

**ביטוח בריאות בסיסי קבוצתי
לחברי/עובדי ההסתדרות הרפואית בישראל
ובני משפחותיהם
הוצאות רפואיות ושירותים רפואיים אמבולטוריים**



תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
הקדמה	3
גילוי נאות	4
מבוא	15
פרק א' – חוות דעת רפואית נוספת בישראל.	34
פרק ב' – פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח.	37
פרק ג' – השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית.	37
פרק ד' – סיוע לאחר ניתוח.	38
פרק ה' – פינוי רפואי מחו"ל.	38
פרק ו' – הוצאות נלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל.	39
פרק ז' – השתלות איברים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק.	40
פרק ח' – טיפולים מיוחדים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק.	42
פרק ט' – ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראיה.	44
פרק י' – מנוי למשדר קרדילוגי.	46
פרק י"א – שמירת רקמות לתקופות ארוכות.	46
פרק י"ב – בדיקות הקשורות בהריון.	47
פרק י"ג – טיפולים בילדים.	48
פרק י"ד – שהייה במחלקת/יחידת החלמה.	49

50	פרק ט"ו – התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב.
51	פרק י"ז – חיסונים לנוסעים לחו"ל.
52	פרק י"ח – בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים.
53	פרק י"ט – מכשירים ואביזרים רפואיים.
55	פרק כ' – שירותים רפואיים נוספים.
58	דף פרטי ביטוח
60	נספחים
61	אופן הגשת תביעה

מבטוח/ת יקר/ה,

אנו מברכים אותך על הצטרפותך לתוכנית הבריאות מבית **מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**. הפוליסה מכסה מגוון רחב של מקרי ביטוח ומאפשרת לך שקט נפשי במקרה של בעיה רפואית.

תכנית הביטוח שלפניך מיועדת להעניק לך כיסוי לאירועים רפואיים מורכבים ועתירי עלות ומבטיחה שירות איכותי ומידי.

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

חוברת זו שבידיכם מכילה תיאור מפורט של הביטוח המוצע לחברים, ומומלץ לכל חבר/ה להכיר את פרטי תכנית הביטוח והאפשרויות המוצעות.

הפוליסה שבנדון תחל בחברתנו מיום 01/04/2021 ותבוא לסיומה ביום 30/06/2025.

הפוליסה כוללת כיסויים אמבולטוריים שונים ומגוונים כמפורט להלן.

**בברכת בריאות טובה לך ולבני ביתך,
אגף בריאות
מנורה מבטחים ביטוח בע"מ**

ביטוח בריאות בסיסי קבוצתי לחברי/עובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם – תמצית תנאי הביטוח

פרקי הפוליסה:

- פרק א' – חוות דעת רפואית נוספת בישראל.
- פרק ב' – פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח.
- פרק ג' – השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית.
- פרק ד' – סיוע לאחר ניתוח.
- פרק ה' – פינוי רפואי מחו"ל.
- פרק ו' – הוצאות נלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל.
- פרק ז' – השתלות איברים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק.
- פרק ח' – טיפולים מיוחדים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק.
- פרק ט' – ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראיה.
- פרק י' – מנוי למשדר קרדיולוגי.
- פרק י"א – שמירת רקמות לתקופות ארוכות.
- פרק י"ב – בדיקות הקשורות בהריון.
- פרק י"ג – טיפולים בילדים.
- פרק י"ד – שהייה במחלקת/יחידת החלמה.
- פרק ט"ו – התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב.
- פרק י"ז – חיסונים לנוסעים לחו"ל.
- פרק י"ח – בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים.
- פרק י"ט – מכשירים ואביזרים רפואיים.
- פרק כ' – שירותים רפואיים נוספים.

