאה מטיפול או שירות המכוסה על ידי פוליסה זו.

7. תשלום תגמולי ביטוח:

7.1. הודעה על כל אירוע שהוא מקרה ביטוח תימסר למבטחת בכתב. להודעה יצורפו כל הפרטים אודות התביעה וימולא טופס תביעה שהמבטחת או מי מטעמה תשלח כדי לקבל את העובדות ויצורפו כל המסמכים הרפואיים, וכן, אם יהיו תשלומים, כל הקבלות המקוריות. למרות האמור לעיל, במקרה שהמבוטח הגיש בקשה להחזר הוצאותיו במלואן או בחלקן לגורם אחר, יגיש העתק קבלה מאושר ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע ושולם לו מהגורם האחר.

במקרי חירום התביעה תוסדר על ידי פניה טלפונית ישירות אל פקידות המבטחת ו/או באמצעות מוקד החירום בשעות בהן משרדי המבטחת סגורים.

7.2. המבטחת תהיה רשאית, לפי שיקול דעתה, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם שנקבעו על בסיס שיפוי, ישירות למי שסיפק למבוטח את השירות הרפואי, או לשלם למבוטח כנגד קבלות מקוריות או העתק מאושר מהן, כמפורט בסעיף 7.1 לעיל. המבוטח זכאי לקבל מהמבטחת, לפי דרישתו, מקדמות או כתב התחייבות כספית, אשר יאפשרו לו קבלת שרות רפואי כמפורט בפרקי הפוליסה, כל זאת בלבד שהמבטחת לא בחרה לשלם ישירות לספק השרות הרפואי ושזכאותו של המבוטח על פי הפוליסה אינה שנויה במחלוקת.

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

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

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

- 7.6. נפטר המבוטח, תשלם המבטחת את יתרת תגמולי הביטוח אשר לא שולמו לפני מועד הפטירה למי שהתחייבה לשלם ובהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי, או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע התשלום על פי ההתחייבות האמורה, תשלם המבטחת היתרה ליורשיו החוקיים של המבוטח.
- 7.7. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק לפי העניין.

7.8. הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח, עוברת זכות זו למבטחת מיד לאחר ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה ומבלי לפגוע בזכות המבוטח לגבות תחילה מהצד השלישי שיפוי מעל תגמולי ביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטחת על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטחת. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטחת, עליו לפצותה בשל כך. המבוטח מתחייב לשתף פעולה באופן סביר לשם מימוש זכותה של המבטחת כאמור.

8. **כפל ביטוח**

- 8.1. בוטחו מקרי הביטוח כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח/ת אחד/ת לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך למבטחים בכתב.
- 8.2. המבטחת תהיה אחראית, לחוד, כלפי המבוטח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבוטח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה מבטחת ובין אצל מבטח אחר. למניעת ספק יצוין, כי כאשר המבוטח זכאי לקבל שיפוי בגין הוצאותיו על פי כל דין או מכל גורם אחר, יהא זכאי לקבל מאת המבטחת תגמולי ביטוח, המגיעים לו לפי תנאי הפוליסה, כדי הפרש בהוצאותיו, אשר בגינו אינו זכאי לשיפוי מכל גורם אחר כאמור.
- 8.3. 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.
- 8.4. המבוטח לא יהיה זכאי לכפל תגמולי ביטוח לשיפוי הוצאות המכוסות על פי הפוליסה בגין אותו מקרה ביטוח. כוסה מקרה כאמור על פי שניים או יותר מפרקי הפוליסה יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח על פי אותו פרק אשר על פיו מגיעים לו תגמולי הביטוח הגבוהים ביותר.
- 8.5. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצויינים בכל פרק, לפי העניין, ובשום מקרה לא יהיה זכאי לתשלום נוסף, וזאת גם אם המבטחת ערכה למבוטח פוליסות נוספות הזהות לפוליסה זאת. ערכה המבטחת למבוטח פוליסות נוספות

כאמור, תחזיר לו את דמי הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח בצירוף הפרשי הצמדה כדין בכפוף לאמור בסעיפים 2.18, 2.19, 2.20 לעיל.

9. תנאים כלליים לאחריות המבטחת:

9.1. אירע מקרה ביטוח, על המבוטח למסור למבטחת את כל המידע והמסמכים הסבירים הדרושים למבטחת לבירור חבותה, ואם אינם ברשותו, עליו לעזור למבטחת להשיגם ולשם כך עליו, בין היתר, לחתום על כתב ויתור על סודיות רפואית ומתן הוראה לכל רופא או מוסד רפואי ו/או למוסד לביטוח לאומי ולכל רשות אחרת, למסור למבטחת את המידע הרפואי המלא הנוגע למבוטח ושיש לו רלוונטיות למקרה הביטוח.

9.2. המבטחת תהיה רשאית לנהל על חשבונה כל בדיקה ו/או חקירה, לצורך בירור חבותה על פי הפוליסה, הכל כפי שהמבטחת תמצא לנכון, ובתנאי שתהליך הבדיקה לא יעכב את הטיפול, עיכוב העלול לסכן את המבוטח או בריאותו. זכותה של המבטחת לנהל את החקירות והבדיקות לא תיפגע מחמת מותו, חס וחלילה, של המבוטח.

9.3. המבטחת רשאית לשנות מעת לעת כל רשימה של נותני שירותים רפואיים הקשורים לפוליסה זו, לרבות רשימת בתי חולים, רשימת שכר מנתחים, רשימת רופאים מומחים ומנתחים ברשימה. הרשימה המעודכנת תפורסם באתר הביטוח של המבטחת.

10. סכום הביטוח:

10.1. הסכום המירבי שהמבטחת תשלם כתגמולי ביטוח בגין כל פרק לא יעלה על הסכום הנקוב באותו פרק כשהוא צמוד למדד היסודי של הפוליסה כמפורט לעיל.

10.2. תגמולי הביטוח הנקובים בש"ח יישאו הפרשי הצמדה למדד, מהמדד היסודי הנקוב בנספח תגמולי הביטוח ועד למדד שיהיה ידוע במועד ביצוע תשלום תגמולי הביטוח.

11. הפרמיה ודרך תשלומה:

11.1. הפרמיה החודשית עבור מבוטחים כהגדרתם בסעיף 2.3.1 ו 2.3.2 הינה כמוסכם בין בעל הפוליסה לבין המבטחת.

דמי הביטוח, סכומי הביטוח ותגמולי הביטוח יהיו צמודים למדד מהמדד היסודי המפורט בדף הרשימה ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום חודשי של דמי ביטוח. בכפוף לחוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981.

11.2. תשלום הפרמיות בגין מבוטחים כאמור בסעיף 11.1 יבוצע במרוכז למבטחת ע"י בעל הפוליסה ויהיו במימון מלא של בעל הפוליסה. בעל הפוליסה מתחייב לשלם את הפרמיה במלואה ובמועדה עבור המבוטחים האמורים בסעיף כהגדרתם בסעיף 2.3.1 ו

2.3.2 מראש עבור כל שלושה חודשי ביטוח (להלן: תקופת התשלום) וזאת עד ל- 10 בחודש הראשון לתקופת התשלום (לדוגמא הפרמיה בגין חודשים דצמבר-ינואר-פברואר תשלום עד ה- 10.12.2010).
 תשלום הפרמיות בגין מבטחים כאמור לעיל יבוצע במרוכז למבטחת ע"י בעל הפוליסה ויהיו במימון מלא של בעל הפוליסה.

11.3. היה ובעל הפוליסה איחר בתשלום הפרמיה של מעל ל- 60 (שישים) ימי עסקים מהמועד הנקוב בסעיף 11.2 לעיל, המבטחת תהיה רשאית להביא את הפוליסה לסיומה, בהודעה מוקדמת, מראש ובכתב לבעל הפוליסה, ובכפוף לאמור להלן: בחלוף 15 ימים מיום מתן ההודעה כאמור לעיל, רשאית המבטחת להודיע לבעל הפוליסה או למבוטח, לפי העניין, בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן. היה והסכום שבפיגור לא שולם תוך המועדים הנקובים לעיל ולאחר מתן ההתרעות, תהיה פוליסה זו והכיסוי הביטוחי מכוחה בטלים. ביצוע התשלום שבפיגור במהלך תקופת ההתרעה לא יפגע בכל הזכויות של המבטחת על פי כל דין. יובהר כי תשלום באיחור של עד 90 יום ממועד התשלום ייחשב כתשלום במועד.

11.4. הפרמיה החודשית עבור מבטחים כהגדרתם בסעיף 2.3.3 הינה כמפורט בדף פרטי הביטוח. תשלום הפרמיות בגין מבטחים כהגדרתם בסעיף 2.3.3 יבוצע בהוראות קבע או באמצעות כרטיס אשראי אחת לחודש.

מוסכם בזאת כי איחור בתשלום הפרמיה של מעל ל- 30 ימי עסקים מהמועד הנקוב לעיל (אחת לחודש) ייחשב עילה לביטול הפוליסה, לאחר הודעה מוקדמת מראש ובכתב למבוטח. בחלוף 15 יום ממתן ההודעה כאמור, רשאית המבטחת להודיע למבוטח כי הפוליסה תתבטל עבורו כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא יסולק לפני כן. היה והסכום שבפיגור לא שולם תוך המועדים הנקובים לעיל, ולאחר מתן ההתרעות, תהיה פוליסה זו והכיסוי הביטוחי מכוחה עבור המבוטח שבפיגור בטלים.

11.5. לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלומם, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיפים 2.18, 2.19, 2.20 לעיל, ריבית כפי שתהיה נהוגה באותה עת, מיום היווצרות הפיגור ועד לפירעונם בפועל על-ידי בעל הפוליסה, ובלבד ששיעור הריבית לא יעלה על שיעור הריבית המרבי בהתאם לחוק פסיקת ריבית והצמדה תשכ"א 1961.

12. מתן מסמכים למבוטח:

12.1. המבטחת תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבטחים, 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 שיוורה 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 המבטחת על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

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

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

13. מתן הודעות למבוטח:

13.1. חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בסעיף זה - מועד תחילת השינוי) תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבטחים 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 המבטחת, על חידוש הביטוח לתקופה נוספת.

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

למי שמשלם את דמי הביטוח שאינו בעל הפוליסה, הודעה בכתב בדבר המועד שבו תחל הגבייה של דמי הביטוח; הודעה כאמור תימסר למבוטח במהלך שלושת החודשים שקדמו למועד הגבייה האמור.

14. השבת דמי הביטוח :

פטורה המבטחת מחובתה בשל ההוראות המפורטות בסעיף 6.2 לעיל ונתבטל חוזה הביטוח, ומבטחת סבירה לא היתה מתקשרת באותו חוזה ביטוח, אף בדמי ביטוח גבוהים יותר, אילו ידעה במועד כריתת חוזה הביטוח את מצבו הרפואי הקודם של המבוטח, תחזיר המבטחת 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 כמפורט לעיל בסעיפים 2.18, 2.19, 2.20 לעיל.

15. הוכחת הגיל:

אם נשאל על כך בהצעת הביטוח, על המבוטח להוכיח את תאריך לידתו ע"י תעודה לשבעות רצונה של המבטחת. **תאריך לידתו של המבוטח הוא עניין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף 5 לעיל ובמקרה של מתן תשובה שאינה מלאה וכנה או העלמת עובדה בקשר לכך יחולו הוראות סעיף 5 לעיל.**

16. התיישנות:

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

17. זכויות על פי הפוליסה בעת השירות הצבאי:

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

18. התחייבויות בעל הפוליסה:

- 18.1. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח זה, אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.
- 18.2. בעל הפוליסה מתחייב כי ימסור למבטחת, 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; בעל הפוליסה ימסור למבטחת מידע לגבי קבוצת המבוטחים, בהיקף הדרוש למבטחת לשם קיום חובותיה על פי דין.

