

תוכן עניינים

3-20	גילוי נאות
21-41	מבוא והגדרות
42-73	הכיסויים בפוליסה
42-46	פרק א': השתתפות בשכר מנתח פרטי
46-48	פרק ב': חוות דעת רפואית נוספת
48	פרק ג': פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח
48-49	פרק ד': השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית
49-50	פרק ה': סיוע לאחר ניתוח
50	פרק ו': פינוי רפואי מחו"ל
51-54	פרק ז': ביטוח רפואי לנוסעים לחו"ל
54-55	פרק ח': הוצאות נלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל
55-56	פרק ט': השתלות איברים בחו"ל
57-59	פרק י': טיפולים מיוחדים בחו"ל
59-61	פרק י"א: ניתוחים טיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראייה
62	פרק י"ב: מנוי למשדר קרדילוגי
62	פרק י"ג: שמירת רקמות לתקופות ארוכות
63-64	פרק י"ד: בדיקות הקשורות בהריון
64	פרק ט"ו: טיפולים בילדים
65-66	פרק ט"ז 1: שהייה במחלקת/יחידת החלמה
66	פרק ט"ז 2: התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב
66-67	פרק ט"ז 3: שיקום כושר הדיבור
67	פרק ט"ז 4: חיסונים לנוסעים לחו"ל
67-68	פרק ט"ז 5: בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים
68-70	פרק ט"ז 6: מכשירים ואביזרים רפואיים
71-73	פרק ט"ז 7: שירותים רפואיים נוספים
74-75	דף הרשימה (מפרט הפוליסה)
76	הצהרות בעל הפוליסה
77	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 תחל ביום 01/01/2016. יובהר כי בהתאם הוראת המפקח על הביטוח, תנאי הפוליסה נכנסים לתוקף ביום 28/1/2016. עד לתאריך זה ימשיכו לחול תנאי הפוליסה הקודמת.

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 להוריכם עד גיל 65, אחיכם ואחיותיכם, ובני משפחותיהם. תוכנית הביטוח המוצעת הינה ביטוח פרטי במסגרת קבוצתית ואינה מתייבה 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 מס' 03-6380223.**

בברכת בריאות טובה לכם ולבני ביתכם,

תחום בריאות

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

גילוי נאות

חלק א' – ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה:

תנאים	סעיף	
<p>ביטוח בריאות בסיסי לחברי/עובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם רשימת ניתוחים, השתלות וטיפולים מיוחדים מעבר לסל ושירותים אמבולטוריים שונים</p>	שם הפוליסה	כללי
<p>ההסתדרות הרפואית בישראל (להלן: "הר"י")</p>	שם בעל הפוליסה	
<p>מנורה מבטחים ביטוח בע"מ</p>	שם המבטחת	
<p>מבוטחים קיימים</p> <p>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.</p> <p>ההצטרפות לפוליסה עבור עובד/ת בעל הפוליסה, חברה/ בעל הפוליסה, בן/בת זוג של חבר ובן/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.</p> <p>ההצטרפות לפוליסה של 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 הינה וולונטרית כפוף למילוי טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת.</p>	רשאים להצטרף לביטוח	
<p>(א) השתתפות בשכר מנתח פרטי- כמפורט בפרק א' להסכם זה. (ב) חוות דעת רפואית נוספת- כמפורט בפרק ב' להסכם זה. (ג) פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח - כמפורט בפרק ג' להסכם זה. (ד) השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית- כמפורט בפרק ד' להסכם זה. (ה) סיוע לאחר ניתוח- כמפורט בפרק ה' להסכם זה. (ו) פינוי רפואי מחו"ל- כמפורט בפרק ו' להסכם זה.</p>	הכיסויים בפוליסה	

תנאים	סעיף	
<p>(ז) ביטוח רפואי לנוסעים לחו"ל לחברי ולעובדי הר"י, בן/בת הזוג וילדיהם עד גיל 21 הנוסעים עימם- כמפורט בפרק ז' להסכם זה.</p> <p>(ח) הוצאות נלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל- כמפורט בפרק ח' להסכם זה.</p> <p>(ט) השתלות אברים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק- כמפורט בפרק ט' להסכם זה.</p> <p>(י) טיפולים מיוחדים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק- כמפורט בפרק י' להסכם זה.</p> <p>(יא) ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראייה- כמפורט בפרק י"א להסכם זה.</p> <p>(יב) מנוי למשדר קרדילוגי- כמפורט בפרק י"ב להסכם זה.</p> <p>(יג) שמירת רקמות לתקופות ארוכות- כמפורט בפרק י"ג להסכם זה.</p> <p>(יד) בדיקות הקשורות בהריון- כמפורט בפרק י"ד להסכם זה.</p> <p>(טו) טיפולים בילדים- כמפורט בפרק ט"ו להסכם זה.</p> <p>(ט"ז 1) שהייה במחלקת/יחידת החלמה- כמפורט בפרק ט"ז 1 להסכם זה.</p> <p>(ט"ז 2) התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב- כמפורט בפרק ט"ז 2 להסכם זה.</p> <p>(ט"ז 3) שיקום כושר הדיבור- כמפורט בפרק ט"ז 3 להסכם זה.</p> <p>(ט"ז 4) חיסונים לנוסעים לחו"ל- כמפורט בפרק ט"ז 4 להסכם זה.</p> <p>(ט"ז 5) בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים- כמפורט בפרק ט"ז 5 להסכם זה.</p> <p>(ט"ז 6) מכשירים ואביזרים רפואיים- כמפורט בפרק ט"ז 6 להסכם זה.</p> <p>(ט"ז 7) שירותים רפואיים נוספים- כמפורט בפרק ט"ז 7 להסכם זה.</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>01/01/2016-31/12/2020</p> <p>יובהר, כי בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, תנאי הפוליסה נכנסים לתוקף ביום 28/01/2016. עד לתאריך זה ימשיכו לחול תנאי הפוליסה הקודמת.</p>	<p>משך תקופת הביטוח</p>	

תנאים	סעיף	
<p>במקרה עזיבת מקום העבודה, או בעת סיום הזכאות לביטוח כחבר הזכאי לביטוח, או בעת סיום תקופת הביטוח ואי חידושו אצל המבטחת או בחברה אחרת לכלל המבוטחים או לחלקם - המוקדם מבניהם, יהיו רשאים להמשיך בביטוח פרט עם כיסויים דומים בהנחה של 25% ל-5 שנים, וזאת בתנאים ובפרמיה שיהיו קיימים אצל המבטחת באותה עת, ללא צורך בחיתום רפואי לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים, אם יבקשו זאת תוך 90 יום ממועד העזיבה/ סיום תקופת הביטוח, לפי העניין.</p> <p>יובהר כי, ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.</p> <p>תחילת תקופת הביטוח בביטוח הפרט תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.</p>	<p>המשכיות</p>	
<p>אין</p>	<p>תנאים לחדוש אוטומטי</p>	
<p>תקופה רציפה של 90 יום לגבי כיסויי הפוליסה, למעט הכיסויים הבאים בהם תחול תקופת אכשרה כמפורט להלן: תקופה רצופה של עד 12 חודשים לגבי בדיקות הקשורות בהריון, תקופה של 180 יום לגבי שיקום כושר הדיבור, תקופה של עד 12 חודשים לגבי מכשירים ותקופה של עד 12 חודשים לגבי שירותים רפואיים נוספים החלה אך ורק על מצטרפים כהגדרתם בסעיף 2.3.3 לפוליסה. 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' (השתלות איברים בחו"ל).</p>	<p>תקופת אכשרה</p>	
<p>אין</p>	<p>תקופת המתנה</p>	

תנאים	סעיף											
<p>המבוטח נדרש בהשתתפות עצמית בפרקים הבאים: פרק א' - השתתפות בשכר מנתח פרטי- יש, כמפורט בכיסוי. פרק ב' - חוות דעת רפואית נוספת - יש, כמפורט בכיסוי. פרק ה' - סיוע לאחר ניתוח - יש, כמפורט בכיסוי. פרק ד' - השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית- יש, כמפורט בכיסוי. פרק ז' - ביטוח רפואי לנוסעים לחו"ל לחברי ועבדי הר"י, בן/בת הזוג וילדיהם עד גיל 21 הנוסעים עימם - יש, כמפורט בכיסוי. פרק י"ב - מנוי למשדר קרדיולוגי - יש, כמפורט בכיסוי. פרק י"ג - שמירת רקמות לתקופות ארוכות- יש, כמפורט בכיסוי. פרק י"ד - בדיקות הקשורות בהריון - יש, כמפורט בכיסוי. פרק ט"ו - טיפולים בילדים- יש, כמפורט בכיסוי. פרק ט"ז 1 - שהיה במחלקת / יחידת החלמה- יש, כמפורט בכיסוי. פרק ט"ז 2 - התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב- יש, כמפורט בכיסוי. פרק ט"ז 3 - שיקום כושר הדיבור- יש, כמפורט בכיסוי. פרק ט"ז 4 - חיסונים לנוסעים לחו"ל - יש, כמפורט בכיסוי. פרק ט"ז 5 - בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים- יש, כמפורט כיסוי. פרק ט"ז 6 - מכשירים ואביזרים רפואיים- יש, כמפורט בכיסוי. פרק ט"ז 7 - שירותים רפואיים נוספים- יש, כמפורט בכיסוי.</p>	<p>השתתפות עצמית</p>											
<p>אין חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח והודיע המבוטח למבטחת או לבעל הפוליסה, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הביטוח או מועד השינוי, לפי העניין, על ביטול הביטוח לגבי אותו מבוטח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.</p>	<p>שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח</p>	<p>שינוי תנאים</p>										
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="90 1054 333 1094">בהתאם להסכם המסחרי</td> <td data-bbox="333 1054 777 1094">חבר/ת הר"י, בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 21</td> </tr> <tr> <td data-bbox="90 1094 333 1134">בהתאם להסכם המסחרי</td> <td data-bbox="333 1094 777 1134">עובד/ת הר"י בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 21</td> </tr> <tr> <td data-bbox="90 1134 333 1174">* למשפחה</td> <td data-bbox="333 1134 777 1174">ילדים של עובד/חברי הר"י מעל גיל 21</td> </tr> <tr> <td data-bbox="90 1174 333 1214">* למשפחה</td> <td data-bbox="333 1174 777 1214">הורים /אחים של עובד/חברי הר"י</td> </tr> <tr> <td data-bbox="90 1214 333 1257">* למשפחה</td> <td data-bbox="333 1214 777 1257">גמלאי/אלמן/אלמנה של חבר/גימלאי הר"י</td> </tr> </table>	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	* למשפחה	ילדים של עובד/חברי הר"י מעל גיל 21	* למשפחה	הורים /אחים של עובד/חברי הר"י	* למשפחה	גמלאי/אלמן/אלמנה של חבר/גימלאי הר"י	<p>גובה הפרמיה</p>	<p>פרמיות</p>
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											
* למשפחה	ילדים של עובד/חברי הר"י מעל גיל 21											
* למשפחה	הורים /אחים של עובד/חברי הר"י											
* למשפחה	גמלאי/אלמן/אלמנה של חבר/גימלאי הר"י											
<p>* שני בני זוג (לרבות ידוע/ה בציבור) וכל הילדים עד גיל 21. * יובהר כי המחיר לגמלאי או לגמלאי ובני משפחתו זהה. וכן המחיר לאלמן או לאלמן ובני משפחתו זהה. המדד היסודי: 12292 נקודות</p>												