מוקד שירות לקוחות החברה: 03-7108080 פקס: 153-747049338	כתובת הדוא"ל של החברה: moked-health@menora.co.il	כתובת למשלוח דואר: לידי תחום בריאות ת.ד 927 תל אביב 6100802	כתובת אתר החברה: www.menoramivt.co.il
---	---	--	---

תמצית תנאי הפוליסה	
שם הביטוח	פוליסת ביטוח בריאות בסיסי קבוצתי לחברי/עובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם
סוג הביטוח	חוות דעת רפואית נוספת בישראל, פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח, השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית, סיוע לאחר ניתוח, פינוי רפואי מחו"ל, הוצאות נלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל, השתלות איברים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק, טיפולים מיוחדים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק, ניתוחים וטיפולים

רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראיה, מנוי למשדר קרדיולוגי, שמירת רקמות לתקופות ארוכות, בדיקות הקשורות בהריון, טיפולים בילדים, שהייה במחלקת/יחידת החלמה, התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב, חיסונים לנוסעים לחו"ל, בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים, מכשירים ואביזרים רפואיים, שירותים רפואיים נוספים.	
תקופת הביטוח 01/04/2021-30/06/2025.	תקופת הביטוח
פרק א' – חוות דעת רפואית נוספת בישראל. פרק ב' – פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח. פרק ג' – השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית. פרק ד' – סיוע לאחר ניתוח. פרק ה' – פינוי רפואי מחו"ל. פרק ו' – הוצאות גלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל. פרק ז' – השתלות איברים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק. פרק ח' – טיפולים מיוחדים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק. פרק ט' – ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראיה. פרק י' – מנוי למשדר קרדיולוגי. פרק י"א – שמירת רקמות לתקופות ארוכות. פרק י"ב – בדיקות הקשורות בהריון. פרק י"ג – טיפולים בילדים. פרק י"ד – שהייה במחלקת/יחידת החלמה. פרק ט"ו – התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב. פרק י"ז – חיסונים לנוסעים לחו"ל. פרק י"ח – בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים. פרק י"ט – מכשירים ואביזרים רפואיים. פרק כ' – שירותים רפואיים נוספים.	תיאור תכנית הביטוח
• לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם, כמפורט בסעיף 9 בפרק מבוא והגדרות • לא יכוסו מקרי ביטוח המוחרגים בסעיפים הבאים בתכנית הביטוח: פרק ב' – סעיף 3	הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים: (החריגים בפוליסה)
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים	קיומם של כיסויים חופפים לביטוח משלים בקופ"ח

להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח לתכנית הביטוח:		עלות הביטוח
חבר/ת הר"י, בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 25	ממומן על ידי בעל הפוליסה	
עובד/ת הר"י בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 25	ממומן ו/או משולם על ידי בעל הפוליסה	
ילדים של עובדי/חברי הר"י מעל גיל 25	24 ₪ למשפחה*	
גמלאי/ הר"י אלמן/אלמנה של חבר ו/או גימלאי הר"י	45 ₪ למשפחה*	
* שני בני זוג (לרבות ידועה/ה בציבור) וכל הילדים עד גיל 25. * יובהר כי המחיר לגמלאי או לגמלאי ובני משפחתו זהה. וכן המחיר לאלמן או לאלמן ובני משפחתו זהה. * המדד היסודי: המדד שפורסם ביום 15.06.2021 שערכו 12476 נק'.		

פרק א' – חוות דעת רפואית נוספת				
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	תקרת הכיסוי	תקופת אכשרה – אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול	השתתפות עצמית
חוות דעת רפואית נוספת כמפורט בפרק א'	חוות דעת רפואית נוספת בישראל	1,600 ₪ לחוות דעת ראשונה. כל חוות דעת נוספת – 800 ₪. עד 3 התייעצות בשנה.	ללא	25%
	חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל	מומחה בחו"ל – שבהסכם – שיפוי מלא.	ללא	
		מומחה שלא – בהסכם – 6,000 ₪		25%
	מבוטח שלא מימש זכאותו לקבלת תגמולי ביטוח בהתאם לסעיף הנ"ל	הוצאות בגין התייעצות בחו"ל – 5,000 ₪. (התייעצות אחת לתקופה של 12 חודשים).		20%
		הוצאות רכישת כרטיס טיסה – 4,000 ₪	ללא	