19. בירור חילוקי דעות בנושאים רפואיים:

- 19.1. נדחתה מנימוקים רפואיים תביעתו של מבוטח לתשלום תגמולי ביטוח יהיה המבוטח זכאי לערער בכתב על הדחיה בפני ועדת ערר, אשר תורכב מרופא נציג המבטחת ורופא נציג הר"י.
- 19.2. 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 הועדה.
- 19.3. ועדת הערר תקבל החלטה פה אחד.
- 19.4. נחלקו הדעות בין הרופאים בוועדת הערר, יצורף לוועדה לצורך דיון בנושא בו נחלקו הדעות, רופא בר סמכא בתחום הרפואי הרלבנטי אשר ימונה על ידי הר"י. ועדת הערר המורחבת כאמור תדון שנית בנושא בו נחלקו הדעות ותקבל החלטה ברוב דעות.

20. תחולת חוקים:

- 20.1. הוראות חוק הביטוח יחולו על פוליסה, זאת בכל אותם עניינים שלא הוסדרו בפוליסה עצמה.
- 20.2. הוראות חוק הבריאות יחולו על פוליסה זאת לפי ענין.
- 20.3. הוראות תקנות ביטוח בריאות קבוצתי יחולו על פוליסה זאת.
- 20.4. היה ויחולו שינויים בסל שרותי הבריאות לפי חוק הבריאות, יערכו בפוליסה השינויים המתבקשים מכך בהסכמת הצדדים ובכפוף לאישור מראש של המפקח על הביטוח ומבטחי המשנה.

21. הודעות:

- 21.1. כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:

בעל הפוליסה: הסדרות הרפואית בישראל
תחום ביטוח / מחלקה משפטית
רח' ז'בוטינסקי 35,

ת.ד. 3566,

רמת גן 52136.

המבטחת: מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

תחום בריאות

ת.ד. 927

תל-אביב 61008

21.2. על בעל הפוליסה או על המבוטחים שאינם חברי/עובדי הר"י, לפי העניין, להודיע למבטחת על כל שינוי בכתובתם במכתב רשום. יראו הודעה שנשלחה על ידי המבטחת לכתובת האחרונה הידועה לה של בעל הפוליסה /או של המבוטחים שאינם חברי הר"י, לפי העניין, כהודעה שנמסרה כהלכה.

21.3. כל הודעה המיועדת למבטחת והן מסמכים שיש למוסרם למבטחת ימסרו בכתב למשרדי תחום בריאות במנורה מבטחים.

עדכון פרמיה

. 22

מפורט בהסכם בין המבטחת ובעל הפוליסה.

מקום השיפוט:

. 23

מדינת השיפוט הבלעדית בכל הקשור והנובע מפוליסה זו היא ישראל.

פרק א': השתתפות בשכר מנתח פרטי

1. הגדרות בפרק זה:
 - 1.1. "שר"פ" - שרות רפואי פרטי בבית חולים ציבורי.
 - 1.2. "שר"ן" - שרות רפואי נוסף בבית חולים ציבורי.
 - 1.3. "מנתח פרטי" - מנתח אשר נבחר על ידי המבוטח לצורך ביצוע ניתוח ובתנאי שהינו בעל רשיון ישראלי לעסוק ברפואה ומחזיק בתעודת מומחה של מומחה בתחומו.
 - 1.4. "מנתח פרטי בהסכם" - רופא מנתח איתו יש למבטחת הסכם תקף לביצוע ניתוחים עפ"י פרק זה.
 - 1.5. "בית חולים פרטי בהסכם" - בי"ח פרטי או שירותי שר"פ/שר"ן בבית חולים ציבורי או מרפאה כירורגית מאושרת ע"י משרד הבריאות, שלמבטחת יש הסכם איתו/איתה לביצוע ניתוחים עפ"י פרק זה.
 - 1.6. "ניתוח מסוג א" - ניתוח המצוין במפורש בטבלת הניתוחים המפורטת בסעיף 7 (להלן: "טבלת הניתוחים") ואשר מתבצע כניתוח אלקטיבי. **להסרת כל ספק מוצהר בזאת, כי ניתוח או טיפול שאיננו אלקטיבי או שאיננו מצוין במפורש כאמור - איננו כלול בהגדרה זאת.**
 - 1.7. "ניתוח מסוג ב" - ניתוח המצוין במפורש בטבלת הניתוחים, אשר מתבצע כניתוח אלקטיבי ובלבד שהוא מופיע בליווי * (כוכבית אחת) ו/או כל ניתוח אלקטיבי, שאינו ניתוח מסוג א' ובכפוף לחריגים המפורטים בסעיף 8.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח על פי פרק זה הינו מצב רפואי של המבוטח, המחייב ניתוח, אשר יבוצע על פי בחירתו של המבוטח, על ידי מנתח פרטי בבי"ח פרטי או בשירותי שר"פ/שר"ן בבית חולים ציבורי או במרפאה כירורגית מאושרת ע"י משרד הבריאות.

3. תנאי מוקדם לאחריית המבטחת:

אם יבוצע יותר מניתוח אחד באותו מעמד, יהיה המבוטח זכאי לקבל מהמבטחת תגמולי ביטוח מלאים עבור הניתוח היקר יותר, ומחצית תגמולי הביטוח עבור הניתוח הזול מביניהם.

4. תגמולי הביטוח:

4.1. ניתוחים מסוג א' בבתי חולים או במרפאות כירורגיות, עבורם לא קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר-

המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלום ששילם עבור ניתוח כנ"ל כמפורט בטבלת הניתוחים.

4.2. ניתוחים מסוג א' בבתי חולים או במרפאות כירורגיות, עבורם קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר-
המבטחת תשפה את המבוטח בגין תשלום ששילם עבור ניתוח כנ"ל בהתאם למפורט בטבלת הניתוחים.

4.3. ניתוחים מסוג ב' -

המבטחת תשתתף בשכר מנתח פרטי ששילם המבוטח עבור ניתוח כנ"ל כמפורט להלן:

4.3.1. ניתוח באשפוז מלא - החזר של עד 50% משכר המנתח הפרטי אך לא יותר מ- 15,365 ש"ח.

4.3.2. ניתוח באשפוז יום - החזר של עד 50% משכר המנתח הפרטי אך לא יותר מ- 5,120 ש"ח.

4.4. היה והמבוטח נזקק לניתוחים חוזרים במהלך תקופה של 12 חודש לאחר ניתוח קודם המהווה אותו מקרה ביטוח ואשר בגינו קיבל תגמולי ביטוח, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי נוסף ובלבד שסך כל התגמולים שקיבל בגין כל הניתוחים הנ"ל לא יעלה על סך השיפוי בגין שכ"ט מנתח בנייתוח זה.

האמור לעיל מתייחס לניתוחים מסוג ב' בלבד.

5. מבוטח שעבר ניתוח על פי פרק זה ע"י מנתח פרטי בהסכם ונזקק לשתלים, עפ"י הרשימה שלהלן, בבית חולים פרטי-ישראל בעבורם ויהיה זכאי להחזר בגובה 50% מעלותם בפועל ולא יותר מ- 14,904 ש"ח לשנה:

- 5.1.1. סטנטים בניתוחי לב וצנתורים.
- 5.1.2. מסתמים.
- 5.1.3. סטנטים באורולוגיה.
- 5.1.4. שתל ירך.
- 5.1.5. שתל ברך.
- 5.1.6. רצועת ברך.
- 5.1.7. אביזרים לקיבוע וייצוב עמוד השדרה.
- 5.1.8. תותב לאשך.
- 5.1.9. סיליקון בניתוחי שד משחזרים.
- 5.1.10. סוגר לשלפוחית שתן.

5.1.11. קרנית.

5.1.12. פלטת מתכת לאיחוי שבר.

בסעיף זה, "שתל" הינו: 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 במסגרת הביטוח.

6. מבוטח שעבר ניתוח להרחקת ירוד (קטרקט) מעינו, ובמהלכו הושתלה עדשה בעינו, יהיה זכאי להשתתפות בסכום השווה ל- 50% מההוצאות בפועל לרכישת העדשה, ועד לסכום מירבי של 400 ש"ח.

7. תעריף החזר הוצאות לניתוחים -טבלת ניתוחים

הסכומים נקובים בש"ח לפי מדד אוגוסט 2010, שפורסם ביום 15.09.10, ועומד על 11588 נקודות.

סוג הניתוח	החזר הוצאות לניתוח פרטי בבית חולים עבורו קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר	החזר הוצאות לניתוח פרטי בבית חולים או במרפאה כירורגית עבורו לא קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר
CATARACT לא כולל עדשה	1,972	4,225
ניתוח קרנית / רשתית/ זגוגית (כולל קרנית, גז, שמן)	4,930	8,451
לב פתוח לרבות מעקפים	16,198	28,452
צינתור כלילי / פריפרי	3,239 (אבחוני) 7,324 (בלון/סטנט)	3,239 (אבחוני) 13,381 (בלון/סטנט)

סוג הניתוח	החזר הוצאות לניתוח פרטי בבית חולים עבורו קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר	החזר הוצאות לניתוח פרטי בבית חולים או במרפאה כירורגית עבורו לא קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר
כריתת כיס מרה לרבות באמצעות לאפרוסקופיה	6,748	8,170
ניתוח בקע (הרניה) חד/דו-צדדי/ לפרוסקופי	1,057 (אמבולטורי) 3,239 (אשפוז)	2,395 (אמבולטורי) 5,352 (אשפוז)
כריתת רחם רדיקלית	11,268	16,479
כריתת שד (למפקטומיה, מסטקטומיה + כריתת בלוטות)	4,930	8,451
כריתה ושיחזור שד שחזור שד	8,733	12,536
החלפת מפרקים (ירך, ברך וכתף)	עם צמנט – 10,283 ללא צמנט – 10,705	עם צמנט- 14,790 ללא צמנט- 16,479
כריתת ערמונית רדיקלית	8,310	10,563
ניתוח מוח (קרניוטומיה)	18,733	26,902
ניתוח קיבה / ושט	6,902	12,254
עמוד שדרה מורכבים עמוד שדרה דיסק / למינקטומיה	11,268 6,338	16,903 14,366
ניתוחי מעי דק / גס	6,620	10,845
כריתת אונת ריאה	5,071	8,170

סוג הניתוח	החזר הוצאות לניתוח פרטי בבית חולים עבורו קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר	החזר הוצאות לניתוח פרטי בבית חולים או במרפאה כירורגית עבורו לא קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר
כריתת ריאה שלמה	5,071	9,437
הסרת גידול מהמדיאסטינום	5,071	6,620
ניתוח אב העורקים	11,409	20,424
ניתוח מעקף עורקי פריפרי כולל אנדארטרקטומיה קרטידית	6,620	15,634
טירואידקטומיה / פאראטירואידקטומיה	5,071	7,888
ניתוח פיזול	845	3,099
ניתוח ערמונית (סגור) (*)	2,677	הסכום לפי נוסחת השיפוי לניתוחים מסוג ב'
ניתוח ערמונית (פתוח) (*)	2,677	הסכום לפי נוסחת השיפוי לניתוחים מסוג ב'
תיקון צניחת רחם ו/או שלפוחית (*) (על פי תעריף כריתת רחם)	2,677	הסכום לפי נוסחת השיפוי לניתוחים מסוג ב'

8. חריגים לפרק זה:

לא יכוסו ניתוחים המבוצעים בגין או בקשר עם:
 ביופסיה של העור, ביופסיה על ידי מחט של רקמות רכות שטחיות; ניתוח קוסמטי; ניתוח
 אסתטי; הפסקת הריון ולידה ולרבות טיפולים בעובר; ניתוחים דנטליים (הכוללים, בין
 היתר, ניתוחי חניכיים, ניתוחים הקשורים לטיפול דנטלי ועקירות שיניים).