תנאים	סעיף	
קבועה	מבנה הפרמיה	
לאחר 36 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח (להלן: "תקופת החשבון") תהא רשאית המבטחת להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם וזאת על פי ניסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה המפורטת להלן: הכנסות: 85% מכל הפרמיות ששולמו בתקופת החשבון, כשהן משוערכות למדד. הוצאות: סך כל הסכומים ששולמו עבור עמלות סוכן, תביעות (לרבות כתבי שירות) בגין מקרי ביטוח שאירעו בתקופת החשבון, ובגין תביעות תלויות (לרבות IBNR), כשהם משוערכים למדד. הפסדים: הסכום בו עולות ההוצאות על ההכנסות. בכל מקרה, שיעור ההתאמה לא יעלה על 20% מדמי הביטוח הקיימים באותו מועד. אם נשאה תכנית הביטוח הפסדים, כאמור לעיל, תותאם הפרמיה בהתאם לשיעור הנדרש למניעת הפסדים ביתרת תקופת הביטוח (להלן: "הפרמיה החדשה"). לא נשאה תכנית הביטוח הפסדים כאמור לעיל, לא יחול שינוי בפרמיות שנקבעו לתקופת החשבון למעט הצמדתן למדד.	שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	
<u>ביטול הפוליסה</u> ביטול על ידי המבוטח המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבטח.	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	תנאי ביטול
<u>ביטול על ידי המבטחת</u> המבטחת תהיה רשאית לבטל את הפוליסה בהתאם להוראות חוק חוזה הביטוח	תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבטחת	
<u>חריג מצב רפואי קודם</u> 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 להלן. סייג בשל מצב רפואי קודם, לרבות לגבי מום או מחלה מולדים ו/או מחלות תורשתיות אשר אובחנו אצל המבוטח קודם כניסתו לביטוח, לעניין מבוטח שגילו במועד תחילת תקופת הביטוח הוא –	החרגה בגין מצב רפואי קיים	חריגים

תנאים	סעיף	
<p>פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.</p> <p>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 בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.</p> <p>הסייג בשל מצב רפואי קודם לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטחת על מצב בריאותו הקודם, והמבטחת לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח. אם נשאל המבוטח בהצהרת הבריאות על מצב בריאות ולא גילה את מצבו, יחולו לגביו כללי הגילוי על פי הוראות כל דין.</p> <p>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.</p>		
<p>כמפורט בסעיפים 9-10 לתנאים הכלליים בפוליסה, וכן בפרקים כמפורט להלן: פרק א'- 8 פרק ד'- סעיף 3 פרק ז'- סעיף 6 פרק י"ג- סעיף 2</p>	<p>סייגים לחבות המבטחת</p>	
<p>המבוטח יוכל לקבל מידע על פירוט תגמולי הביטוח באתר האינטרנט של המבטחת www.menoramivt.co.il ו/או באמצעות מוקד המידע הטלפוני של המבטחת שמספרו 2000*.</p>	<p>פירוט תגמולי ביטוח</p>	
<p>מבוטח יקר, אנו מציעים לך לבחון, האם הנך מבוטח/ת בפוליסת בריאות נוספת, והאם את/ה זקוק/ה ליותר מפוליסת בריאות אחת.</p>	<p>כפל ביטוח</p>	
<p>כמפורט בנוהל הגשת תביעה בסופה של החוברת.</p>	<p>אופן הגשת תביעה</p>	

חלק ב' – ריכוז הכיסויים בפוליסה:

הסכומים הנקובים בש"ח הינם צמודי מדד ונכונים למדד חודש מאי 2015 שפורסם ביום 15/06/2015.

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	
פרק א'- השתתפות בשכר מנתח פרטי					
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף/ תחליפי	-	שיפוי	-	ניתוחים מסוג א' כמפורט בפוליסה, עבורם לא קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר- שיפוי עד 30,180 ש"ח תלוי בסוג הניתוח.
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף/ תחליפי	-	שיפוי	-	ניתוחים מסוג א' כמפורט בפוליסה, עבורם קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר- שיפוי עד 19,871 ש"ח תלוי בסוג הניתוח.
יש קיצוח, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף/ תחליפי	-	שיפוי	50%	ניתוחים מסוג ב' 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- 16,298 ש"ח. ניתוח באשפוז יום - החזר של עד 50% משכר המנתח הפרטי אך לא יותר מ- 5,431 ש"ח.

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	
יש קיצוץ, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף	-	שיפוי	50%	שתלים - בהתאם לרשימה המפורטת בפוליסה, עד 15,809 ש"ח בשנה
יש קיצוץ, בכפוף לתנאי הפוליסה	מוסף	-	שיפוי	50%	עדשה בנייתווח הרחקת קטרקט- עד 424 ש"ח
פרק ב' – חוות דעת רפואית נוספת בארץ ובח"ל					
יש קיצוץ בכפוף לתנאי ההסכם	מוסף	-	שיפוי	30%	חוות דעת רפואית לצורך ניתוח המפורט בפוליסה או בשל גילוי מחלה ממארת או בשל מצב רפואי חריג – עד 1,493 ש"ח לחו"ד ראשונה או עד 753 ש"ח לחו"ד נוספת. המבוטח זכאי לחוות דעת אבחונית אחת ולשתי חוות דעת נוספות לקביעת דרכי הטיפול בגין אותה מחלה. <u>שברשימה לתקופת ביטוח.</u>
יש קיצוץ, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	25%	התייעצות לא לצורך ניתוח - עד 3 התייעצויות בשנה ועד 566 ש"ח להתייעצות.
יש קיצוץ בכפוף לתנאי ההסכם	תחליפי	בהתייעצות בחו"ל לצורך ניתוח שלא ברשימת הניתוחים נדרש אישור מראש	שיפוי	25% - במידה והייעוץ בוצע שלא שלא ע"י מומחה בהסכם	חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל לצורך ניתוח המפורט בפוליסה או בשל גילוי ממחלה ממארת. במידה והייעוץ ניתן באמצעות מומחה בחו"ל בהסכם עם המבטחת-

קיצו 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	
		לקבלת חוות דעת ומימון כרטיס הטיסה.		או 20% לפי העניין	שיפוי מלא. בכל מקרה אחר- עד 75% מגובה הייעוץ ולא יותר מ- 5,000 ש"ח. וכן במידת הצורך- שיפוי בגין כרטיס טיסה לחו"ל. לחלופין- התייעצות אחת בשנה באמצעות עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל 80% מההוצאות בגין ההתייעצות, אך לא יותר מ- 4,000 ש"ח להתייעצות ו- 4,000 ש"ח לטיסה במקרה הצורך
פרק ג' - פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח					
-	מוסף	-	פיצוי	-	יורשיו החוקיים של המבוטח יהיו זכאים לתגמולי ביטוח בגין מותו ח"ו של המבוטח בסך כולל של 42,007 ₪
פרק ד' - השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופנית					
יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה.	משלים	בכפוף לאישור מקופת החולים כי בקשת המבוטחת למימון הטיפול נדרחתה על די הקופה.	שיפוי	25%	75% מההוצאות הממשיות בפועל אשר הוציאה המבוטחת בגין טיפול ההפריה, אך לא יותר מסך 9,000 ש"ח לכל תקופת הביטוח

קיצו 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	
פרק ה' – סיוע לאחר ניתוח					
יש קיצו בכפוף לתנאי ההסכם	תחליפי/ מוסף	-	שיפוי	15% להוצאות בגין אחות	שמירה פרטית של אחות- 85% מההוצאה בפועל ועד 395 ש"ח ליום לתקופה של עד 8 ימי אשפוז בבית חולים.
-	מוסף		פיצוי	-	פיצוי בסך 218 ש"ח בגין כל יום אשפוז בפועל החל מהיום השישי לאשפוז, ועד לסה"כ של 15 יום.
פרק ו' – פינוי רפואי מחו"ל					
יש קיצו בכפוף לתנאי ההסכם	מוסף/ תחליפי	אישור מראש או בדיעבד להסכמת המבטחת להטסה ולהפעלת הצוות הרפואי המלווה.	שיפוי	-	שיפוי בגין התשלום ששילם המבוטח עבור שינויי הטיסה ובגין התשלום לצוות הרפואי המלווה עד לסך כולל של 55,603 ש"ח.
פרק ז' - ביטוח רפואי לנוסעים לחו"ל לחברי ולעובדי הר"י, בן/בת הזוג וילדיהם עד 21					
יש קיצו בכפוף לתנאי ההסכם	מוסף/ תחליפי	-	שיפוי	-	הוצאות בעת אשפוז בחו"ל: שיפוי בגין הוצאות אשפוז עד 5,558 ש"ח ליום בעבור עד 100 ימי אשפוז. שיפוי בגין שכר מנתח וטיפול נמרץ, בדיקות וצילומי רנטגן - עד לסך כולל של 55,603 ש"ח.