פרק ב' – פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח				
ללא	ללא	43,000 ₪	מבוטח/ת שנפטר/ה כתוצאה מניתוח או במהלך תקופת החלמה	פיצוי במקרה של מוות כתוצאה מניתוח כמפורט בפרק ב'
פרק ג' – השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית				
25%	ללא	9,000 ₪ בגין כל טיפול הפריה בתקופת ביטוח	טיפול הפריה חוץ גופית ע"פ הנחיה של מומחה	השתתפות בהוצאות הפריה חוץ גופית כמפורט בפרק ג'
פרק ד' – סיוע לאחר ניתוח				
15%	ללא	400 ₪ ליום לתקופה של עד 8 ימי אשפוז	שהייה רצופה בבית חולים לאחר ניתוח שבוצע במבוטח	סיוע לאחר ניתוח כמפורט בפרק ד'
פרק ה' – פינוי רפואי מחו"ל				
ללא	ללא	55,603 ₪	הטסה מחו"ל לישראל או ליווי ע"י צוות רפואי מתאים בעת טיסתו	פינוי רפואי מחו"ל כמפורט בפרק ה'
פרק ו' - הוצאות גלויות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל				
ללא	ללא	85,000 ₪	הוצאות מיוחדות הנובעות מיציאה לחו"ל של מבוטח לטיפול רפואי בחו"ל	הוצאות גלויות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל כמפורט בפרק ו'
פרק ז' - השתלות איברים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק				
ללא	ללא	1,000,000 ₪	צורך בביצוע השתלה של איבר	השתלות איברים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק כמפורט בפרק ז'

פרק ח' – טיפולים מיוחדים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק				
ללא	ללא	650,000 ₪	צורך בביצוע טיפול מיוחד בחו"ל	טיפולים מיוחדים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק כמפורט בפרק ח'
		עד 3,000 ₪	ליווי רופא במהלך טיסה	
		עד 4,000 ₪ לכל חודש שהייה	הוצאות כלכלה	
		55,000 ₪ למקרה ביטוח	המשך טיפול בחו"ל	
פרק ט' – ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראייה				
ללא	ללא	550,000 ₪	טיפול רפואי שנועד למנוע איבוד מוחלט של חוש השמיעה ו/או חוש הראייה	ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראייה כמפורט בפרק ט'
		עד 5,500 ₪	ליווי רופא במהלך טיסה	
		עד 5,500 ₪ לכל חודש שהייה	הוצאות כלכלה	
		45,000 ₪ למקרה ביטוח	המשך טיפול בחו"ל	
פרק י' – מנוי למשדר קרדיולוגי				
25%	ללא	150 ₪ לחודש ועד 18 חודשים	שיפוי בגין הוצאות שימוש בשרותי מנוי משדר קרדיולוגי	מנוי למשדר קרדיולוגי כמפורט בפרק י'
פרק י"א – שמירת רקמות לתקופות ארוכות				
25%	ללא	500 ₪	שמירת ביציות או עוברים מוקפאים לצרכי הריונות, שמירת הזרע למבוטח העומד לעבור טיפולים כימותרפיים או הקרנתיים, שמירת	שמירת רקמות לתקופות ארוכות כמפורט בפרק י"א

			מח עצם מוקפא למבוטח החולה במחלה ממארת המערבת מח עצם.	
20%		20,000 ₪ לתקופה של 3 שנים	שמירת ביציות או עוברים מוקפאים לצרכי הריונות למבוטחת בגיל 35 עד 42 כאשר השמירה מיועדת להשתלה באשה עצמה כולל מימון ההוצאות לשאיבה ו/או הקפאה	
פרק י"ב – בדיקות הקשורות בהריון				
20%	ללא	3,000 ₪ לכל הבדיקות	סיקור גנטי	בדיקות הקשורות בהריון כמפורט בפרק י"ב
25%		4,000 ₪ למקרה ביטוח	בדיקת מי שפיר/סיסי שליה/ורפיי VERIFI	
25%	12 חודשים	400 ₪ לכל עובר	סקירת מערכות	
25%	6 חודשים	300 ₪ ליום הבראה ועד 3 ימים	הבראה ליולדת	
פרק י"ג – טיפולים בילדים				
25%	ללא	600 ₪	הרטבה אצל ילדים מעל גיל 6 המטופלת באמצעות פעמון הרטבה	טיפולים בילדים כמפורט בפרק י"ג
25%		140 ₪ לטיפול ועד 45 טיפולים לשנת ביטוח	בעיות התפתחות שהתגלו ואובחנו ע"י רופא מומחה במכון ציבורי להתפתחות הילד מגיל 3 ועד גיל 10 (כולל) המחייבות טיפול ע"י אחד מאלה: פזיותרפיסט	