פרק ב' : חוות דעת רפואית נוספת

חוות דעת רפואית נוספת בישראל

1. מקרה הביטוח:

1.1.1. מקרה הביטוח הוא כל אחד מאלה:

1.1.1.1. מבוטח אשר מצבו הרפואי מחייב ביצוע ניתוח אלקטיבי מבין הניתוחים שלהלן:

סוג הניתוח

- ניתוח מוח
- להוצאת גידולים או פתולוגיה וסקולרית.
- ניתוח עמוד שדרה
- להוצאת גידולים ו/או במצבי טראומה מורכבת.
- אורטופדיה
- ניתוחים לכריתה ושחזור עצמות של גידולים ממאירים.
- ניתוחים וסקולריים
- ניתוחי אב העורקים ו/או העורקים הקרוטידיים.
- ניתוחי לב
- מומים מולדים, ניתוח מסתמים מורכבים, ניתוחים לטיפול בהפרעות קצב וניתוחים להוצאת גידולים מהלב.
- ניתוחי כללית
- ניתוחי לבלב/כבד, ניתוחי מעי מורכבים.
- ניתוח חזה
- ריאה ושט.
- אופטלמולוגיה
- ניתוחי רשתית ו/או זגוגית.
- אף אוזן גרון
- ניתוחי שחזור קנה, הוצאת גידולים ממערות האף ועצמות פנים.
- גינקולוגיה
- ניתוחים גינקו - אונקולוגיים.

1.1.1.2. מבוטח אשר אובחן כסובל ממחלה ממארת וקיים ספק לגבי האבחנה המדויקת של מחלתו ו/או ספק לגבי הטיפול המומלץ.

בפרק זה "**מחלה ממארת**" - פירושה מחלה אשר קיימת לגביה סבירות גבוהה, כי תגרום לאחר שאובחנה למוות.

1.1.1.3. מבוטח שנקלע למצב רפואי חריג ואשר קיים קושי רפואי לאבחן את מחלתו או לקבוע את דרכי הטיפול בה.

1.2. מצבו הבריאותי של המבוטח הדורש התייעצות עם רופא מומחה, שאינו הרופא המבצע את הטיפול הרפואי נשוא ההתייעצות, ואשר אינו אחד מהמצבים הרפואיים המפורטים בסעיף 1.1 לעיל.

2. תגמולי ביטוח

2.1. מבטח שקרה לו מקרה הביטוח המפורט בסעיף 1.1 לעיל, ועל פי המלצת רופאו האישי, מתבקשת חוות דעת רפואית נוספת בישראל לאבחון מחלתו או לקביעת דרכי הטיפול בה, ישופה ע"י המבטחת בגין התשלום לרופא אשר נתן חוות דעת כאמור עד ל - 70% (שבעים אחוז) מעלות חוות הדעת ובלבד שהשיפוי אשר ישולם כאמור לא יעלה 1,408 ש"ח (במידה זו חוות דעת ראשונה בגינה משולמים תגמולי ביטוח במהלך השנה הקלנדרית) או לא יעלה על 710 ש"ח (במידה זו חוות דעת אחרת). המבוטח יהיה זכאי לחוות דעת אבחונית אחת ולשתי חוות דעת נוספות לקביעת דרכי הטיפול בגין אותה מחלה.

2.2. מבטח שקרה לו מקרה הביטוח המפורט בסעיף 1.2 לעיל, ישופה ע"י המבטחת בגין התשלום לרופא אשר נתן חוות דעת כאמור עד ל - 75% מעלות חוות הדעת, ובלבד שהשיפוי אשר ישולם כאמור לא יעלה על 534 ש"ח. המבוטח יהיה זכאי לעד 3 התייעצויות מעין אלה בשנה.

3. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

מקרה הביטוח: מבטח שקרה לו מקרה הביטוח המפורט בסעיף 1.1 לעיל, ועל פי המלצת רופאו האישי מתבקשת חוות דעת נוספת בחו"ל, ישופה ע"י המבטחת בגין התשלום לרופא אשר יתן חוות דעת רפואית נוספת כאמור. אם חוות הדעת הנוספת תינתן ע"י מומחה בחו"ל אשר יהיה קשור עם המבטחת - תשא המבטחת במלוא שכר הטרחה: בכל מקרה אחר תשפה המבטחת את המבוטח בשיעור של 75% (שבעים וחמישה אחוז) משכ"ט הרופא שיתן את חוות הדעת ועד לגובה סכום שוו"ע בשקלים ל- 1,250 (אלף מאתיים וחמישים) דולר ארה"ב.

אם נסיעת המבוטח לחו"ל חיונית כדי שהרופא יוכל לתת חוות דעת נוספת כאמור, תשפה אותו המבטחת גם בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה באותו מועד.

בסעיף זה – "חוות דעת" לרבות יעוץ רפואי ומשלוח תקשורת נתונים.

4. מבוטח שלא מימש את זכאותו לקבלת תגמולי ביטוח על פי האמור בסעיף 3 יהיה זכאי לקבלת תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח כמפורט להלן:

4.1. **בסעיף זה: חברת טל-רפואה (TELEMEDICINE):** חברה המספקת שרותי TELEMEDICINE וקשורה בהסכמים עם מרכזים רפואיים בחו"ל.

4.2. **מקרה הביטוח:** התייעצות לפני ניתוח שקיים המבוטח, בכפוף לאישור מראש של המבטחת עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל, באמצעות חברת טל-רפואה; במידה והרופא המומחה הנ"ל קבע כי נסיעתו של המבוטח לחו"ל חיונית כדי שיוכל ליעץ לו כאמור, ורופא המבטחת אישר את קביעתו - המבוטח טס לחו"ל .

4.3. המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מסך שוו"ע בשקלים ל- 1,000 דולר ארה"ב. בנוסף, בכפוף לאישור מראש תשפה המבטחת את המבוטח בגין רכישת כרטיס טיסה לחו"ל בהתאם למחיר הכרטיס של מחלקת תיירות רגילה לאותו יעד בטיסה סדירה ובאותו מועד, ועד לסך שוו"ע בשקלים ל- 1,000 דולר ארה"ב.

4.4. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת במשך תקופה של 12 חודשים.

פרק ג': ביטוח חיים למנותח

1. מקרה הביטוח:

מקרה מוות במהלך ניתוח מסוג א' (כהגדרתו בפרק א') (להלן: "הניתוח") ו/או במהלך תקופת החלמה שלאחר הניתוח שלא תעלה על שבע יממות ממועד גמר הניתוח ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח.

2. תגמולי הביטוח:

יורשיו החוקיים של המבוטח יהיו זכאים בקרות מקרה הביטוח עפ"י פרק זה לתגמולי ביטוח בגין מותו בסך כולל של 39,602 ש"ח.

פרק ד' : השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופנית

1. מקרה הביטוח:

- 1.1. מקרה הביטוח לפי פרק זה הינו טיפול הפריה חוץ גופי (I.V.F) (להלן - "טיפול הפריה"), אשר בוצע על פי הפניה של רופא מומחה במחלקה לטיפול בלקויי פרויון, למבוטחת אשר אינה זכאית לטיפול מכח חוק הבריאות או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבוטחיה.
- 1.2. כמועד קרות מקרה הביטוח יחשב המועד בו הופנתה המבוטחת כאמור לראשונה לטיפול הפריה כנ"ל.
- 1.3. **תנאי מוקדם לזכאות לכיסוי על פי פרק זה הינו כי המבוטחת תמציא למבטחת, על פי דרישתה, אישור מקופת החולים כי בקשת המבוטחת למימון הטיפול נדחתה על ידי הקופה.**

2. סכום ביטוח ותגמולי הביטוח:

המבטחת תשפה את המבוטחת בסכום השווה ל - 75% (שבעים וחמישה אחוז) מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציאה בגין טיפול הפריה, אך לא יותר מסך 8,485 ש"ח בגין כל טיפול הפריה במשך תקופת הביטוח.

3. סייגים לחבות המבטחת:

המבטחת לא תהיה חייבת בתשלום תגמולי הביטוח, או חלק מהם, במקרים הבאים:

- 3.1. טיפולי הפריה לנשים אשר בוצעו לפני חלוף 3 חודשים רצופים ממועד הצטרפותן לראשונה לביטוח או בגין מקרה ביטוח שקרה לפני תחילת תקופת הביטוח. סעיף זה לא יחול על מבוטחים קיימים שהם חברי הר"י ובני משפחותיהם, ועובדי הר"י ובני משפחותיהם.
- 3.2. טיפול הפריה אשר התחיל אחרי סיום תקופת הביטוח.

פרק ה': סיוע לאחר ניתוח

1. מקרה הביטוח:

- 1.1. מקרה הביטוח לפי פרק זה הוא שהייה רצופה בבית חולים לאחר ניתוח שבוצע במבוטח וכתוצאה ישירה בלעדית ממנו.
- 1.2. כמועד קרות מקרה הביטוח יחשב המועד בו בוצע הניתוח.

2. תגמולי הביטוח:

- 2.1. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין תשלום עבור שמירה פרטית של אחות, לאחר קרות מקרה הביטוח. המבוטח יהיה זכאי ל- 85% מההוצאה בפועל ועד 373 ש"ח ליום לתקופה של עד שמונה ימי אשפוז בבית חולים.
- 2.2. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 206 ש"ח בגין כל יום אשפוז בפועל החל מהיום השישי לאשפוז, ועד לסה"כ של 15 יום החל מהיום השישי לאשפוז.

3. ביצוע טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח:

המבטחת אחראית לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, לגבי סיוע לאחר ניתוח אשר בוצע בתום תקופת הביטוח, אך ורק אם הניתוח בוצע בתוך 90 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

פרק ו': פינוי רפואי מחו"ל

1. מקרה הביטוח:

מבוטח הנזקק כתוצאה ממחלה או מתאונה שארעו לו בחו"ל או כתוצאה מהחמרת מחלה בחו"ל שלא היתה ידועה ביום נסיעתו או כתוצאה מהחמרת מחלה שלא היה לה ביטוי קליני 18

(שמונה עשר) חודשים לפני נסיעתו להטסה מחו"ל לישראל לפני המועד שנקבע לחזרתו לישראל או לליווי ע"י צוות רפואי מתאים בעת טיסתו כאמור.