קיצו 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	
					<p>שיפוי בגין הוצאות העברה לבית חולים קרוב, שיפוי בגין הוצאות הטסה רפואית – סה"כ לסעיפים הנ"ל סך של 859,889 ש"ח. במקרה של מבוטח מעבר לגיל 75 הסכום המרבי עד 417,033 ש"ח.</p> <p>הוצאות רפואיות בחו"ל שלא בעת אשפוז: תשלום לרופאים, בדיקת אבחון, אביזר רפואה בהשאלה עקב תאונה. תרופות: תרופה בהוראת רופא מטפל ובכמות סבירה כנדרש. טיפול חרום בשיניים עד לסך 1,667 ש"ח. סה"כ ההתחייבות המרבית של המבטחת לפי כיסוי זה לא תעלה על סך 5,558 ש"ח.</p> <p>תאונה בחו"ל שתוצאתה מות המבוטח: זכאות ליורשי המבוטח שגילים בן 18 ל-75 עד 55,603 ש"ח.</p> <p>הוצאות מיוחדות: -העברת מבוטח הנפגע</p>

קיצו 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	
					<p>ממקום הימצאו לבית חולים קרוב, בכלי תחבורה המתאים למצבו הפיסי ובליווי רפואי. עד 16,680 ש"ח לפינוי אווירי אך אינו מוגבל לפינוי יבשתי.</p> <p>החזר בגין הוצאות עד לסך של 2,000 ₪, בשל שהייה נוספת של המבוטח בבתי מלון בחוץ לארץ, מעבר לתקופת הביטוח, אם נמסרה חוות דעת שאילולא השהות הנוספת עלולים חיי המבוטח להיות בסכנה;</p> <p>החזר בגין הוצאות נסיעה נוספות שנגרמו למבוטח, עד לסכום ביטוח מרבי בסך 3,000 ש"ח, אם נמסרה חוות דעת על חיוניות החזרת המבוטח למקום מגוריו הקבוע עקב האירוע;</p>
פרק ח' – הוצאות נלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל					
אין קיצו	משלים	-	שיפוי	-	הוצאות החולה והוצאות מלווה אחד, עד לסך כולל של 83,405 ש"ח
פרק ט' - השתלות אברים בחו"ל					
יש קיצו, בכפוף	משלים		שיפוי	-	שיפוי עד לגובה של 1,000,000 ש"ח בגין

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	
לתנאי הפוליסה					<p>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, דמי אשפוז בבית החולים. בכפוף למיצוי זכויות המבוטח על פי חוק הבריאות.</p>
פרק י – טיפולים מיוחדים בחו"ל					
יש קיצוץ בכפוף לתנאי הפוליסה	משלים	-	שיפוי	-	<p>כרטיס טיסה לרופא במקרה שנדרש ע"י שלטונות התעופות כי למבוטח יתלווה גם רופא במהלך טיסתו- עד סך כולל של 2,617 ש"ח, הוצאות סבירות למגורים ולכלכלה עד לסך כולל של 2,617 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 וכל</p>

קיצו 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	
					הוצאה אחרת בחו"ל הנובעת ישירות מהוראה רפואית המחייבת את ביצועה בחו"ל. הוצאות רפואיות הנדרשות עבור המשך טיפול בחו"ל עד לסך 52,387 ש"ח למקרה ביטוח. סכום הביטוח המקסימלי בפרק זה הוא 645,173 ש"ח.
פרק יא' – ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראיה					
יש קיצו, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	-	שיפוי עד לסך של 516,138 ש"ח.
פרק י"ב- מנוי למשדר קרדילוגי					
-	תחליפי/ מוסף	-	שיפוי	25%	75% מההוצאות בפועל עבור דמי שרות המנוי אך לא יותר מסך 135 ש"ח לחודש, לתקופה מרבית של 18 חודשים.
פרק י"ג- שמירת רקמות לתקופות ארוכות					
-	מוסף	-	שיפוי	50%	עד 461 ש"ח ובלבד שלא יעלה על 50% מההוצאות בפועל.
פרק י"ד- בדיקות הקשורות בהריון					
יש קיצו, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי/ מוסף	-	שיפוי	50%	סיקור גנטי - חלקה של המבטחת לא יעלה על 50% ממחיר הבדיקה לפי תעריף משרד הבריאות

קיצו 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	
					<p>ועד 3,000 ש"ח לכל הבדיקות.</p> <p>בדיקת מי שפיר/סיסי שליה/ורפיפי- שיפוי עד לגובה של 2,850 ש"ח ולא יעלה על 50% מההוצאות בפועל. במידה והבדיקה בוצעה במכון הסכם, תזוכה המבוטחת בגין הסכום העודף מעל לסך של 660 ש"ח.</p> <p>סקירת מערכות- סכום השווה ל- 50% מההוצאה בפועל ועד לסכום מירבי בסך 320 ש"ח לכל עובר.</p> <p>הבראה ליולדת- סכום השווה ל- 75% מההוצאה בפועל עבור דמי הבראה עד לסכום מירבי בסך 275 ש"ח לכל יום ועד 3 ימים.</p>
פרק ט"ו- טיפולים בילדים					
	מוסף	-	שיפוי	40%	<p>במקרה של בעיות הרטבה - שיפוי חד פעמי בשיעור של 60% מהוצאותיו אך לא יותר מאשר 540 ש"ח.</p>
יש קיצו, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	25%	<p>במקרה של בעיות התפתחות - 75% מעלות הטיפול, אך לא יותר מ- 110 ש"ח לטיפול. השיפוי ינתן עבור עד 45 טיפולים לשנת ביטוח.</p>

קיצו 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	
פרק ט"ז 1- שהיה במחלקת / יחידת החלמה					
יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי		שהיה במחלקת / יחידת החלמה לאחר אירוע לב שיפוי בגין הוצאות עבור שהיה במחלקת / יחידת ההחלמה עבור המבוטח ובן/בת זוגו בגובה 50% מהתשלומים, ולא יותר מ 340 ש"ח ליום עד 30 יום במקרה של השתלת לב, ולתקופה שלא תעלה על 10 ימים במקרים של ניתוח לב פתוח או אוטם שריר לב.
יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	25%	שהיה במחלקת / יחידת החלמה לאחר ניתוח - שיפוי בגן הוצאות שהיה במחלקת / יחידת ההחלמה עבור המבוטח ובן/ בת זוגו בגובה 75% מהתשלומים, אך לא יותר מ - 260 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					
יש קיזוז, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	50%	50% מההוצאות אך לא יותר מ -230 ש"ח לחודש למשך תקופה רצופה של עד 12 חודשים, המתחילה לכל המאוחר תוך 12 חודשים ממועד אירוע הלב.

קיצו 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	
פרק ט"ז 3- שיקום כושר הדיבור					
יש קיצו, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	10%	שיפוי לעד 90% מההוצאה בפועל עבור ביצוע הטיפולים, עד לסכום מרבי של 120 ש"ח לכל טיפול, עד 10 טיפולים בשנה
פרק ט"ז 4- חיסונים לנוסעים לחו"ל					
-	מוסף	-	שיפוי	-	במקרה נסיעה לצורך השתתפות המבוטח בכינוס מדעי - המבוטח ובן/בת זוגו יהיו זכאים לשיפוי עד לסכום מרבי של 1,350 ש"ח.
-	מוסף	-	שיפוי	25%	במקרה נסיעה אחרת המבוטח ובני משפחתו יהיו זכאים לשיפוי בגין 75% מההוצאה עד לסכום מרבי של 240 ש"ח לנפש.
פרק ט"ז 5- בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים					
יש קיצו, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	-	שיפוי עד לסכום מרבי של 2,715 ש"ח למקרה ביטוח.
פרק ט"ז 6- מכשירים ואביזרים רפואיים					
יש קיצו, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	בהתאם למפורט בפוליסה לכל אחד ממכשירים /אביזרים השונים	חגורה מתקנת, מכשור ליישור הגב, חגורת בקע, מכשיר אינהליציה, מכשיר CPAP.

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	
פרק ט"ז 7- שירותים רפואיים נוספים					
יש קיצוץ, בכפוף לתנאי הפוליסה	תחליפי	-	שיפוי	כמפורט בפוליסה בהתאם לשירות הרפואי הניתן	הוצאות נסיעה לתושבי אילת, בדיקות גנטיות, חיסונים נגד צהבת/ אבעבועות רוח 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.

יצוין כי ההגדרות תקפות ליום פרסומו.

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

ביטוח בריאות בסיסי

לחברי/עובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

רשימת ניתוחים, השתלות וטיפולים מיוחדים מעבר לסל ושירותים אמבולטוריים שונים

מבוא והגדרות

1. מבוא:

פוליסה זו מעידה כי תמורת תשלום דמי ביטוח או הסכמה לתשלום דמי ביטוח, כמפורט בהסכם ו/או בדף פרטי הביטוח, ובכפיפות לתנאים, להוראות, לסייגים ולחריגים המפורטים להלן בכל פרק מפרקי הביטוח, תשפה המבטחת את המבוטח ו/או תשלם ישירות לספקי 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 ביטוח בע"מ")

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

2.3. מבוטח הינו-

2.3.1. עובד הר"י ו/או חבר הר"י הזכאי להצטרף לביטוח על פי תקנונה ונהליה.

2.3.2. בן/בת זוג לרבות ידועה/ה בציבור של חבר/עובד הר"י וכל ילדיהם עד גיל 21. לעניין סעיף זה, ידועה/ה 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.

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") אשר מילאו וחתמו על טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות לשביעות רצונה של המבטחת, והסדירו את

הוראת תשלום הפרמיה על פי פוליסה זו באמצעות כרטיס אשראי או הוראת קבע מחשבון בנק.