			ו/או מרפא בעיסוק ו/או קלינאי תקשורת ו/או פסיכולוג	
20%		180 ש"ח לטיפול ועד 10 טיפולים לשנה	בעיות התנהגות שהתגלו ו/או אובחנו ע"י מטפל רגשי מומחה ו/או פסיכולוג ו/או רופא מומחה אצל ילד מבוסס מגיל 3 ועד גיל 18.	
פרק י"ד – שהייה במחלקת/יחידת החלמה				
50%	ללא	340 ש"ח ליום ועד 30 יום במקרה של השתלת לב ועד 10 ימים למקרים של ניתוח לב פתוח או אוטם שריר לב	שהייה במחלקת/יחידת החלמה המיועדת למי שעבר אירוע לב מיד לאחר שחרורו מבית החולים בו טופל עם קרות אירוע הלב	שהייה במחלקת/יחידת החלמה כמפורט בפרק י"ד
25%	ללא	260 ש"ח ליום ועד 7 ימים	שהייה במחלקת/יחידת החלמה לאחר ניתוח (שאינו לב)	
פרק ט"ו – התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב				
50%	ללא	230 ש"ח לחודש ועד תקופה רצופה של 12 חודשים	התעמלות שיקומית לאחר אירוע לה במתקיימת במסגרת מכון לשיקום לחולי לב	התעמלות שיקומית אחרי אירוע לב כמפורט בפרק ט"ו
פרק ט"ז – שיקום כושר הדיבור				
10%	180 יום	120 ש"ח לכל טיפול ועד 10 טיפולים בשנה קלנדרית	טיפולים לשיקום כושר הדיבור בעקבות אירוע מוחי (C.V.A) או ניתוח או מחלה אשר ניתן לשפרו ע"י	שיקום כושר הדיבור כמפורט בפרק ט"ז

			טיפול מיוחד לשיקום הדיבור	
פרק י"ז – חיסונים לנוסעים לחו"ל				
ללא	ללא	1,350 ₪ למבוטח ובן/בת זוגו	נסיעה של המבוטח ובן/בת זוגו לארצות חוץ לצורך השתתפות המבוטח בכינוס מדעי ע"פ הוראה של משרד הבריאות בישראל	חיסונים לנוסעים לחו"ל כמפורט בפרק י"ז
25%		240 ₪ לנפש	נסיעתו של המבוטח לארצות חוץ אשר חייבה ע"פ הוראה של משרד הבריאות הישראלי	
פרק י"ח – בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים				
ללא	ללא	3,000 ₪ למקרה ביטוח	שיפוי בגין הוצאות לבדיקות מעבדה פתולוגיות	בדיקות מעבדה לגידולים ממאירים כמפורט בפרק י"ח
פרק י"ט – מכשירים ואביזרים רפואיים				
15%	12 חודשים	2,500 ₪	חגורה מתקנת אחת ל- 3 שנים	מכשירים ואביזרים רפואיים כמפורט בפרק י"ט
40%		1,400 ₪	מכשיר ליישור הגב אחת ל- 3 שנים	
25%	6 חודשים	300 ₪ אם המכשיר נרכש בחנות הקשורה עם המבטחת בהסכם – יוחזר הסכום העולה על 170 ₪ (המהווים ה.ע.)	חגורת בקע אחת ל- 3 שנים	
50%		6 חודשים	400 ₪ אם המכשיר נרכש בחנות	