2. תגמולי הביטוח:

ארע מקרה הביטוח על פי פרק זה, תשפה המבטחת את המבוטח בגין התשלום ששילם עבור שינויי הטיסה ובגין התשלום לצוות הרפואי המלווה עד לסך כולל של 52,419 ש"ח. ההטסה לארץ תתבצע בשרות מטוסים סדיר ואולם אם נדרשת הטסתו המיידית של המבוטח לישראל להצלת חייו או למניעת הידרדרות חמורה במצב בריאותו, תתבצע ההטסה בטיסה מיוחדת. אם המבוטח זכאי להחזר בגין כרטיס הטיסה חזרה לישראל שרכש בטרם קרות מקרה הביטוח או שטרם רכש כרטיס כאמור, תקוז המבטחת מתגמולי הביטוח את עלות הכרטיס הנ"ל.

3. להסרת כל ספק מודגש בזה, כי -

- 3.1 הכיסוי על פי פרק זה מותנה בכך שהקדמת הטיסה והפעלת הצוות הרפואי חיוניים להצלת חיי המבוטח או למניעת פגיעה חמורה בבריאותו.
- 3.2 המבטחת נתנה מראש או בדיעבד את הסכמתה להטסה ולהפעלת הצוות הרפואי המלווה.

פרק ז': ביטוח נוסעים לחו"ל לחברי ולעובדי הר"י, בן/בת הזוג וילדיהם עד גיל 21 הנוסעים עמם

1. הגדרות בפוליסה זו:

- 1.1 "חו"ל" - כל ארץ מחוץ לישראל, כולל אניה או מטוס בדרכם מישראל או אליה.
- 1.2 "נסיעה" - יציאה מישראל לחו"ל וחזרה לישראל, תוך תקופת הביטוח, אשר לא תעלה על 45 ימים, מיום היציאה מישראל ועד לחזרה ארצה.
- 1.3 "תקופה" - תקופת הביטוח כאמור בסעיף 1.2 לעיל, בתוספת 48 שעות אם נגרם עיכוב ע"י אמצעי תחבורה אשר בו עמד המבוטח לחזור ארצה, ובתנאי, כי תקופת הביטוח כהגדרתה בפרק מבוא והגדרות טרם חלפה.
- 1.4 "בית חולים" - מוסד בחו"ל ו/או בישראל המוכר על-ידי הרשויות כבית חולים כללי ומשמש כבית חולים בלבד, להוציא מוסד שהוא גם סנטוריום ו/או מוסד משקם.

- 1.5. **"הוצאות אשפוז"** - התשלום עבור אשפוז ושירותים רפואיים בבית חולים בעת אשפוז שתחילתו במשך התקופה ובתוך תקופת הביטוח.
- 1.6. **"הוצאות רפואיות"** - התשלום עבור טיפול רופא, בדיקה אבחונית, תרופה, אביזר רפואי שהושאל בקשר לתאונה, שניתנו למבוטח בחו"ל שלא בעת אשפוז ולא בסנטוריום ו/או מוסד משקם, במשך התקופה ובתוך תקופת הביטוח. בסעיף זה "בחו"ל" - לרבות טיפול שתחילתו בחו"ל והמשכו בישראל.
- 1.7. **"מקרה הביטוח"** - תאונה או מחלה שארעו למבוטח בחו"ל במשך תקופת הביטוח למעט תאונה או מחלה בגינם היה המבוטח בטיפול ולו תרופתי בלבד או בהשגחה בעת צאתו לחו"ל או במשך ששה חודשים שקדמו לצאתו לחו"ל.
- 1.8. **"מוות"** - מוות של המבוטח עקב התאונה, הנגרם תוך 12 חודש מעת קרותה ובתוך תקופת הביטוח.
- 1.9. **"הטסה רפואית"** - הטסה בשירות מטוסים רגיל ו/או במטוס מיוחד ובמידת הצורך בליווי צוות רפואי המותאם מבחינה רפואית למצבו של המבוטח המועבר מחו"ל לישראל. בתנאי שבוצעה באמצעות המבטחת ו/או חברת MERCURY, כפוף לאישור רופא המבטחת בדבר הצורך בהטסה ובתנאי שרופא המבטחת קבע, כי הדבר חיוני ואפשרי מבחינה רפואית.
- 1.10. **"המבוטח"** - לצורך פרק זה - אך ורק מבוטח שהוא חבר הר"י או עובד הר"י, ובני/בנות זוגם וילדיהם עד גיל 21 הנוסעים עמם, ואשר איננו מבוטח על פי פוליסה אחרת המעניקה ביטוח בריאות לנוסעים לחו"ל, או מיצה את זכויותיו על פי פוליסה כנ"ל, ובכפוף לחוק חוזה הביטוח.

2. הוצאות בעת אשפוז בחו"ל:

- המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות או חלק מהוצאות עבורן אינו זכאי לתשלום מביטוח אחר כדלקמן:
- 2.1. שיפוי בגין הוצאות אשפוז עד 5,240 ש"ח ליום בעבור עד 100 (מאה) ימי אשפוז.
 - 2.2. שיפוי בגין שכר מנתח וטיפול נמרץ, בדיקות וצילומי רנטגן - עד לסך כולל של 52,419 ש"ח.
 - 2.3. שיפוי בגין הוצאות העברה (בכלי תחבורה המתחייב ממצב הנפגע) לבית חולים קרוב בהתאם לסעיף 5 להלן.
 - 2.4. שיפוי בגין הוצאות המשך אשפוז בבתי חולים ציבוריים בישראל, עקב תאונה אשר ארעה למבוטח בחו"ל, לתקופה של עד 90 יום מיום העברתו ארצה.

- 2.5. שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית - המבטחת תשא בהוצאות הטסה רפואית כמוגדר בפוליסה, של הזקוק בגין ארוע של העברה לישראל להמשך טיפול רפואי כקבוע בסעיף 1.5 ו/או 2.4 לעיל. אחריות המבטחת על פי סעיף זה מותנית באשור מוקדם מטעם המבטחת ובביצוע ההטסה הנ"ל באמצעות המבטחת ו/או חברת MERCURY.
- 2.6. סה"כ ההתחייבות המירבית של המבטחת לפי סעיף 2 לא תעלה על סך של 810,641 ש"ח.
- 2.7. במקרה של מבוטח מעבר לגיל 75 לא תעלה סה"כ התחייבות המבטחת לפי סעיף 2 על סך של 393,149 ש"ח.

3. הוצאות רפואיות בחו"ל שלא בעת אשפוז:

- המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות שעבורן אינו זכאי לתשלום מגורם אחר כדלקמן:
- 3.1. טיפול רופא, בדיקת איבחון, אביזר רפואה בהשאלה עקב תאונה.
- 3.2. תרופות: תרופה בהוראת רופא מטפל ובכמות סבירה כנדרש.
- 3.3. טיפול חרום בשיניים עד לסך 1,572 ש"ח.
- 3.4. הוצאות רפואיות בישראל שלא בעת אשפוז, עקב תאונה שארעה בחו"ל ובלבד שאין המבוטח זכאי לכיסוי הוצאות אלה מגורם אחר, ובכפוף לחוק חוזה הביטוח.
- סה"כ ההתחייבות המירבית של המבטחת לפי סעיף 3 לא תעלה על סך 5,240 ש"ח. אין בכך כדי לגרוע מן האמור בסעיף 1.6.

4. תאונה בחו"ל שתוצאתה מות המבוטח:

קרה מקרה הביטוח למבוטח שגילו בין 18 ל- 75 שנה ובתוך תקופת הביטוח נגרם עקב כך מותו של המבוטח, תשלם המבטחת לירשיו החוקיים תגמולי ביטוח בסך של 52,419 ש"ח.

5. הוצאות מיוחדות:

בקררת מקרה הביטוח תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאות שעבורן אינו זכאי לתשלום מגורם אחר, בכפוף לחוק חוזה הביטוח, כדלקמן:

העברת מבוטח הנפגע ממקום המצאו לבית חולים קרוב, בכלי תחבורה המתאים למצבו הפיסי (כולל אמבולנס אווירי במקרה הצורך) ובליווי רפואי אם המצב מחייב זאת. כיסוי זה מוגבל בסכום של עד 15,725 ש"ח לפינוי אוירי אך אינו מוגבל לפינוי יבשתי.

6. חריגים:

המבטחת לא תהיה חייבת בתשלום תגמולי ביטוח בגין תביעה/ות הנובעת/ות או הקשורה/ות ב -

- 6.1 מצב בריאות שהטיפול בו היה צפוי לגבי אדם במצב בריאותו של המבוטח בעת יציאתו לחו"ל.
- 6.2 מצב בריאות בגינו היה המבוטח בטיפול רפואי ולו תרופתי בלבד ו/או בהשגחה בעת צאת המבוטח לחו"ל או משך 6 חודשים שקדמו לצאתו או בגין החמרה ושינוי לרעה פתאומי ובלתי צפוי של מחלה שהיתה קיימת לפני צאת המבוטח לחו"ל.
- 6.3 המבטחת לא תהא אחראית בגין אשפוז והוצאות רפואיות עבור פעולות שאינן הכרחיות מבחינה רפואית או פעולות אשר ניתן לדחותן עד שוב המבוטח לישראל. המבטחת תהא זכאית לחייב המבוטח לשוב לישראל להמשך טיפול אם החזרתו ארצה תתאפשר מבחינה רפואית בכל עת במשך התקופה.
- 6.4 הריון, הריון מחוץ לרחם, שמירת הריון, הפלה, לידה (כולל לידה מוקדמת) טיפול בולד או בעובר או פג, הפרעה נפשית, הפרעה עצבית, מחלת נפש.
- 6.5 הטסה רפואית אשר בוצעה שלא באישור המבטחת ו/או חברת MERCURY ו/או על פי אישור מטעמם.
- 6.6 השתלת אבר או אברים.
- 6.7 טיפולים מהסוגים הבאים:
פיזיותרפיה, מכנוטרפיה, הידרותרפיה, נטורופתיה, הומאופתיה, טיפולים אלטרנטיביים, תכנית מרפא, דיקור (אקופונקטורה), טיפול על ידי כירופרקט, בדיקות ביקורת תקופתיות, ניתוח, טיפול חניכיים, טיפול שיניים (למעט טיפול חירום).
- 6.8 אבזורים רפואיים או אחרים או מכשירי עזר, שתלים או תותבות לרבות - משקפיים, משקפיים אופטיים, עדשות מגע, מכשירי שמיעה ותותבות למיניהן, ותרופות למבוטחים וזאת בגין מחלה שהיתה ידועה למבוטח טרם יציאתו לחו"ל.
- 6.9 הוצאות אשפוז בישראל והוצאות רפואיות אחרות כהמשך לאירוע המכוסה בחו"ל, למעט כקבוע בס' 1.5 ו- 2.4 שדלעיל.

6.10. סיכון מלחמה פאסיבי ו/או אקטיבי.

7. תנאים כללים:

- 7.1. השתתפות עצמית - מכל תשלום בו חייבת המבטחת בשל כל מקרה ביטוח המכוסה בפרק זה תנוכה השתתפות עצמית בסך של 786 ש"ח .
- 7.2. סעיף 7.1 לא יחול, ולא ישולם על ידי המבוטח סך השתתפות עצמית על הוצאות בעת אשפוז או טיפול חירום בשיניים.

פרק ח': הוצאות נלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל

1. מקרה הביטוח:

הוצאות מיוחדות הנובעות מיציאה לחו"ל של מבוטח לטיפול רפואי בחו"ל, בתנאי שנסיעתו אושרה על פי חוק הבריאות ע"י קופת החולים בה הוא חבר.