2.3.4. **"מבוטחים קיימים"** הינם מי שהיו מבוטחים בביטוח "ביטוח

בריאות בסיסי" ברצף החל מיום 1/12/2010 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת עבור חברי/עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 28/01/2016 (להלן: **"הביטוח הקודם"**).

2.4. **בני משפחה** - בן/בת זוג לרבות ידועה/ה 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 ונהליה.

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 מבוטחים 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 אגף האמור לעיל, לא יחולו ההוראות בדבר תקופת אכשרה על הכיסויים המפורטים בפרק ט' (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 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.

2.12. **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 או באמצעות M.R.T, לאבחון או לטיפול, הראיית איברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור או אנגיוגרפיה, וכן ריסוק אבני כלייה או מרה. "הגדרת ניתוח נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".
- 2.13. **ניתוח אלקטיבי** - ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).
- 2.14. **מועד תחילת הביטוח** - המועד בו התקבל המבוטח לביטוח, אך לא לפני 01/01/2016. על אף האמור, מועד תחילת הביטוח של מבטחים קיימים ייחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לעניין הכיסויים והסכומים החופפים. **יובהר, כי בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, תנאי הפוליסה נכנסים לתוקף ביום 28/01/2016. עד לתאריך זה ימשיכו לחול תנאי הפוליסה הקודמת.**
- 2.15. **הפרמיה או דמי ביטוח** - הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לפי העניין, לשלם למבטחת, על פי תנאי הפוליסה, כמפורט בדף פרטי הביטוח ו/או בהסכם.
- 2.16. **דף פרטי ביטוח** - דף המצורף לפוליסה, המהווה חלק בלתי נפרד מהפוליסה, והכולל, בין היתר, את מספר הפוליסה, פרטי בעל הפוליסה, פרטי המבוטחים, מועד תחילת תקופת הביטוח ותקופת הביטוח לגבי כל מבוטח, דמי הביטוח, שם סוכן הביטוח במידה וקיים, הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבוטח מסויים לרבות חריגים בשל מצב רפואי במידה וקיימים, תוספות חיתומיות במידה וקיימות, וכיו"ב. **דף פרטי ביטוח זה מהווה את הסכמת המבטחת בכתב לבטח את המבוטחים שפרטיהם רשומים בו בכיסויים הביטוחיים הרשומים על שמם, והכל בסייגים הרשומים בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.**
- 2.17. **הפרשי הצמדה** - כהגדרתם בחוק פסיקת ריבית והצמדה, תשכ"א - 1961.
- 2.18. **מדד** - מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות 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 וששימושו על ידי המבטחת לצורכי פוליסה זו יאושר על ידי המפקח על הביטוח.
- 2.19. **המדד היסודי** - מדד חודש מאי 2015 שפורסם ביום 15/06/2015.

- 2.20. **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.
- 2.21. **יום אשפוז** - משך הזמן המוגדר כיום אשפוז על פי המקובל בבתי חולים בישראל ולא פחות מ - 24 שעות.
- 2.22. **שנת ביטוח** - תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה תחילתה בתאריך תחילת הביטוח כאמור בדף פרטי הביטוח.
- 2.23. **הצעת הביטוח** - טופס ההצעה המהווה בקשה להצטרף לביטוח על פי פוליסה זו למצטרפים לביטוח כהגדרתם בסעיף 2.3.3 כשהוא מלא על כל פרטי וחתום על ידי המועמד לביטוח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחידי 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.
- 2.24. **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.**
- 2.25. **מצב רפואי קודם** - מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה. לעניין זה, "אובחנו במבוטח" - בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.
- 2.26. **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.
- 2.27. **תקנות ביטוח בריאות קבוצתי** - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי), התשס"ט-2009.
- 2.28. **המפקח** - המפקח על הביטוח במשרד האוצר.
- 2.29. **שתל** - כל אבזר, 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 (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), **למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה.**

3. תוקף הפוליסה, ההצטרפות לביטוח:

הפוליסה תכנס לתוקפה החל ממועד תחילת הביטוח כמצוין בדף פרטי הביטוח ובהתאם לאמור להלן:

3.1. ההצטרפות לפוליסה עבור עובד/ת בעל הפוליסה, חבר/ה 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.

3.2. הצטרפות מבוטחים כהגדרתם בסעיף 2.3.3 הינה וולונטרית והפוליסה תיכנס לתוקפה החל ממועד תחילת הביטוח המצוין לגבי מבוטחים אלה בדף פרטי הביטוח שיישלח אליהם לאחר קבלתם לביטוח.

3.3. 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

3.4.1. מוטלת על מבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

3.4.1.1. לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד.
3.4.1.2. לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי;

3.4.2. לא תצרפו המבטחת, לביטוח זה, אלא על פי הסכמתו המפורשת

מראש, אשר תועדה, ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (להלן: פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבוטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבוטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד ואם המבוטח הוא ילדו או בן-זוגו של עובד בעל הפוליסה, המבטחת רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו או בן/בת-זוגו.

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 מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה.

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

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

3.7 מבוטחים חדשים שאינם מבוטחים קיימים, יצטרפו לביטוח לפי האמור להלן:

3.7.1 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.

3.7.2 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.

3.7.3 שולמו למבטחת כספים על חשבון דמי הביטוח, לפני שהמבטחת הודיעה 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.

3.7.4 דחיית הצעת הביטוח או חזרה למבוטח בהצעת ביטוח נגדית תיעשה לכל היותר שלושה חודשים מיום קבלתו לראשונה של

תשלום בגין דמי הביטוח, או אם פנתה המבטחת למבוטח בבקשה להשלמת נתונים - שישה חודשים מיום קבלתו לראשונה של תשלום בגין דמי הביטוח. אם המבטחת לא דחתה את הצעת הביטוח או לא חזרה למבוטח בהצעת ביטוח נגדית בתוך המועד הרלוונטי האמור, או אם המבטחת לא הודיעה למבוטח על קבלתו לביטוח לפי תנאי הצעת הביטוח בתוך המועד הרלוונטי האמור, המבוטח יתקבל לביטוח בתנאים הקבועים בהצעת הביטוח, והמבטחת לא תהיה רשאית לשנותם עד תום תקופת הביטוח והכל בכפוף לתנאי הפוליסה.

3.7.5.

במידה ומקרה הביטוח אירע מיום קבלתו לראשונה של תשלום בגין דמי הביטוח ועד למועד בו הייתה המבטחת אמורה להודיע למבוטח על קבלתו לביטוח לפי תנאי הצעת הביטוח תוך שלושה או שישה חודשים, לפי העניין, כמפורט בסעיף 3.7.4 לעיל, תשלם המבטחת למבוטח את תגמולי הביטוח בהתאם לכיסוי הביטוחי הכלול בפוליסה, בהתאם להוראות החיתום הרפואי הקיימות אצל המבטחת לגבי מבוטחים בעלי מאפיינים דומים, והכל בסייגים שהיו אמורים להירשם בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.

4. תקופת הביטוח

4.1. תקופת הביטוח הינה 5 שנים החל מיום 01/01/2016 ועד ליום 31/12/2020. 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 חו"ח, 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 ולא תעלה על 5 שנים.

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 גמלאים ובני משפחותיהם ימשיך בהתאם לתנאי הפוליסה הקולקטיבית, לרבות השינויים שיבוצעו ע"י הר"י, ובלבד שהגמלאים והאלמנים/אלמנות יבקשו להמשיך בביטוח תוך 3 חודשים ממועד הפרישה או ממועד הפטירה של העובד/חבר הר"י לפי העניין, וישלמו את הפרמיה כפי שתיקבע מעת לעת באמצעות הוראת קבע אישית. לעניין מועד הפטירה של העובד/חבר הר"י - ממועד רישום הפטירה בהר"י.

4.6. המבטחת לא תבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבוטח בסכום העולה על 15 שקלים חדשים במצטבר לכל מבוטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבוטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבוטח הוא ילדו או בן זוגו של חבר בקבוצת המבוטחים - המבטחת רשאית להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו חבר להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו ; לעניין זה, העלאה של דמי ביטוח - לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבוטח; לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבוטח, במלואה או בחלקה או הרחבתה ולמעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה; במהלך תקופת הביטוח - בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח; במועד חידוש הביטוח הקבוצתי - בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח.

5. המשכיות בתום תקופת הביטוח:

במקרה עזיבת מקום העבודה, או בעת סיום הזכאות לביטוח כחבר הזכאי לביטוח או בעת סיום תקופת הביטוח ואי חידושו אצל המבטחת או בחברה אחרת לכלל המבוטחים או לחלקם - המוקדם מביניהם, יהיו רשאים להמשיך בביטוח פרט עם כיסויים דומים בהנחה של 25% ל-5 שנים, וזאת בתנאים

ובפרמיה שיהיו קיימים אצל המבטחת באותה עת, ללא צורך בחיתום רפואי לגבי הכיסויים וסכומי הביטוח החופפים, אם יבקשו זאת תוך 90 יום ממועד העזיבה/ סיום תקופת הביטוח, לפי הענין.
יובהר כי, ייתכן והמעבר לפוליסה הפרטית יהיה כרוך בהעלאת פרמיה משמעותית למבוטח.
תחילת תקופת הביטוח בביטוח הפרט תהיה למפרע מיום הפסקת הביטוח הקבוצתי.

6. התאמת פרמיה

לאחר 36 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח (להלן: "תקופת החשבון") תהא רשאית המבטחת להתאים את גובה דמי הביטוח לכלל המבוטחים לגבי יתרת תקופת ההסכם וזאת על פי נסיון התביעות ובהתאם לנוסחת התאמת הפרמיה המפורטת להלן:

הכנסות: 85% מכל הפרמיות ששולמו בתקופת החשבון, כשהן משוערכות למדד.

הוצאות: סך כל הסכומים ששולמו עבור עמלות סוכן, תביעות (לרבות כתבי שירות) בגין מקרי ביטוח שאירעו בתקופת החשבון, ובגין תביעות תלויות (לרבות IBNR), כשהם משוערכים למדד.

הפסדים: הסכום בו עולות ההוצאות על ההכנסות.

בכל מקרה, שיעור ההתאמה לא יעלה על 20% מדמי הביטוח הקיימים באותו מועד.

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

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

7. ביטול הפוליסה וחידושה

7.1 ביטול בעקבות חידוש או שינוי במהלך תקופת הביטוח

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, כאמור בסעיף 3.4.2, 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.

7.2. ביטול הפוליסה על ידי המבוטח

המבוטח רשאי בכל עת לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבטח והביטול ייכנס לתוקפו עם קבלת ההודעה על ידי המבוטח.

7.3.

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

לעניין סעיף זה, "לא התקבלה הסכמה" - למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה המבוטח לא הביע את הסכמתו המפורשת.

7.4.

על אף האמור בסעיף 4.4 לעיל, פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, מבטחת תהיה רשאית שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

8. חובת הגילוי

8.1.

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

8.2.

הציגה המבטחת למבוטח לפני כריתת הפוליסה, בטופס של הצעת הביטוח או בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את הפוליסה בכלל או לכרות אותה בתנאים שבה (להלן – "עניין מהותי"), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה. שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה

בנייהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם הייתה סבירה בעת כריתת החוזה הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

8.2.1. ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה מלאה וכנה, רשאית המבטחת בתוך 30 ימים מהיום שנודע לה על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את הפוליסה בהודעה בכתב למבוטח ולבעל הפוליסה. דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטחת, יושבו למשלם, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

8.2.2. קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטלה הפוליסה מכוח האמור לעיל, אין המבטחת חייבת אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משולמים כמקובל אצלה לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והיא פטורה כליל בכל אחת מאלה:

8.2.2.1. התשובה ניתנה בכוונת מרמה.

8.2.2.2. מבטח סביר לא היה מתקשר על פי פוליסה זו אף בדמי ביטוח גבוהים יותר אילו ידע את המצב לאמיתו. במקרה זה, דמי הביטוח ששולמו בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטחת – יושבו למשלם.

8.3. סעיף 8.2 לעיל, לא יחול במקרים הבאים אלא אם התשובה שלא הייתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

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

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

8.4. תאריך לידתו של המבוטח הוא ענין מהותי עליו חלה חובת גילוי כאמור בסעיף זה.

9. חריגים לאחריות המבטחת:

9.1. 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:

9.1.1. מקרה הביטוח אירע לפני תחילת תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח. יובהר כי מועד תחילת הביטוח של מבוטחים קיימים, יחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים בשני הביטוחים. כמו כן מבוטחים קיימים יהיו פטורים מתקופת אכשרה נוספת בגין הכיסויים החופפים.

9.1.2. 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.

9.1.3. מקרה הביטוח נגרם עקב ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית מכוונת, אלכוהוליות, 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.

9.1.4. 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.

9.2. סייג בשל מצב רפואי קודם:

9.2.1. 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 ממקרה ביטוח, אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר אירע למבוטח

בתקופה שבה חל הסייג, כמפורט בסעיפים 9.2.2.1

ו- 9.2.2.2 - להלן.

9.2.2. 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:

- 9.2.2.1 פחות מ- 65 שנים - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.
- 9.2.2.2 65 שנים או יותר - יהיה תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה מתחילת תקופת הביטוח.
- 9.2.3 על אף האמור בסעיף 9.2.2 לעיל, הסייג הנקוב בסעיף 9.2 בשל מצב רפואי מסוים שפורט בדף פרטי הביטוח לגבי מבוטח מסוים, יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.
- 9.2.4 הסייג הנקוב בסעיף 9.2 לא יהיה תקף אם המבוטח הודיע למבטחת על מצב בריאותו הקודם, והמבטחת לא סייגה במפורש בדף פרטי הביטוח את המצב הרפואי המסוים הנזכר בהודעת המבוטח.
- 9.2.5 אם נשאל המבוטח בהצהרת הבריאות על מצב בריאות ולא גילה את מצבו, יחולו לגביו כללי הגילוי על פי הוראות כל דין.
- 9.2.6 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.

10. 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.

11. תשלום תגמולי ביטוח:

11.1. 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 ויציין את הגורם לו הגיש את הקבלה המקורית בציון הסכום שתבע ושולם לו מהגורם האחר.

11.2. 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 מהן, כמפורט בסעיף 11.1 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.

11.3. תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ

לגבולות ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.

11.4. תגמולי ביטוח הנקובים במטבע זר והמשולמים בישראל ישולמו

בשקלים בהתאם לשער המכירה (העברות והמחאות) של המטבע הזר הנ"ל שיהיה נהוג בבנק לאומי לישראל ביום התשלום בפועל על ידי המבטחת

11.5. החזר תשלומים יבוצע על-ידי המבטחת בזמן סביר, אך לא יאוחר

מהקבוע על פי חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981.

11.6. 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.

11.7. המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים

בכל פרק לפי העניין.

11.8. 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.

12. כפל ביטוח

12.1. בוטחו מקרי הביטוח כולם או מקצתם אצל יותר ממבטח/ת אחד/ת לתקופות חופפות, על המבוטח להודיע על כך למבטחים בכתב.

12.2. 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 להפריש בהוצאותיו, אשר בגינן אינו זכאי לשיפוי מכל גורם אחר כאמור.

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

12.4. 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 המוטב זכאי לתגמולי ביטוח על פי אותו פרק אשר על פיו מגיעים לו תגמולי הביטוח הגבוהים ביותר.

12.5. המוטב לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על אלה המצוינים בכל פרק, לפי הענין, ובשום מקרה לא יהיה זכאי לתשלום נוסף, וזאת גם אם המבטחת ערכה למוטב פוליסות נוספות הזהות לפוליסה זאת. ערכה המבטחת למוטב פוליסות נוספות כאמור, תחזיר לו את דמי הביטוח עבור הפוליסות הנוספות מהמועד בו נתגלה כפל הביטוח בצירוף הפרשי הצמדה כדין בכפוף לאמור **בסעיפים 2.17, 2.18 לעיל**.

13. תנאים כלליים לאחריות המבטחת:

13.1. 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.

13.2. 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.

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 האינטרנט של המבטחת.

14. סכום הביטוח:

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

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

15. הפרמיה ודרך תשלומה:

15.1. 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 פרטי הביטוח ועד למדד הידוע במועד ביצוע כל תשלום חודשי של דמי ביטוח. בכפוף לחוק חוזה הביטוח התשמ"א – 1981.

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

15.3. מוסכם בזאת כי איחור בתשלום הפרמיה של מעל ל- 30 ימי עסקים מהמועד הקבוע בסעיף 15.2, 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.

15.4. לדמי ביטוח, שלא שולמו במועד, תיווסף במועד תשלום, בנוסף להפרשי הצמדה כאמור בסעיפים 2.18, 2.19 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.

16. מתן מסמכים למבוטח:

16.1. המבטחת תמסור עם תחילת תקופת הביטוח, לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, בין בהצטרפותו לראשונה ובין במועד חידוש הביטוח לתקופה נוספת, העתק פוליסה, טופס גילוי נאות לפי הנחיות המפקח על הביטוח דף פרטי ביטוח וכן מסמכים נוספים שיוורה עליהם המפקח;

16.2. על אף האמור בסעיף 16.1 לעיל, חודש הביטוח הקבוצתי לתקופה נוספת אצל אותה מבטחת או הוארך הביטוח לתקופה שאינה עולה על שלוש החודשים, שבמהלכה מתקיים משא ומתן בין בעל הפוליסה ובין המבטחת על חידוש הביטוח לתקופה נוספת, בלא שינוי בדמי הביטוח ובשאר תנאי הכיסוי הביטוחי, תמסור המבטחת לכל יחיד מקבוצת המבוטחים הודעה על חידוש הביטוח בלבד ויציין: כי הוארכה תקופת הביטוח ולא חלו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי; את האפשרות של המבוטח לקבל העתק ממסמכי הפוליסה ואת האפשרות של המבוטח לעיין במסמכי הפוליסה תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן.

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

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

17. מתן הודעות למבוטח:

- 17.1 חל שינוי בדמי הביטוח או בתנאי הכיסוי הביטוחי, במועד חידוש ביטוח הבריאות הקבוצתי או במהלך תקופת הביטוח (בתקנת משנה זו – מועד תחילת השינוי), תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהיה מבוטח בה ערב מועד תחילת השינוי, עד 60 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה בכתב הכוללת פירוט של אותו שינוי, נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח, תכלול בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.
- 17.2 לא התקבלה הסכמתו המפורשת של המבוטח כאמור עד למועד תחילת השינוי, תמסור המבטחת למבוטח בתוך 21 ימים, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת השינוי, הודעה שנייה בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח; הודעה שנייה תימסר באמצעים אחרים משליחה בדואר רגיל, לרבות, בדואר רשום או שיחת טלפון. חודשה פוליסה לקבוצת מבוטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש - תמסור המבטחת האחר לכל יחיד בקבוצת המבוטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.
- 17.3 הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותה מבטחת ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמוטחים, תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי ביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.
- 17.4 פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבוטח לפי הפוליסה הקבוצתית.
- 17.5 חלה על מבוטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד

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

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

18. השבת דמי הביטוח:

פטורה המבטחת מחובתה בשל ההוראות המפורטות בסעיף 8.2 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 לעיל.

19. כפיפות להסדר התחיקתי

19.1. על פוליסה זו חלות הוראות ההסדר התחיקתי, והיא כפופה להן. בכל מקרה של סתירה בין הוראות הפוליסה להוראות קוגנטיות בהסדר התחיקתי, יחולו הוראות ההסדר התחיקתי.

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

20. ברירת הדין

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

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

21. התיישנות:

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

22. 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.

23. ועדת ערר בנושאים רפואיים:

- 23.1. 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.
- 23.2. 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.
- 23.3. ועדת הערר תקבל החלטה פה אחד.
- 23.4. 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.