2. תגמולי הביטוח:

ארע מקרה הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאותיו והוצאות מלווה אחד, עד לסך כולל של 78,629 ש"ח שאינן מכוסות על פי פרק אחר של הפוליסה ובלבד שהתקיימו כל התנאים הבאים: -

- 2.1. שההוצאות שהוצאו הן מעבר לסכום לאותו טיפול כפי שהוא זכאי לו על פי חוק הבריאות.
- 2.2. שההוצאות לא מומנו ע"י כל גורם אחר.
- 2.3. שההוצאות הוצאו לצרכים שאינם רפואיים ואשר נובעים במישרין משהותו של המבוטח בחו"ל לטיפול רפואי.

פרק ט': השתלות אברים בחו"ל

1. הגדרות:

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 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 יושלת לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב, מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

2. מקרה הביטוח:

2.1. מקרה הביטוח הינו מצב בריאותי של המבוטח המחייב ביצוע השתלה, אשר נתקיימו בו סעיפים 2.1.1-2.1.4 להלך:

2.1.1. השתלה תבוצע בבית חולים מוכר ומורשה על ידי הרשויות המוסמכות באותה מדינה, ובהתאם להוראות חוק השתלת איברים, התשס"ח-2008.

2.1.2. המבוטח סיים את תקופת ההמתנה המפורטת בסעיף 2.1.3 סיפא או עונה על הקריטריונים המצוינים בסעיף 2.1.4.

2.1.3. המבוטח יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עד לגובה סכום שוו"ע בשקלים ל-250,000 דולר ארה"ב בגין השתלה רק לאחר שימתין לניתוח תקופת המתנה כדלקמן:

בגין השתלת לב או לב מלאכותי או ריאה- 9 חודשים לפחות.

בגין השתלת כבד או לבלב- 12 חודשים לפחות.

בגין השתלת כליה - 24 חודשים לפחות.

בגין השתלת מח עצמות - 6 חודשים לפחות וזאת בכפוף לאמור בסעיף 2.3.

במקרה של שילוב בין איברים תחול תקופת ההמתנה הנמוכה מביניהן.

2.1.4. על אף האמור בסעיף 2.1.3 סיפא, המבוטח יהיה פטור מתקופת המתנה אם רופא מומחה בתחום הרלוונטי שהינו בדרגת מנהל מחלקה קבע כי אי ביצוע ההשתלה מסכן את חיי המבוטח.

2.1.5. **על המבוטח למצות את מלוא הזכויות המוקנות לו על פי חוק הבריאות, במידה ומוקנות לו זכויות כאלה.**

להסרת ספק מובהר בזאת, כי במקרה שמיצוי הזכויות כמפורט לעיל עלול לגרום

לעיקוב בביצוע ההשתלה, תשלם המבטחת למבוטח את תגמולי הביטוח המגיעים לו בכפוף לתנאי הפוליסה, וזכות השיפוי כנגד הגוף החייב על פי חוק הבריאות (להלן: "הגוף החייב"), תעבור למבטחת מיד לאחר ששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה, ומבלי לפגוע מזכות המבוטח לגבות תחילה מהגוף החייב שיפוי מעל תגמולי הביטוח שקיבל על פי פוליסה זו. קיבל המבוטח מהגוף החייב שיפוי שהיה מגיע למבטחת על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטחת. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטחת, עליו לפצותה בשל כך ישירות. המבוטח מתחייב לשתף פעולה ככל שידרש ממנו לשם מימוש זכותה של המבטחת כאמור.

יודגש, כי במידה ובמועד סיום תקופת ההמתנה המבוטח לא יהיה זכאי לתשלום הוצאותיו על פי חוק הבריאות, יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח בכפוף לתנאי הפוליסה.

2.2. מועד תחילת תקופת ההמתנה יחשב כיום צירופו של המבוטח לרשימת ההמתנה הארצית להשתלות, בכפוף לאישור מהמרכז הארצי להשתלות.

2.3. **מימון השתלת מח עצם אלוגנאית בחו"ל יאושר רק במקרה של ממאירות המטולוגית ובתנאי שחלפו 6 חודשים לפחות מיום קביעת הצורך בהשתלה.**

2.4. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח ששולמו בגינו תגמולי ביטוח למבוטח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח והמבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח נוספים.

3. תגמולי הביטוח:

3.1. המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות הרפואיות הממשיות שהוציא בפועל עקב קרות מקרה הביטוח, לרבות שכר רופאים, אחיות, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, פיזיותרפיה, שירותי סיעוד, תרופות, השגת אברים ושימורם לרבות הוצאות קציר איברים הנעשות על פי אמות מידה רפואיות ואתיות מקובלות, ודמי אשפוז בבית החולים, הכל עד לסכומים הנקובים בסעיף 2.1.

3.2. מבוטח אשר מקרה ביטוח שלו מפורט בסעיף 2.1. לעיל, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עד לגובה סכום שוו"ע בשקלים ל- 250,000 דולר ארה"ב ובלבד שהשיפוי יהיה בגין

הוצאות ממשיות שהוצאו בעין, כמפורט בפרק י' סעיף 2, ובתנאי נוסף שהמבוטח מיצה את מלוא הזכויות המוקנות לו על פי חוק הבריאות. **להסרת ספק מובהר בזאת כי המבוטח יהיה זכאי לתגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח לפי סעיף זה או לתגמולי ביטוח לפי סעיף 3.1 לפרק זה, אך בכל מקרה לא יהיה זכאי לתשלום בגין שני הסעיפים הנ"ל ביחד.**

4. השתלות איברים לאחר תום תקופת הביטוח:

המבטחת תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח לגבי טיפול רפואי אשר בוצע לאחר תום תקופת הביטוח אך ורק אם הטיפול הרפואי בוצע תוך 90 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

פרק י' : טיפולים מיוחדים בחו"ל

1. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא מצב בריאות של המבוטח, המחייב טיפול רפואי כדלהלן, שאושר למבוטח ע"י הקופה המבטחת ובלבד שהמבוטח ביצע את הטיפול בחו"ל וניצל את מלוא המימון הניתן עפ"י החוק.

- 1.1. טיפול במחלת סרטן ממאיר ובכלל זה טיפול כירורגי או כימותרפי מורחב או כל טיפול אחר במחלת הסרטן הממאיר, אשר אינו ניתן לביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי.
- 1.2. ניתוח ו/או טיפול רפואי מיוחדים הדרושים להצלת חיי המבוטח המצוי בסכנת מוות, אשר אינו ניתן לביצוע בישראל ואין לו טיפול חלופי.
- 1.3. מובהר כי "טיפול חלופי" לעניין סעיף זה הינו - טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל.
- 1.4. מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד שבו אובחן לראשונה המצב הרפואי שבעקבותיו נזקק המטופל לטיפול רפואי כאמור לעיל.

1.5. למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש, כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

2. תגמולי הביטוח:

המבטחת תשפה את המבוטח בגין הוצאות ממשיות סבירות, שהוציא עקב קרות מקרה הביטוח, אך לא יותר מסכום הביטוח המירבי, כמפורט בסעיף 2 להלן, כדלקמן:

2.1. הוצאות לרכישת כרטיסי טיסה למבוטח ולמלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, לרבות הטסה בשכיבה, הנדרשת עקב מצבו הרפואי של המבוטח, וכן לרבות הוצאות הטסת ציוד רפואי הכרחי עקב מצבו הרפואי של המבוטח.

נדרש על ידי שלטונות התעופה, כי למבוטח יתלווה במהלך טיסתו גם רופא (בנוסף למלווה הנזכר לעיל), תישא המבטחת גם בשיפוי בגין הוצאות לרכישת כרטיס הטיסה של הרופא, שלא יעלו על סך כולל של 2,468 ש"ח.

למען הסר ספק מובהר בזה, כי המבטחת לא תהיה אחראית לשיפוי הוצאות נוספות הנובעות ממטען עודף של המבוטח ו/או מלווה ו/או הרופא, או כל הוצאה אחרת בגין הליווי הרפואי.

2.2. הוצאות סבירות להעברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.

2.3. הוצאות סבירות למגורים ולכלכלה סבירה של המבוטח ומלווה אחד בארץ הטיפול בהיותם בהמתנה לביצוע הטיפול הרפואי או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה ע"י רופאו של המבוטח כחיונית מבחינה רפואית, וכן הוצאות מגורים של המלווה בתקופת אשפוזו של המבוטח.

הוצאות המגורים והכלכלה הסבירות למבוטח ומלווהו ביחד לא יעלו על 20% (עשרים אחוז) מסכום הביטוח.

"הוצאות מגורים" - הוצאות לינה בלבד במלון (ללא ארוחות, משקאות ושירותים נוספים) או שכר דירה עבור שכירת חדר מגורים בדירה או שכירת דירה המתאימה

למגורי המבוטח ומלווה אחד, ובתוספת הוצאות החלות על שוכר דירה (גז, חשמל, מים) אשר המבוטח ידרש לשאת בהם.

"הוצאות כלכלה" - הוצאות שהוציאו המבוטח ו/או מלווהו עבור אוכל ושתייה אשר לא יעלו, עבור שניהם ביחד, על סך 2,468 ש"ח לכל חודש של שהייה, או החלק היחסי המתאים לתקופה קצרה מחדש.

2.4. הוצאות אשפוזו של המבוטח והטיפול הרפואי בו לרבות שכר רופאים, אחיות, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, תרופות, הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת בחו"ל הנובעת ישירות מהוראה רפואית המחייבת את ביצועה בחו"ל. מובהר בזאת במפורש, כי כל ההוצאות הנזכרות לעיל הינן הוצאות ישירות לביצוע הטיפול הרפואי שאושר והמבטחת לא תהיה אחראית ולא תשפה את המבוטח עבור הוצאות רפואיות בגין טיפולים אחרים, וגם לא עבור הוצאות טיפול שיניים.

2.5. הוצאות רפואיות בלבד הנדרשות עבור המשך טיפול בחו"ל, הנובע ישירות מהטיפול הרפואי בחו"ל ואינו ניתן לביצוע בארץ (למעט הוצאות לצורך מעקב ו/או ביקורת רפואית) או הוצאות בגין טיפולים ו/או תרופות הנדרשים עקב הטיפול הרפואי בחו"ל אשר המבוטח אינו זכאי להם במסגרת השירותים הניתנים על ידי קופת החולים אליה משויך המטופל לחבריה. אחריות המבטחת על פי סעיף זה תהיה מוגבלת לטיפולים ולתרופות כאמור לעיל שנרכשו ו/או בוצעו תוך תקופה שאינה עולה על 12 (שנים עשר) חודשים מיום הטיפול הרפואי, אך לא יותר מאשר סך 49,387 ש"ח למקרה ביטוח אחד.

למען הסר ספק מוצהר ומוסכם בזאת כי הוצאות רפואיות כאמור, אשר הוצאו בטרם חזר המבוטח לארץ לאחר הטיפול הרפואי, מכוסות גם אם ניתן לבצע את המשך הטיפול בארץ, ובלבד שהוכח כי המבוטח אינו יכול, מבחינה רפואית, לחזור לארץ לצורך קבלתו, וקיים סיכון לחייו אם לא יבצעו מיידית.

2.6. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי לא תחול על המבטחת כל אחריות בגין הוצאה כלשהי שאינה מאלה המפורטות לעיל, והוצאות אלה יחולו על המבוטח לבדו.

3. טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח:

המבטחת תהיה אחראית לתשלום תגמולי ביטוח, בגין מקרה ביטוח, לגבי טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח אך ורק אם הטיפול הרפואי בוצע תוך 270 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

4. סכום הביטוח:

"סכום הביטוח" - לפי פרק זה הוא 608,222 ש"ח.