24. הודעות:

כתובות הצדדים לצורך מתן הודעות בקשר להוראות פוליסה זו הינן:

בעל הפוליסה: הסתדרות הרפואית בישראל
תחום ביטוח / מחלקה משפטית
רח' ז'בוטינסקי 35
ת.ד. 3566
רמת גן 52136

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
תחום בריאות
ת.ד. 927
תל-אביב 61008

המבטחת:

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

הכיסויים בפוליסה

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. בית חולים - מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים הרשאי לבצע את השירות הרפואי הנדון, לפי העניין.
 - 1.4. בית חולים כללי - בלבד ואשר אינו מוסד שיקומי ו/או מוסד לבריאות הנפש (כגון סנטריום) או בית החלמה או בית הבראה.
 - 1.5. בית חולים מוסכם - בית חולים או בית חולים פרטי, הקשורים בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
 - 1.6. מנתח - רופא בישראל או בחו"ל אשר הוסמך ואושר על ידי הרשויות המוסמכות לכך במדינה בה מבוצע השירות הרפואי המכוסה בפוליסה כרופא מנתח.
 - 1.7. מנתח אחר - מנתח אשר אינו קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבוטח.
 - 1.8. מנתח הסכם - מנתח אשר קשור בהסכם עם המבטחת ו/או עם חברה קשורה, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח, לביצוע השירות הרפואי המכוסה על פי הפוליסה, במבוטח. יובהר כי למבטחת מנתחי הסכם בפריסה גאוגרפית רחבה, במידה של שינוי ברשימת מנתחי ההסכם במהלך תקופת הביטוח, המבטחת תשמור על פריסה גאוגרפית של מנתחי הסכם דומה ככל הניתן לזו שהייתה קיימת ערב השינוי.
 - 1.9. "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.
 - 1.10. "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 9.

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 בב"ח או בשירותי שר"פ/שר"ן בבית חולים ציבורי או במרפאה כירורגית מאושרת ע"י משרד הבריאות.

3. תנאי מוקדם לאחריות 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 ששילם המבוטח עבור ניתוח כנ"ל כמפורט להלן:

4.3.1 ניתוח באשפוז מלא - החזר של עד 50% משכר המנתח אך לא יותר מ- 16,298 ש"ח.

4.3.2 ניתוח באשפוז יום - החזר של עד 50% משכר המנתח אך לא יותר מ- 5,431 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 בניתוח זה. **האמור לעיל מתייחס לניתוחים מסוג ב' בלבד.**

5. מבוטח שעבר ניתוח על פי פרק זה ע"י מנתח בהסכם ונזקק לשתלים, עפ"י הרשימה שלהלן, בבית חולים פרטי-ישלם בעבורם ויהיה זכאי להחזר בגובה 50% מעלותם בפועל ולא יותר מ- 15,809 ש"ח לשנה:

5.1 סטנטים בניתוחי לב וצנתורים.

5.2 מסתמים.

5.3 סטנטים באורולוגיה.

5.4 שתל ירך.

5.5 שתל ברך.

5.6 רצועת ברך.

- 5.7. אביזרים לקיבוע וייצוב עמוד השדרה.
- 5.8. תותב לאשך.
- 5.9. סיליקון בנייתוחי שד משחזרים.
- 5.10. סוגר לשלפוחית שתן.
- 5.11. קרנית.
- 5.11.1. פלטת מתכת לאיחוי שבר.

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 424 ש"ח.

7. תעריף החזר הוצאות לניתוחים-טבלת ניתוחים

הסכומים נקובים בש"ח לפי מדד מאי 2015, שפורסם ביום 15/06/2015, תומד על 12292 נקודות.

סוג הניתוח	החזר הוצאות בש"ח לניתוח פרטי בבית חולים עבורו קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר	החזר הוצאות בש"ח לניתוח פרטי בבית חולים או במרפאה כירורגית עבורו לא קיבל המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר
CATARACT לא כולל עדשה	2091	4481
ניתוח קרנית / רשתית/ זגוגית (כולל קרנית, גז, שמן)	5229	8964
לב פתוח לרבות מעקפים	17182	30180
צינתור כלילי / פריפרי	3435 (אבחוני) 7769 (בלון/סטנט)	3435 (אבחוני) 14193 (בלון/סטנט)
כריתת כיס מרה לרבות באמצעות לאפרוסקופיה	7158	8666
ניתוח בקע (הרניה) חד/דו-צדדי/ לפרוסקופי	1121 (אמבולטורי) 3435 (אשפוז)	2540 (אמבולטורי) 5677 (אשפוז)
כריתת רחם רדיקלית	11952	17480
כריתת שד (למפקטומיה, מסטקטומיה + כריתת בלוטות)	5229	8964
כריתה ושיחזור שד שחזור שד	9263	13297

סוג הניתוח	החזר הוצאות בש"ח לניתוח פרטי בבית חולים עבורו <u>קיבל</u> המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר	החזר הוצאות בש"ח לניתוח פרטי בבית חולים או במרפאה כירורגית עבורו <u>לא קיבל</u> המבוטח התחייבות כספית מקופת החולים בה הוא חבר
החלפת מפרקים (ירך, ברך וכתף)	עם צמנט – 10907 ללא צמנט – 11355	עם צמנט- 15688 ללא צמנט- 17480
כריתת ערמונית רדיקלית	8841	11176
ניתוח מוח (קרניוטומיה)	19871	28536
ניתוח קיבה / ושט	7321	12998
עמוד שדרה מורכבים	11952	17929
עמוד שדרה דיסק / למינקטומיה	6723	15238
ניתוחי מעי דק / גס	7022	11503
כריתת אונת ריאה	5379	8666
כריתת ריאה שלמה	5379	10010
הסרת גידול מהמדיאסטינום	5379	7022
ניתוח אב העורקים	12102	21664
ניתוח מעקף עורקי פריפרי כולל אנדארטרקטומיה קרוטידית	7022	16583
טירואידקטומיה / פאראטירואידקטומיה	5379	8367
ניתוח פיזול	896	3287
ניתוח ערמונית (סגור) (*)	2839	הסכום לפי נוסחת השיפוי לניתוחים מסוג ב'
ניתוח ערמונית (פתוח) (*)	2839	הסכום לפי נוסחת השיפוי לניתוחים מסוג ב'
תיקון צניחת רחם ו/או שלפוחית (*) (על פי תעריף כריתת רחם)	2839	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

1. חוות דעת רפואית נוספת בישראל

1.1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא כל אחד מאלה:

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. |
| כירורגיה כללית - | ניתוחי לבלב/כבד, ניתוחי מעי מורכבים. |
| ניתוח חזה - | ריאה וושט. |
| אופטלמולוגיה - | ניתוחי רשתית ו/או זגוגית. |
| אף אוזן גרון - | ניתוחי שחזור קנה, הוצאת גידולים ממערות האף ועצמות פנים. |
| גינקולוגיה - | ניתוחים גינקו - אונקולוגיים. |

1.1.1.1. 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.

1.1.1.2. 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.

1.3. תגמולי ביטוח

1.3.1. מבוטח 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 1,493 ש"ח (במידה זו חוות דעת ראשונה בגינה משולמים תגמולי ביטוח במהלך השנה הקלנדרית) או לא יעלה על 753 ש"ח (במידה זו חוות דעת אחרת).

המבוטח יהיה זכאי לחוות דעת אבחונית אחת ולשתי חוות דעת נוספות לקביעת דרכי הטיפול בגין אותה מחלה.

1.3.2. מבוטח 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 566 ש"ח.

המבוטח יהיה זכאי לעד 3 התייעצויות מעין אלה בשנה.

2. חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

2.1.

מקרה הביטוח: מבוטח 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 ייתן חוות דעת רפואית נוספת כאמור. אם חוות הדעת הנוספת תינתן ע"י מומחה בחו"ל אשר יהיה קשור עם המבטחת - תישא המבטחת במלוא שכר הטרחה: בכל מקרה אחר תשפה המבטחת את המבוטח בשיעור של 75% משכ"ט הרופא שייתן את חוות הדעת ועד לגובה 5,000 ש"ח.

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.

3. מבוטח שלא מימש את זכאותו לקבלת תגמולי ביטוח על פי האמור בסעיף 2 יהיה זכאי לקבלת תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח כמפורט להלן:
- 3.1. **מקרה הביטוח:** התייעצות לפני ניתוח שקיים המבוטח, עם רופא מומחה במרכז רפואי בחו"ל,; 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.
- 3.2. המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מסך של 4,000 ש"ח. בנוסף, 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 של 4,000 ש"ח.
- 3.3. המבוטח יהיה זכאי להתייעצות אחת במשך תקופה של 12 חודשים.

פרק ג': פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח

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 ימות 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 42,007 ש"ח.

פרק ד': השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית

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 פריון, 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 ההפריה, אך לא יותר מסך 9,000 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 מבטחים 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 שבוע במבוטח וכתוצאה ישירה בלעדית ממנו.
- 1.2. כמועד קרות מקרה הביטוח יחשב המועד בו בוצע הניתוח.

2. תגמולי הביטוח:

- 1.3. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין תשלום עבור שמירה פרטית של אחות, לאחר קרות מקרה הביטוח. המבוטח יהיה זכאי ל- 85% מההוצאה בפועל ועד 395 ש"ח ליום לתקופה של עד שמונה ימי אשפוז בבית חולים.
- 1.4. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 218 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 שאירעו לו בחו"ל או כתוצאה מהחמרת מחלה מחו"ל שלא היתה ידועה ביום נסיעתו או כתוצאה מהחמרת מחלה שלא היה לה ביטוי קליני 6 (שישה) 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 55,603 ש"ח. ההטסה לארץ תבצע בשרות מטוסים סדיר ואולם אם נדרשת הטסתו המיידית של המבוטח לישראל להצלת חייו או למניעת הידרדרות חמורה במצב בריאותו, תבצע ההטסה בטיסה מיוחדת. אם המבוטח זכאי להחזר בגין כרטיס הטיסה חזרה לישראל שרכש בטרם קרות מקרה הביטוח או שטרם רכש כרטיס כאמור, תקזז 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 רפואי לנוסעים לחו"ל לחברי ולעובדי הר"י, בן/בת הזוג וילדיהם עד גיל 21 הנוסעים עמם בניכוי השתתפות עצמית בסך 833 ש"ח

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.
- 1.7. "מקרה הביטוח" - תאונה או מחלה שאירעו למבוטח בחו"ל במשך תקופת הביטוח למעט מחלה בגינה היה המבוטח בטיפול או בהשגחה בעת צאתו לחו"ל או במשך ששה חודשים שקדמו לצאתו לחו"ל. ולמעט כאשר קבלת הטיפול היתה אחת ממטרות הנסיעה.
- 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 ובכפוף 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 5,558 ש"ח ליום בעבור עד 100 (מאה) ימי אשפוז.
- 2.2. שיפוי בגין שכר מנתח וטיפול נמרץ, בדיקות וצילומי רנטגן, הוצאות אמבולטוריות בבית חולים - עד לסך כולל של 55,603 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 הטסה רפואית - המבטחת תישא בהוצאות הטסה רפואית כמוגדר בפוליסה, של הזקוק בגין אירוע 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
- 2.5. סה"כ ההתחייבות המירבית של המבטחת לפי סעיף 2 לא תעלה על סך של 859,889 ש"ח.
- 2.6. במקרה של מבוטח מעבר לגיל 75 לא תעלה סה"כ התחייבות המבטחת לפי סעיף 2 על סך של 417,033 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 רפואי, לרבות תשלום לרופאים, בדיקת אבחון, אביזר רפואה בהשאלה עקב תאונה.
- 3.2. תרופות: תרופה בהוראת רופא מטפל ובכמות סבירה כנדרש.
- 3.3. טיפול חרום בשיניים עד לסך 1,667 ש"ח.

סה"כ ההתחייבות המרבית של המבטחת לפי סעיף 3 לא תעלה על סך 5,558 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 ליורשיו החוקיים תגמולי ביטוח בסך של 55,603 ש"ח.

5. הוצאות מיוחדות:

- בקרות מקרה הביטוח תשפה המבטחת את המבוטח בגין הוצאות שעבורן אינו זכאי לתשלום מגורם אחר, בכפוף לחוק חוזה הביטוח, כדלקמן:
- 5.1. העברת מבוטח הנפגע ממקום הימצאו 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 16,680 ש"ח לפינוי אווירי אך אינו מוגבל לפינוי יבשתי.
- 5.2. החזר בגין הוצאות עד לסך של 2,000 ₪, בשל שהייה נוספת של המבוטח בבתי מלון בחוץ לארץ, מעבר לתקופת הביטוח, אם נמסרה חוות דעת שאילולא השהות הנוספת עלולים חיי המבוטח להיות בסכנה;
- 5.3. החזר בגין הוצאות נסיעה נוספות שנגרמו למבוטח, לעומת הוצאות הנסיעה שהיה חייב בהן ממילא, עקב חזרתו לארץ לפני המועד המתוכנן לכך, עד לסכום ביטוח מירבי בסך 3,000 ש"ח, אם נמסרה חוות דעת על חיוניות החזרת המבוטח למקום מגוריו הקבוע עקב האירוע;
- 5.4. לענין סעיפים 5.2 ו 5.3 "חוות דעת" - חוות דעת בכתב מאת רופא מוסמך או מוסד רפואי מוכר.

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 בוולד או בעובר או בפיג, הפרעה נפשית, הפרעה עצבית, מחלת נפש.

- 6.5. הטסה רפואית אשר בוצעה שלא באישור המבטחת ו/או על פי אישור מטעמם.
- 6.6. השתלת אבר או אברים.
- 6.7. טיפולים מהסוגים הבאים:
- פזיותרפיה, מכונותרפיה, 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 חזאת בגין מחלה שהיתה ידועה למבוטח טרם יציאתו לחו"ל.
- 6.9. הוצאות אשפוז בישראל והוצאות רפואיות אחרות כהמשך לאירוע המכוסה בחו"ל.
- 6.10. סיכון מלחמה פאסיבי ו/או אקטיבי.
7. **תנאים כלליים:**
- 7.1. השתתפות עצמית - מכל תשלום בו חייבת המבטחת בשל כל מקרה ביטוח המכוסה בפרק זה תנוכה השתתפות עצמית בסך של 833 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 גלוות 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 83,405 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 לאחר מיצוי זכויות על פי חוק

1. הגדרות:

השתלה

1.1 כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק ממנו אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מהמבוטח או מתורם אחר לגוף המבוטח, לרבות תאי גזע או תאי אב, שהופקו מדם טבורי, תאי גזע או תאי אב מדם היקפי או תאי גזע או תאי אב המופקים מעצמות האגן האחוריות של המבוטח או כל תורם אחר. השתלה תכלול גם השתלה מן האיברים המוזכרים לעיל, של איבר מלאכותי או של איבר מן החי (בעל חיים שאינו אדם), בישראל או באחת המדינות: ארה"ב, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שוויץ, נורבגיה, איסלנד או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה מוקדמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

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

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 להלן:

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

2.1.2 **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 לעיכוב 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 שיידרש ממנו לשם מימוש זכותה של המבטחת כאמור.

2.1.3 מימון השתלת מח עצם אלוגנאית בחו"ל יאותר רק במקרה של ממאירות המטולוגית ובתנאי שחלפו 6 חודשים לפחות מיום קביעת הצורך בהשתלה

2.1.4 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 ההוצאות 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 3.2.

3.2 מבוטח אשר מקרה ביטוח שלו מפורט בסעיף 2.1. לעיל, יהיה זכאי לתגמולי ביטוח עד לגובה 1,000,000 ש"ח 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 לאחר מיצוי זכויות על פי חוק

1. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא מצב בריאות של המבוטח, המחייב טיפול רפואי כדלהלן, 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 כרטיסי הטיסה של הרופא, שלא יעלו על סך כולל של 2,617 ש"ח. למען הסר ספק מובהר בזה, כי המבטחת לא תהיה אחראית לשיפוי הוצאות נוספות הנובעות ממטען עודף של המבוטח ו/או מלווהו 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 ולמלווהו ביחד לא יעלו על 20% מסכום הביטוח.
- 2.3.1. "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 יידרש לשאת בהם.
- 2.3.2. "הוצאות כלכלה" - הוצאות שהוציאו המבוטח ו/או מלווהו עבור אוכל ושתייה אשר לא יעלו, עבור שניהם ביחד, על סך 2,617 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 חודשים מיום הטיפול הרפואי, אך לא יותר מאשר סך 52,387 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 מידית.

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. **סכום הביטוח:**
"סכום הביטוח" - לפי פרק זה הוא 645,173 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/ם 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 516,138 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 5,161 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% מסכום הביטוח.

בפרק זה:

3.3.1. "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 יידרש לשאת בהן.

3.3.2. "הוצאות כלכלה" - הוצאות שהוציאו המבוטח ו/או מלווה עבור אוכל ושתיה, אשר לא יעלו, עבור שניהם ביחד, על סך של 5,161 ש"ח, לכל חודש של שהיה או החלק היחסי המתאים לתקופה קצרה מחודש.

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 42,430 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 הסטת 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 בניתוח לב.
2. **מנוי למשדר קרדיולוגי:**
המבטחת תשפה את המבוטח בסכום השווה ל - 75% מההוצאות בפועל עבור דמי שרות המנוי אך לא יותר מסך 135 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 למבוטח הסובל מבעית פוריות וזאת 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 461 ש"ח ובלבד שלא יעלה על 50% מההוצאות בפועל.

פרק י"ד: בדיקות הקשורות בהריון

1. סיקור גנטי

- 1.1. **אירוע ביטוחי:** מבוטח אשר על פי המלצת גנטיקאי, נדרש לעבור בדיקות לגילוי נשאות למחלות גנטיות.
בדיקות אלה יבוצעו לאחר הפניית גנטיקאי ובבתי חולים ומכונים המאושרים ע"י משרד הבריאות.
- 1.2. **תגמולי הביטוח:** המבוטח יישא בהשתתפות עצמית כדי שעור של 50% ממחיר הבדיקה לפי תעריף משרד הבריאות ועד 3,000 ש"ח לכל הבדיקות. 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.

2. בדיקת מי שפיר/סיסי שליה/ורפיי VERIFI

- 2.1. **אירוע ביטוחי:** המבטחת תשפה מבוטחת אשר גילה עד 35 שנים ואשר על פי המלצת גנטיקאי או גינקולוג עברה בדיקת מי שפיר/סיסי שליה/VERIFI.
- 2.2. **תגמולי הביטוח:** המבטחת תשלם למבוטחת, בקרות מקרה הביטוח, שיפוי עד לגובה של 2,850 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 660 ש"ח (המהווה השתתפות עצמית).

3. סקירה מערכות

- 3.1. **אירוע ביטוחי:** ביצוע סקירת מערכות בגוף המבוטחת פעם אחת בהריון.
- 3.2. **תגמולי הביטוח:** סכום השווה ל- 50% מההוצאה בפועל ועד לסכום מירבי בסך 320 ש"ח לכל עובר.
- 3.3. תקופת אכשרה- 12 חודשים.

4. הבראה ליולדת

- המבטחת תשפה את היולדת המבוטחת בהוצאות הבראה לאחר לידת הילד הרביעי או לאחר לידת כל ילד נוסף
- 4.1. **אירוע ביטוחי:** יציאת המבוטחת להבראה במוסד המיועד לנופש או להבראה אשר יש לה כבר שלושה ילדים או יותר בסמוך לאחר לידת ילד נוסף.

4.2 תגמולי הביטוח: סכום השווה ל- 75% מההוצאה בפועל עבור דמי הבראה, עד לסכום מירבי בסך 275 ש"ח לכל יום הבראה, לתקופה מירבית בת שלושה ימים.

5. תקופת אכשרה- שישה חודשים.

פרק ט"ו: 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 540 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- 110 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: שהייה במחלקת / יחידת החלמה

1. שהייה במחלקת / יחידת החלמה לאחר אירוע לב

1.1 בפרק זה:

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

1.2 מקרה הביטוח:

1.2.1 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.