פרק י"א : ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראיה

1. מקרה הביטוח :

1.1. מקרה הביטוח הינו מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב טיפול רפואי שנועד למנוע איבוד מוחלט של חוש השמיעה ו/או חוש הראיה, כאשר הטיפול אינו ניתן לביצוע בישראל, ואין לו בישראל טיפול חלופי או אשר על פי חוות דעת רופא מומחה קיימת עדיפות רפואית ניכרת לבצע אותו בחו"ל.

1.2. "טיפול חלופי" הינו - טיפול רפואי הניתן לביצוע בישראל, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג אותה תוצאה רפואית המושגת על ידי טיפול רפואי אחר שאינו ניתן לביצוע בישראל, ובלבד שאינו כרוך בתוצאות גופניות חמורות יותר למטופל.

1.3. למען הסר ספק מובהר בזאת במפורש, כי טיפול רפואי חוזר אשר נדרש בעקבות טיפול רפואי המהווה מקרה ביטוח הינו חלק מאותו מקרה ביטוח.

1.4. מועד קרות מקרה הביטוח יחשב כמועד בו אובחן לראשונה המצב הרפואי שבעקבותיו נזקק המבוטח לטיפול רפואי כאמור לעיל.

2. סכום הביטוח :

סכום הביטוח המירבי עבור מקרה ביטוח לפי פרק זה הינו סך של 486,578 ש"ח.

3. תגמולי הביטוח :

המבטחת תשפה את המבוטח עד לסכום הנקוב בסעיף 2 לעיל, בגין הוצאות סבירות כדלקמן :

3.1. הוצאות לרכישת כרטיסי טיסה למבוטח ולמלווה אחד במחלקת תיירות בקו תעופה סדיר, ממדינת ישראל לארץ הטיפול וחזרה ממנה, פעם אחת בלבד, לרבות הטסה בשכיבה, הנדרשת עקב מצבו הרפואי של המבוטח, וכן לרבות הוצאות הטסת ציוד רפואי הכרחי עקב מצבו הרפואי של המבוטח.

נדרש על ידי שלטונות התעופה, כי למבוטח יתלווה במהלך טיסתו גם רופא (בנוסף למלווה הנזכר לעיל), תישא המבטחת גם בהוצאות לרכישת כרטיס הטיסה של הרופא, שלא יעלו על סך כולל של 4,866 ש"ח.

למען הסר ספק מובהר בזה, כי המבטחת לא תהיה אחראית לשיפוי בגין הוצאות נוספות הנובעות ממטען עודף של המבוטח ו/או מלווה ו/או הרופא או כל הוצאה אחרת בגין הליווי הרפואי.

3.2. הוצאות העברה יבשתית סבירות של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.

3.3. הוצאות מגורים וכלכלה סבירות של המבוטח ומלווה אחד בארץ הטיפול בהיותם בהמתנה לביצוע הטיפול הרפואי או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה על ידי רופאו של המבוטח כחיונית מבחינה רפואית, וכן הוצאות מגורים של המלווה בתקופת אשפוזו של המבוטח. הוצאות המגורים והכלכלה הסבירות למבוטח ומלווה ביחד לא יעלו על 20% (עשרים אחוז) מסכום הביטוח.

בפרק זה :

"הוצאות מגורים" - הוצאות לינה בלבד במלון (ללא ארוחות, משקאות, ושרותים נוספים), או שכר דירה עבור שכירות חדר מגורים בדירה או שכירת דירה המתאימה למגורי המבוטח ומלווה אחד, ובתוספת הוצאות החלות על שוכר דירה (גז, חשמל, מים) אשר המבוטח ידרש לשאת בהן.

"הוצאות כלכלה" - הוצאות שהוציאו המבוטח ו/או מלווהו עבור אוכל ושתייה, אשר לא יעלו, עבור שניהם ביחד, על סך של 4,866 ש"ח, לכל חודש של שהיה או החלק היחסי המתאים לתקופה קצרה מחדש.

3.4. הוצאות אשפוזו של המבוטח והטיפול הרפואי בו לרבות שכר רופאים, אחיות, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה, תרופות, הוצאות רפואיות נלוות וכל הוצאה אחרת בחו"ל הנובעת ישירות מהוראה רפואית המחייבת את ביצועה בחו"ל.

מובהר בזאת במפורש, כי כל ההוצאות הנזכרות לעיל הינן הוצאות ישירות לביצוע הטיפול הרפואי שאושר והמבטחת לא תהיה אחראית ולא תשפה את המבוטח עבור הוצאות רפואיות בגין טיפולים אחרים, וגם לא עבור הוצאות טיפול שיניים.

3.5. הוצאות רפואיות בלבד הנדרשות עבור המשך טיפול בחו"ל, הנובע ישירות מהטיפול הרפואי בחו"ל ואינו ניתן לביצוע בארץ (למעט הוצאות לצורך מעקב ו/או ביקורת רפואית) או הוצאות בגין טיפולים ו/או תרופות הנדרשים עקב הטיפול הרפואי בחו"ל אשר המבוטח אינו זכאי להם במסגרת השירותים הניתנים על ידי קופת החולים אליה משויך המטופל לחבריה. אחריות המבטחת על פי סעיף זה תהיה מוגבלת לטיפולים ולתרופות כאמור לעיל, שנרכשו ו/או בוצעו תוך תקופה שאינה עולה על 18 חודשים מיום ביצוע הטיפול הרפואי, אך לא יותר מאשר סך של 40,000 ש"ח למקרה ביטוח אחד.

למען הסר ספק מוצהר ומוסכם בזאת כי הוצאות רפואיות כאמור, אשר הוצאו בטרם חזר המבוטח לארץ לאחר הטיפול הרפואי, מכוסות גם אם ניתן לבצע את המשך הטיפול בארץ, ובלבד שהוכח כי המבוטח אינו יכול מבחינה רפואית, לחזור לארץ לצורך קבלתו, וקיים סיכון להצלחת הטיפול הרפואי אם לא יבצעוהו מיידית.

3.6. הוצאות הטסת גופתו של מבוטח במקרה מותו חו"ח בעת שהייתו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול הרפואי. מובהר בזאת, כי לא תכוסינה כל הוצאות בישראל הקשורות בהבאת הגופה.

3.7. למען הסר ספק מובהר בזאת, כי לא תחול על המבטחת כל אחריות בגין הוצאה כלשהי שאינה מאלה המפורטות לעיל, והוצאות אלה יחולו על המבוטח בלבד.

4. טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח :

תנאי מוקדם לאחריות המבטחת לתשלום תגמולי ביטוח בגין מקרה ביטוח, לגבי טיפול רפואי לאחר תום תקופת הביטוח הוא, כי הטיפול הרפואי בוצע תוך 270 יום ממועד סיום תקופת הביטוח.

פרק י"ב : מנוי למשדר קרדיולוגי

1. המבטחת תשפה מבוטח אם מצבו הבריאותי מחייב שימוש בשרותי מנוי על משדר קרדיולוגי (להלן - "מנוי").

מבוטח יחשב כנמצא במצב בריאותי המחייב שימוש במשדר קרדיולוגי אם :

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

1.2. הוא סובל מהפרעות קצב המסכנות את חייו.

1.3. אובחן לגביו הצורך בניחות לב.

2. מנוי למשדר קרדיולוגי :

המבטחת תשפה את המבוטח בסכום השווה ל - 75% מההוצאות בפועל עבור דמי שרות המנוי אך לא יותר מסך 128 ש"ח לחודש, לתקופה מרבית של 18 חודשים.

פרק י"ג: שמירת רקמות לתקופות ארוכות

1. מקרה הביטוח:

1.1. שמירת ביציות או עוברים מוקפאים לצרכי הריונות נוספים לזוג מבוטחים הסובל מבעית פוריות זאת כאשר השמירה מיועדת להשתלה באשה עצמה ובגיל הפוריות בלבד.

1.2. שמירת הזרע למבוטח העומד לעבור טיפולים כימותרפיים או הקרנתיים.

1.3. שמירת מח עצם מוקפא למבוטח, החולה במחלה ממארת המערבת את מח העצם.

2. סייגים:

2.1. חלקו של המבוטח במימון יהיה בגין עלות שמירת הרקמות בלבד ולא לצורך מימון ההוצאות לשאיבה ו/או הקפאה.

2.2. חלקה של המבטחת במימון מותנה בכך שהשימוש ברקמות המוקפאות יעשה לאחר 12 חודש לפחות מיום הקפאתם.

3. תגמולי הביטוח:

המבטחת תשלם למבוטח בקרות מקרה הביטוח שיפוי של עד 435 ש"ח ובלבד שלא יעלה על 50% מההוצאות בפועל.

פרק י"ד : סיקור גנטי למומים מולדים

1. אירוע ביטוחי:

מבוטח אשר גנטיקאי מצא, כי נדרש לעבור בדיקה לגילוי גנים נשאים למחלות הבאות (להלן - הרשימה):
מחלת גושה

ציסטיק פיברוזיס (C.F.)

תסמונת ה - X השביר

המופיליה

קנוון

בדיקות אלה יבוצעו לאחר הפניית גנטיקאי ובבתי חולים ומכונים המאושרים ע"י משרד הבריאות. המבוטח ישא בהשתתפות עצמית כדי שעור של 50% ממחיר הבדיקה.

מוצהר בזאת, כי הרשימה תעודכן מעת לעת בהסכמת המבטחת והר"י.

2. תגמולי הביטוח :

המבטחת תשפה את המבוטח בגין עלות הבדיקה הנ"ל ובלבד שיהיה זה ארוע חד פעמי בתקופת הביטוח לביצוע רק בבתי חולים ומכונים המאושרים ע"י משרד הבריאות .

חלקה של המבטחת לא יעלה על 50% מעלות הבדיקה, לפי תעריף משרד הבריאות.

במידה והבדיקה בוצעה במכון, איתו יש למבטחת הסכם תקף לביצוע סיקורים עפ"י פרק זה, יזוכה המבוטח בגין הסכום העודף מעל לסך של 124 ש"ח (המהווה השתתפות עצמית) בגין כל בדיקה.

פרק ט"ו: סיקור גנטי לאבחון טרום לידתי

1. אירוע ביטוחי:

המבטחת תשפה מבוטחת אשר גילה עד 35 שנים ואשר על פי המלצת גנטיקאי או גינקולוג עברה בדיקת מי שפיר/סיסי שליה.

2. תגמולי הביטוח: המבטחת תשלם למבוטחת, בקרות מקרה הביטוח, שיפוי עד לגובה של

2,681 ש"ח ובלבד שלא יעלה על 50% מההוצאות בפועל.

במידה והבדיקה בוצעה במכון, איתו יש למבטחת הסכם תקף לביצוע סיקורים עפ"י פרק זה, תזוכה המבוטחת בגין הסכום העודף מעל לסך של 620 ש"ח (המהווה השתתפות עצמית).

פרק ט"ז : טיפולים בילדים

1. בפרק זה :

"בעיות התפתחות" - פגיעה במערכת העצבים המרכזית או ההיקפית הגורמת לאיחור משמעותי בתפקוד הפונקציונלי של המערכת המוטורית ו/או הסנסורית ו/או הקוגניטיבית או מומים בינוניים או קשים של השלד ו/או המפרקים הגורמים לתפקוד פגום כנ"ל.

"פעמון הרטבה" - שיטת טיפול העושה שימוש בפעמון למניעת הרטבה לילית אצל ילדים.

2. מקרה הביטוח :

מקרה הביטוח הינו אחד מאלה :

2.1. תופעה למתמשכת של הרטבה אצל ילדים מעל גיל 6 המטופלת, לפי המלצת רופא, באמצעות פעמון הרטבה.

2.2. בעיות התפתחות אשר התגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה במכון ציבורי להתפתחות הילד אצל ילד מבוטח מגיל 3 ועד גיל 10 (כולל) המחייבות טיפול על ידי כל אחד מאלה: פיזיותרפיסט ו/או מרפא בעסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג.

3. סכום הביטוח ותגמולי ביטוח :

3.1. במקרה של בעיות הרטבה כאמור בסעיף 2.1, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי חד פעמי בשיעור של 60% מההוצאה בפועל לטיפול מניעת הרטבה באמצעות פעמון הרטבה, אך לא יותר מאשר 510 ש"ח.

3.2. במקרה של בעיות התפתחות כאמור בסעיף 2.2, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בשיעור של 75% מעלות הטיפול, אך לא יותר מ - 102 ש"ח לטיפול. השיפוי יינתן עבור עד 45 טיפולים לשנת ביטוח.

"שנה" לעניין סעיף זה הינה תקופה בת שנה המתחילה ביום הטיפול הראשון שבוצע.

פרק ט"ז 1 : שהיה במחלקת / יחידת החלמה

שהיה במחלקת / יחידת החלמה לאחר אירוע לב

1. בפרק זה :

"אירוע לב" - השתלת לב או ניתוח לב פתוח או אוטם שריר לב.

2. מקרה הביטוח :

2.1. מקרה הביטוח לפי פרק זה הינו מצבו הרפואי של מבוטח, שעבר אירוע לב המחייב, על פי הוראה רפואית, שהיה במחלקת / יחידת החלמה המיועדת למי שעבר אירוע לב, מיד לאחר שחרורו מבית החולים בו טופל עם קרות אירוע הלב.

2.2. כמועד קרות מקרה הביטוח יחשב המועד בו עבר המבוטח את אירוע הלב.

3. תגמולי הביטוח :

המבוטח ובן/בת זוגו יהיו זכאים לשיפוי בגין תשלומים ששילמו עבור שהיה במחלקת / יחידת החלמה בגובה 50% מהתשלומים, אך לא יותר מ - 319 ש"ח ליום (עבור המבוטח ובן/בת זוגו גם יחד), למשך תקופה שלא תעלה על 30 יום במקרה של השתלת לב, ולמשך תקופה שלא תעלה על 10 ימים במקרים של ניתוח לב פתוח או אוטם שריר לב.

שהיה במחלקת / יחידת החלמה לאחר ניתוח

1. בפרק זה :

"ניתוח" – שאינו אירוע לב.

2. מקרה הביטוח :

2.1. מקרה הביטוח לפי פרק זה הינו מצבו הרפואי של מבוטח, שעבר ניתוח המחייב, על פי הוראה רפואית, שהיה במחלקת / יחידת החלמה המיועדת למי שעבר ניתוח מסוג זה, ובלבד שהתקיימו התנאים הבאים:

2.1.1. המבוטח היה מאושפז בבית חולים לפחות 7 ימים לאחר הניתוח.

2.1.2. במועד שהייתו של המבוטח במחלקת/ יחידת החלמה, טרם חלפו חודשיים ממועד שחרורו מבית חולים לאחר ביצוע הניתוח.

2.2. כמועד קרות מקרה הביטוח יחשב המועד בו עבר המבוטח את הניתוח.

3. תגמולי הביטוח :

המבוטח ובן זוגו יהיו זכאים לשיפוי בגין תשלומים ששילמו עבור שהיה במחלקת / יחידת ההחלמה בגובה 75% מהתשלומים, אך לא יותר מ - 248 ש"ח ליום (עבור המבוטח ובן זוגו גם יחד), למשך תקופה שלא תעלה על 7 ימים.

פרק ט"ז 2: התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב

1. בפרק זה:

"אירוע לב" - השתלת לב או ניתוח לב פתוח או אוטם שריר לב.

"התעמלות שיקומית" - התעמלות שיקומית לאחר אירוע לב המתקיימת במסגרת מכון לשיקום חולי לב.

2. מקרה הביטוח:

2.1. מצבו הבריאותי של מבוטח שעבר אירוע לב המחייב, על פי הוראה רפואית, לעסוק בהתעמלות שיקומית עבור מי שעבר אירוע לב, בסמוך לאחר אירוע לב.

2.2. כמועד קרות מקרה הביטוח יחשב המועד בו עבר המבוטח את אירוע הלב.

3. תגמולי הביטוח:

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין תשלומים ששילם עבור התעמלות שיקומית עד לשיעור של 50%, אך לא יותר מ - 214 ש"ח לחודש למשך תקופה רצופה של עד 12 חודשים, המתחילה לכל המאוחר תוך 12 חודשים ממועד אירוע הלב.

פרק ט"ז 3 : שיקום כושר הדיבור

1. מקרה הביטוח :

טיפולים לשיקום כושר הדיבור למבוטח שגילו עולה על 18 שנה, ואשר מצוי במצב המתואר להלן: אובדן, מלא או חלקי, של כושר הדיבור בעקבות אירוע מוחי (C.V.A.) או ניתוח או מחלה, אשר ניתן לשפרו ע"י טיפול מיוחד לשיקום הדיבור.

2. תגמולי הביטוח :

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בסכום השווה ל- 90% מההוצאה בפועל עבור ביצוע הטיפולים, עד לסכום מירבי של 112 ש"ח לכל טיפול, עד 10 טיפולים בשנה קלנדרית.

3. תקופת האכשרה:

תקופת האכשרה של כל מבוטח לזכאות לקבלת תגמולי ביטוח על פי הפוליסה היא 180 יום ממועד ההצטרפות לביטוח.

פרק ט"ז 4 : חיסונים לנוסעים לחו"ל

1. מקרה הביטוח :

1.1. נסיעתו של המבוטח ובן/בת זוגו לארצות חוץ לצורך השתתפות המבוטח בכינוס מדעי אשר חייבה, על פי הוראה של משרד הבריאות בישראל, מתן חיסונים למניעת הדבקות במחלות הקיימות באותן ארצות חוץ.
"המבוטח" לצורך סעיף זה - אך ורק מבוטח שהוא חבר הר"י ובן/בת זוג.

1.2. נסיעתו של המבוטח לארצות חוץ אשר חייבה, עפ"י הוראה של משרד הבריאות הישראלי, מתן חיסונים למניעת הדבקות במחלות הקיימות באותן ארצות חוץ.

2. תגמולי הביטוח :

2.1. במקרה נסיעה לצורך השתתפות המבוטח בכינוס מדעי - המבוטח ובן/בת זוגו יהיו זכאים לשיפוי בגין ההוצאה בפועל עבור ביצוע החיסונים במרפאה מוכרת המורשית לביצוע החיסונים לנוסעים לארצות חוץ, עד לסכום מירבי של 1,279 ש"ח .

2.2. במקרה נסיעה אחרת - המבוטח ובני משפחתו יהיו זכאים לשיפוי בגין 75% מההוצאה בפועל עבור ביצוע החיסונים במרפאה מוכרת המורשית לביצוע החיסונים לנוסעים לארצות חוץ, עד לסכום מירבי של 224 ש"ח לנפש.

פרק ט"ז 5 : בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים

1. מקרה הביטוח :

לאחר שבדיקה פתולוגית קבעה את ממאירותו של גידול (שהוצא מגופו של המבוטח על ידי ביופסיה או בדרך אחרת), נשלח הגידול, על פי המלצת רופאו האישי של המבוטח, לעריכת סדרה של בדיקות, שמטרתיהן מצוינות להלן:

- חיזוי המחלה (עד כמה הגידול הינו אגרסיבי)
- סיכויי הישנות המחלה
- סיכויי התפשטות המחלה
- קביעת דרכי הטיפול במחלה תוך שימוש במרקרים הבאים, כולם או מקצתם, על מנת לבדוק איזה טיפול ימגר את המחלה, בפני איזה טיפול המחלה עמידה וכיו"ב: DNA Ploidy / Cell Cycle Analysis, Ki - 67, Mib - 1, Estrogen Receptor (ER), Progesterone Receptor (PgR), Her - 2 / neu, Epidermal Growth Factor

Receptor (EGFR), Angiogenesis, Cathepsin D, MDR, p53, Retinoblastoma Protein (Rb).

2. תגמולי הביטוח :

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין ההוצאה בפועל עבור ביצוע הבדיקות במעבדה מוכרת המורשית על ידי משרד הבריאות לבצען, עד לסכום מירבי של 2,560 ש"ח למקרה ביטוח.

פרק ט"ז 6 : מכשירים ואביזרים רפואיים

הסכומים לפי מדד אוגוסט 2010, שפורסם ביום 15.09.10, ועומד על 11588 נקודות.

תקופת אכשרה	תגמולי הביטוח	מקרה הביטוח	השירות הרפואי
חגורה מתקנת:			
12 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח.	סכום השווה ל- 83% מההוצאה בפועל לרכישת החגורה ועד לסכום מירבי בסך 2,111 ש"ח.	מצבו הבריאותי של מבוטח שגילו עד 18 שנה המחייב, על פי הוראת רופא מומחה (אורתופד או נוירולוג), שימוש בחגורה מתקנת מסוג מילוקי או בוסטון.	השתתפות בהוצאות לרכישת חגורה מתקנת (מסוג מילוקי או בוסטון) למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד. זכאות: אחת לשלוש שנים.
מכשור ליישור הגב:			
12 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח.	60% מההוצאה בפועל לרכישת המכשיר ועד לסכום מירבי של 1,120 ש"ח	מצבו הבריאותי של מבוטח שגילו עד 18 שנה המחייב, על פי הוראת רופא מומחה	השתתפות בהוצאות לרכישת מכשיר אלקטרוני ליישור גב (מסוג Nevrogar)

תקופת אכשרה	תגמולי הביטוח	מקרה הביטוח	השירות הרפואי
		(אורתופד או נירולוג), שימוש במכשיר אלקטרוני ליישור גב (מסוג Nevrogar או Agrelief- או Agarskol 10).	או Agarskol או Agrelief-10 או (Compact tens למבוטחים שגילם עד 18 שנה בלבד. זכאות: אחת לשלוש שנים.
חגורת בקע:			
6 חודשים ממועד ההצטרפו ת לביטוח.	סכום השווה ל- 75% מההוצאה בפועל לרכישת המכשיר ועד לסכום מירבי של 248 ש"ח . במידה והמכשיר נרכש בחנות הקשורה עם המבטחת בהסכם, יוחזר למבוטח הסכום העולה על 162 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית).	מצבו הרפואי של המבוטח אשר, על פי אישור רפואי מרופא מומחה, סובל מבקע (הרניה) המחייב שימוש בחגורת בקע.	השתתפות בהוצאות לרכישת חגורת בקע. זכאות: אחת לשלוש שנים.
מכשיר אינהלציה:			

תקופת אכשרה	תגמולי הביטוח	מקרה הביטוח	השירות הרפואי
6 חודשים ממועד ההצטרפו ת לביטוח.	סכום השווה ל- 50% מההוצאה בפועל לרכישת המכשיר ועד לסכום מירבי של 300 (שלוש מאות) ש"ח. במידה והמכשיר נרכש בחנות הקשורה עם המבטחת בהסכם, יוחזר למבוטח הסכום העולה על 50 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית).	מצבו הרפואי של המבוטח אשר, על פי הוראת רופא מומחה, מחייב ביצוע אינהלציה באופן יומיומי קבוע ושוטף.	השתתפות בהוצאות לרכישת מכשיר אינהלציה אישי. זכאות: אחת לשלוש שנים.
מכשיר CPAP:			
12 חודשים ממועד ההצטרפו ת לביטוח.	סכום השווה ל- 75% מההוצאה בפועל לרכישת המכשיר ועד לסכום מירבי של 3,974 ש"ח. במידה והמכשיר נרכש בחנות הקשורה עם המבטחת בהסכם, יוחזר למבוטח	מצבו הרפואי של המבוטח אשר, על פי הוראת רופא מומחה, מחייב שימוש במכשיר למניעת דום נשימה בשינה מסוג CPAP באופן יומיומי קבוע ושוטף.	זכאות: אחת לחמש שנים.