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

1.3 **תגמולי הביטוח:** המבוטח ובן/בת זוגו יהיו זכאים לשיפוי בגין תשלומים ששילמו עבור שהיה במחלקת/ יחידת החלמה בגובה 50% מהתשלומים, אך לא יותר מ - 340 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.

2. שהיה במחלקת / יחידת החלמה לאחר ניתוח

2.1 בפרק זה:

"ניתוח" - שאינו אירוע לב.

2.2 מקרה הביטוח:

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:

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

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

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

2.4 **תגמולי הביטוח:** המבוטח ובן/בת זוגו יהיו זכאים לשיפוי בגין תשלומים ששילמו עבור שהיה במחלקת/ יחידת ההחלמה בגובה 75% מהתשלומים, אך לא יותר מ - 260 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 - 230 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:**
טיפול 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 120 ש"ח לכל טיפול, עד 10 טיפולים בשנה קלנדרית.

3. תקופת אכשרה: 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 המורשת לביצוע החיסונים לנוסעים לארצות חוץ, עד לסכום מירבי של 1,350 ש"ח.
- 2.2. במקרה נסיעה אחרת - המבוטח ובני משפחתו יהיו זכאים לשיפוי בגין 75% מההוצאה בפועל עבור ביצוע החיסונים במרפאה מוכרת המורשת לביצוע החיסונים לנוסעים לארצות חוץ, עד לסכום מירבי של 240 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:
- 1.1 חיזוי המחלה (עד כמה הגידול הינו אגרסיבי)
 - 1.2 סיכויי הישנות המחלה
 - 1.3 סיכויי התפשטות המחלה
 - 1.4 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 2,715 ש"ח למקרה ביטוח.

פרק ט"ז 6: מכשירים ואביזרים רפואיים

הסכומים לפי מדד מאי 2015, שפורסם ביום 15/06/15, ועומד על 12292 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 2,240 ש"ח.	מצבו הבריאותי של מבוטח שגילו עד 18 שנה המחייב, על פי הוראת רופא מומחה (אורתופד או ניירולוג), 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 1,200 ש"ח	מצבו הבריאותי של מבוטח שגילו עד 18 שנה המחייב, על פי הוראת רופא מומחה (אורתופד או ניירולוג), שימוש	השתתפות בהוצאות לרכישת מכשיר אלקטרוני ליישור גב (מסוג Nevrogar או Agarskol או Agrelief-10 או Compact tens)

תקופת אכשרה	תגמולי הביטוח	מקרה הביטוח	השירות הרפואי
		במכשיר אלקטרוני ליישור גב (מסוג Nevrogar או Agarskol או (Agrelief-10).	למבטחים שגילם עד 18 שנה בלבד. זכאות: אחת לשלוש שנים.
חגורת בקע:			
6 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח.	סכום השווה ל-75% מההוצאה בפועל לרכישת המכשיר ועד לסכום מירבי של 260 ש"ח. במידה והמכשיר נרכש בחנות הקשורה עם המבטחת בהסכם, יוחזר למבוטח הסכום העולה על 170 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:			
6 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח.	סכום השווה ל-50% מההוצאה בפועל לרכישת המכשיר ועד לסכום מירבי של 320 ש"ח. במידה והמכשיר נרכש בחנות הקשורה עם	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.

תקופת אכשרה	תגמולי הביטוח	מקרה הביטוח	השירות הרפואי
	המבטחת בהסכם, יוחזר למבוטח הסכום העולה על 50 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית).		
מכשיר CPAP:			
12 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח.	סכום השווה ל- 75% מההוצאה בפועל לרכישת המכשיר ועד לסכום מירבי של 4,200 ש"ח. במידה והמכשיר נרכש בחנות הקשורה עם המבטחת בהסכם, יוחזר למבוטח הסכום העולה על 1275 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית).	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.
	(החזר של כ- 75% מההוצאה בפועל ולא יותר מ- 1,200 ש"ח למכשיר)	השתתפות במכשיר שמיעה	מכשיר שמיעה

פרק ט"ז 7: שירותים רפואיים נוספים

הסכומים לפי מדד מאי 2015, שפורסם ביום 15/06/15, ועומד על 12292 נקודות.

תקופת אכשרה	זכאות	מקרה מזכה	השירות הרפואי
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
אין	סכום השווה ל- 90% מההוצאה בפועל עבור הבדיקות ועד לסכום מירבי בסך 218 ש"ח.	ביצוע בדיקות גנטיות במעבדה מוכרת.	בדיקות גנטיות: השתתפות בהוצאות בדיקות גנטיות. זכאות: פעם אחת בלבד
3 חודשים	סכום השווה ל- 80% מההוצאה בפועל ועד 200 ש"ח.	ביצוע חיסונים	חיסונים נגד צהבת /אבעבועות רוח (לילדים עד גיל 18) זכאות: חד פעמית
3 חודשים	סכום השווה ל- 80% מההוצאה בפועל ועד 200 ש"ח לבדיקה	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 390 ש"ח.	מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב, עפ"י הוראת אורתופד או נוירולוג מומחים, שימוש במדרסים.	מדרסים: השתתפות בהוצאות לרכישת מדרסים זכאות: אחת לשלוש שנים

תקופת אכשרה	זכאות	מקרה מזכה	השירות הרפואי
12 חודשים	<p>א. הבדיקות התקופתיות כוללות: 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, אוסטאופורוזיס הבדיקות תבוצענה בהשתתפות עצמית בסך 215 ש"ח.</p> <p>מבוטח שיבצע רק אחת מ- 5 הבדיקות ללא חלק א' – ישלם השתתפות עצמית בסך 110 ש"ח.</p>	מבוטח מעל גיל 18 המעוניין בבדיקות סקופ תקופתיות.	<p>בדיקות סקר תקופתיות: השתתפות בהוצאות בדיקות סקר תקופתיות אחת ל- 24 חודשים במכוני הסדר</p>

אביזרים ברכישה

תקופת אכשרה	אביזר
3 חודשים	מכשיר למדידת סוכר – גלוקומטר Accutrend Sensor או Accutrend Alfa (פעם ב- 3 שנים)
3 חודשים	מכשיר אוטומטי למדידת לחץ דם (פעם ב- 3 שנים)
3 חודשים	מכשיר חצי אוטומטי למדידת לחץ דם (פעם ב- 3 שנים)

עד 250 ש"ח בשנה למכשיר
השתתפות עצמית - 20%

אביזרים בהשאלה

תקופת אכשרה	אביזר
3 חודשים	מכשיר לייצור חמצן
3 חודשים	משאבת אינפוזיה (קנגרו)
3 חודשים	פולסאוקסימטר
3 חודשים	אנפניאה מוניטור קרדיאלי
3 חודשים	CPM
3 חודשים	מוניטור לניטור צירים בהריון בסיכון

עד 1,500 ש"ח בשנה למכשיר
השתתפות עצמית - 20%

דף הרשימה (מפרט הפוליסה)

- מבטוח: 1. עובד הר"י. או חבר הר"י - **הזכאי להצטרף לביטוח תקנונה ונהליה וכל עוד הוא חבר**. 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 ויסכים 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,**

תקופת הביטוח: 01/01/2016-31/12/2020

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

מועד תחילת הביטוח לגבי מי שהיו מבטחים בביטוח "ביטוח בריאות בסיסי" ברצף החל מיום 1/12/2010 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת עבור חברי/עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 28/01/2016, הוא המועד המקורי בו התקבלו לביטוח על פי תנאי הפוליסה שפוליסה זו מהווה את המשכה.

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

להלן פירוט הפרמיה החדשית 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
45.6 ש"ח למשפחה*	ילדים של עובדי/חברי הר"י מעל גיל 21
75.2 ש"ח למשפחה*	הורים /אחים של עובדי/חברי הר"י
75.2 ש"ח למשפחה*	גמלאי/אלמן/אלמנה של חבר/גימלאי הר"י

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

* יובהר כי המחיר לגמלאי או לגמלאי ובני משפחתו זהה. וכן המחיר לאלמן או לאלמן ובני משפחתו זהה.

המדד היסודי: 12292 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 4 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.

נספח א'- הצהרת בעל הפוליסה

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

שם בעל הפוליסה: ההסתדרות הרפואית בישראל

הנני מצהיר כדלקמן:

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

נספח ב'- הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לעובדים ולחברים

אני הח"מ, מצהיר בזאת כדלקמן:

הפרמיה בגין הביטוח, לכל עובד/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 יחויב 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 יצורפו לרשימת המבוטחים.
אין באמור לעיל כדי לגרוע מזכותו של בעל הפוליסה, להחליט בכל שלב כי העובדים, כולם או חלקם, ישלמו עבור פוליסת הביטוח, בהתאם להסכמה עם העובד.

אופן הגשת תביעה

נוהל הגשת תביעה

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

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

טל' 03-6380223, פקס 03-6380011

דוא"ל: Hari@madan.es.com

כתובת למשלוח תביעות:

השלושה 2 תל אביב מיקוד 6706054

לידי קבוצת מדנס – חטיבת הבריאות

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

מבוטח/ת נכבד/ה,

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

ניתוחים

ניתוחים עתידיים

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

דיווח ראשוני בעת קרות מקרה הביטוח:

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

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתידי:

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

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

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

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

השתלת

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

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

טיפול מיוחד בחו"ל

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

תרופות שאינן בסל הבריאות

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

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

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

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

בכבוד רב,

מחלקת תביעות בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

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

התייעצות עם רופא מומחה

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

בדיקות רפואיות אבחנתיות

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

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

טיפול פיזיותרפיה

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

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

בדיקות הריון

יש למלא ולהעביר אליו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את חלק א', הכולל את פרטי המבוטח.
יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור ויעול הטיפול הפנייה.
יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.

טיפול הפריה חוץ גופית

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

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

טיפול בהתפתחות הילד

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

ג. קבלת באחון שובצע במכון מוסמך

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

רפואה משלימה

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

הערות:

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

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

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

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

12.15 א"מ

בכבוד רב,

מחלקת תביעות בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