תקופת אכשרה	תגמולי הביטוח	מקרה הביטוח	השירות הרפואי
	הסכום העולה על 1,200 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית).		

פרק ט"ז 7: שירותים רפואיים נוספים

הסכומים לפי מדד אוגוסט 2010, שפורסם ביום 15.09.10, ועומד על 11588 נקודות.

תקופת אכשרה	זכאות	מקרה מזכה	השירות הרפואי
6 חודשים	סכום השווה ל- 75% מההוצאה בפועל עבור דמי הבראה, עד לסכום מירבי בסך 258 ש"ח לכל יום הבראה, לתקופה מירבית בת שלושה ימים.	יציאה להבראה במוסד המיועד לנופש או הבראה של מבוטחת אשר יש לה כבר שלושה ילדים או יותר, בסמוך לאחר לידת כל ילד נוסף.	הבראה ליולדת: השתתפות בהוצאות הבראה של יולדת לאחר לידת הילד הרביעי ו/או לאחר לידת כל ילד נוסף.
אין	כרטיס טיסה למרכז הארץ	מבוטח תושב אילת הזקוק, עפ"י קביעת רופא קופת החולים בה הוא חבר, לטיפול בהתאם לסל השירותים בחוק הבריאות, שאין באפשרותו לקבלו באילת.	הוצאות נסיעה לתושבי אילת
12 חודשים	סכום השווה ל- 50% מההוצאה בפועל עד לסכום מירבי בסך	ביצוע סקירת מערכות	סקירת מערכות לנשים בהריון במכון הסדר

תקופת אכשרה	זכאות	מקרה מזכה	השירות הרפואי
	300 ש"ח, או במכון הסדר יוחזר למבוטח הסכום העולה על 100 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית) לכל עובר.		או אצל רופא פרטי זכאות: פעם אחת לכל הריון
אין	סכום השווה ל- 90% מההוצאה בפועל עבור הבדיקות ועד לסכום מירבי בסך 206 ש"ח.	ביצוע בדיקות גנטיות במעבדה מוכרת.	בדיקות גנטיות: השתתפות בהוצאות בדיקות גנטיות. זכאות: פעם אחת בלבד
3 חודשים	המבטחת תחזיר למבוטח את הסכום העולה על 35 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית).	ביצוע חיסונים נגד צהבת	חיסונים נגד צהבת (לילדים עד גיל 18) זכאות: חד פעמית
3 חודשים	המבטחת תחזיר למבוטח את הסכום העולה על 50 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית).	ביצוע חיסונים נגד אבעבועות רוח	חיסונים נגד אבעבועות רוח (לילדים עד גיל 18) זכאות: חד פעמית
3 חודשים	המבטחת תחזיר למבוטח את הסכום העולה על 55 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית).	בדיקת צפיפות העצם למבוטחת.	בדיקת צפיפות העצם (לנשים) זכאות: אחת לשלוש שנים
12 חודשים	סכום השווה ל- 85% מההוצאה בפועל לרכישת מדרסים ועד לסכום מירבי בסך	מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב, עפ"י הוראת אורתופד או נוירולוג מומחים, שימוש	מדרסים: השתתפות בהוצאות לרכישת מדרסים זכאות: אחת לשלוש

תקופת אכשרה	זכאות	מקרה מזכה	השירות הרפואי
	370 ש"ח.	במדרסים.	שנים
12 חודשים	<p>הבדיקות התקופתיות כוללות:</p> <p>א. המטולוגיה + כימיה, בדיקת שתן כללית, בדיקת רופא, לחץ דם, תפקוד ריאות, ראייה, שמיעה.</p> <p>ב. ואחת מהבדיקות הבאות: ארגומטריה, ממוגרפיה, גינקולוגיה, אולטרה סאונד בטן, אוסטיאופרוזיס.</p> <p>הבדיקות תבוצענה בהשתתפות עצמית 200 ש"ח. מבוטח שיבצע רק אחת מ- 5 הבדיקות ללא חלק א' – ישלם השתתפות עצמית 100 ש"ח.</p>	<p>מבוטח מעל גיל 18 המעוניין בבדיקות סקר תקופתיות.</p>	<p>בדיקות סקר תקופתיות:</p> <p>השתתפות בהוצאות בדיקות סקר תקופתיות אחת ל- 24 חודשים</p> <p>במכוני הסדר</p>

אביזרים ברכישה
לרכישה אצל ספקים הקשורים עם מנורה מבטחים בהסדר
אין כיסוי לרכישה פרטית אצל ספקים שאינם קשורים עם מנורה בהסדר

תקופת אכשרה	באמצעות מנורה מבטחים (השתתפות עצמית)	
3 חודשים	110 ש"ח	מכשיר למדידת סוכר – גלוקומטר Accutrend Sensor או Accutrend Alfa (פעם ב- 3 שנים)
3 חודשים	55 ש"ח	
3 חודשים	260 ש"ח	מכשיר אוטומטי למדידת לחץ דם (פעם ב- 3 שנים)
3 חודשים	160 ש"ח	מכשיר חצי אוטומטי למדידת לחץ דם (פעם ב- 3 שנים)

אביזרים בהשאלה
להשאלה אצל ספקים הקשורים עם מנורה מבטחים בהסדר
אין כיסוי להשאלה אצל ספקים שאינם קשורים עם מנורה בהסדר

תקופת אכשרה	השתתפות עצמית לחודש	
3 חודשים	22 ש"ח	מכשיר לייצור חמצן
3 חודשים	16 ש"ח	משאבת אינפוזיה (קנגרו)
3 חודשים	165 ש"ח	פולסאוקסימטר
3 חודשים	110 ש"ח	אנפניאה מוניטור קרדיאלי
3 חודשים	88 ש"ח	CPM
3 חודשים	110 ש"ח	מוניטור לניטור צירים בהריון בסיכון

דף הרשימה

מבוטח:

1. חבר ו/או עובד הר"י. **חבר - הזכאי להצטרף להר"י על פי תקנונה וכל עוד הוא חבר הר"י.** בן/בת זוג לרבות ידועה/בציבור של חבר/עובד הר"י וכל ילדיהם עד גיל 21. לעניין סעיף זה, ידועה/בציבור- מי שחי ומקיים חיי משפחה ומשק בית משותף עם חבר/עובד הר"י ובלבד שהאחרון יצהיר על כך בכתב ויסקים כי הוא/היא בלבד יהיו בן/בת הזוג לצורך הכיסוי הביטוחי לכל תקופת הביטוח.
2. ילדיהם של עובדי הר"י וחברי הר"י מעל גיל 21 ו/או הוריהם ו/או אחיהם/אחיותיהם של חברי הר"י ושל עובדי הר"י עד גיל 65 (במועד תחילת הביטוח) ובני משפחותיהם. **בתנאי שמילאו וחתמו על טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת, ובתנאי שהסדירו את תשלום הפרמיה על פי פוליסה זו במלואה באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע מחשבון בנק.**

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 "מנורה-משלים" - "ביטוח בסיסי" ברצף החל מיום 01.04.1995 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת 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.

להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח:

בהתאם להסכם המסחרי	חבר/ת הר"י, בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 21
בהתאם להסכם המסחרי	עובד/ת הר"י בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 21
43.0 ש"ח למשפחה*	ילדים של עובדי/חברי הר"י מעל גיל 21
70.92 ש"ח למשפחה*	הורים ואחים של עובדי/חברי הר"י לרבות עובדי הר"י הפורשים מהר"י בגיל הפרישה הרשמי.
100.0 ש"ח למשפחה*	עובדי הר"י הפורשים מהר"י לפני גיל הפרישה הרשמי

*שני בני זוג (לרבות ידוע/ה בציבור) וכל הילדים עד גיל 21.

המדד היסודי: 11588 נקודות

מבלי לפגוע בכלליות האמור, הכיסוי הביטוחי לגבי כל מבוטח ומבוטח, יסתיים במועד סיום תקופת הביטוח או במועד סיום או ביטול הסכם זה, או בהיכנס הודעת ביטול לפי סעיף 11.3 ו- 11.4 לפרק המבוא וההגדרות לפוליסה 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.

נספח ב'

הצהרת בעל הפוליסה

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

ביטוח בריאות בסיסי לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

שם בעל הפוליסה: ההסתדרות הרפואית בישראל

הנני מצהיר כדלקמן:

1. * [X] בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של המעסיק ו/או בני – זוג של עובדי המעסיק.

[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 יקרו 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.

נספח ג'

הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לעובדים ולחברים

אני הח"מ, מצהיר בזאת כדלקמן:

הפרמיה בגין הביטוח, לכל עובדי/חברי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם אשר יצורפו לביטוח במהלך תקופת הביטוח, ממומנת על ידי בעל הפוליסה.

תשלום דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה ייעשה לאורך כל תקופת הביטוח כהגדרתה בפוליסה ובמידה ויחול שינוי במימון דמי הביטוח על ידי בעל הפוליסה, בחובת בעל הפוליסה להודיע על כך למבטחת לאלתר.

במידה וחבר/עובד יחוב בתשלום כלשהו בגין הביטוח אני הח"מ מתחייב כי העובד/חבר יוחתם על טופס הצטרפות לביטוח ותינתן הסכמתו המפורשת בכתב של המבוטח לגביית התשלום בו הוא נושא בטרם צירפו לרשימת המבוטחים.

למי פונים בעת הצורך?

לרשותך עומדת מחלקת שירות הלקוחות המאושרת 24 שעות ביממה:
חייגי: *2066

נוהל הגשת תביעה

בקרות מקרה ביטוח מתבקש המבוטח לפנות בהקדם למדנס סוכנות לביטוח בטלפון:
03-6380223 או למחלקת שירות הלקוחות באמצעות קו הטלפון הפועל 24 שעות ביממה :
*2066 סוכני הביטוח או המוקד יסייעו למבוטח ויתנו לו את המידע הראשוני לגבי
האפשרויות העומדות לרשותו למימוש זכאותו על פי הפוליסה.

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

פרטים של מדנס סוכנות לביטוח

טל-03-6380223

פקס- 03-6380011

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

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

להזמנת טפסי תביעה ניתן לפנות למדנס סוכנות לביטוח או 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 לקוחות על מנת לתאם עבור המבוטח את המשך הטיפול הרפואי, זאת על פי העדפתו של המבוטח לגבי הרופא המנתח, בית החולים ומועד הניתוח.