		הקשורה עם המבטחת בהסכם – יוחזר הסכום העולה על 50 ₪ (המהווים ה.ע.)		
25%	12 חודשים	4,200 ₪ אם המכשיר נרכש בחנות הקשורה עם המבטחת בהסכם – יוחזר הסכום העולה על 1,000 ₪ (המהווים ה.ע.)	מכשיר CPAP אחת ל- 5 שנים	
25%	ללא	1,500 ₪ למכשיר	מכשיר שמיעה	
פרק כ' – שירותים רפואיים נוספים				
ללא	ללא	כרטיס טיסה למרכז הארץ	הוצאות נסיעה לתושבי אילת הזקוקים ע"פ קביעת רופא לטיפול רפואי שאין אפשרות לקבלו באילת	שירותים רפואיים נוספים כמפורט בפרק כ'
10%	ללא	עד 350 ₪	ביצוע בדיקות גנטיות במעבדה מוכרת	
20%	3 חודשים	עד 200 ₪	חיסונים נגד צהבת/אבעבועות רוח (לילדים עד גיל 18)	
20%	3 חודשים	200 ₪ לבדיקה	בדיקת צפיפות העצם לנשים אחת ל- 3 שנים	
15%	12 חודשים	390 ₪	מדרסים אחת ל- 3 שנים	
215 ₪ או 110 ₪ (תלוי בבדיקות שיבוצעו)	12 חודשים	בהתאם למוסכם	בדיקות סקר תקופתיות אחת ל- 24 חודשים במכוני הסדר	

20%	3 חודשים	250 ₪ בשנה למכשיר	אביזרים ברכישה: מכשיר למדידת סוכר - גלוקומטר מכשיר אוטומטי למדידת לחץ דם, מכשיר חצי אוטומטי למדידת לחץ דם אחת ל- 3 שנים
20%	3 חודשים	1,500 ₪ בשנה למכשיר	אביזרים בהשאלה: מכשיר לייצור חמצן, משאבת אינפוזיה (קנגרו), פולסאוקסימטר, אנפניאה מוניטור קרדיאלי, CPM, מוניטור לניטור צירים בהריון בסיכון

הערות:

לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר. אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב", תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב" הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב", מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח.

*חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל, וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת, לא תהיה זכאי להחזר כפול, מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

אופן משלוח מסמכי דיווח - מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח והדוח השנתי (להלן - מסמכי הדיווח) ישלחו למבוטחים בדואר אלקטרוני, בליווי מסרון לטלפון הנייד. (ככל שלא ביקשו קבלת מסמכי הדיווח בדואר ישראל). באפשרותכם לשנות/ לעדכן בכל עת את אמצעי ההתקשרות עמנו באמצעות פניה למוקד שירות הלקוחות ב- 2000* או באמצעות כניסה למידע האישי באתר האינטרנט של החברה בכתובת: www.menoramivt.co.il.

יובהר, כי שינוי אופן קבלת מסמכי הדיווח יחול על כלל מוצרי הביטוח אשר ברשותך.

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

חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה.

למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח.

לתשומת ליבך, המידע שנמסר אודותיך נמסר מרצונך ובהסכמתך וישמש להפקת פוליסות הביטוח וטיפול בכל העניינים הנובעים מהפוליסה/ות או מוצרים ושירותים הקשורים אליה/ן, לשירות השירותים, ניתוחים ומחקרים סטטיסטיים, עדכון פרטיך בחברות קבוצת מנורה מבטחים ולפניות מותאמות אישית, ולצורך מימוש מטרות אלה יכול שהמידע יועבר לצדדים שלישיים בהתאם לדין. לעדכון פרטים ניתן לפנות בכל עת למוקד שירות הלקוחות (2000*). כדי ללמוד עוד על פרטיותך מומלץ לעיין במדיניות הפרטיות שלנו בכתובת:

<https://menora.click/privacypolicy>

ביטוח בריאות בסיסי

לחברי/עובדי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

הפוליסה כוללת שירותים אמבולטוריים שונים אשר יהיו בתוקף עבור חבר / עובד הר"י ובני משפחתו (בן/בת זוג וכל ילדיהם עד גיל 25) וכן השתלות וטיפולים מיוחדים לאחר מיצוי זכויות בסל הבריאות - בתוקף עבור בני משפחתו של חבר /עובד הר"י שאינם מבטחים בפוליסות אחרות באמצעות הר"י.

מבוא והגדרות

מבוא: 1.

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.

יובהר, כי בהתאם להוראות המפקח על הביטוח, תנאי הפוליסה נכנסים לתוקף ביום 01.07.2021 עד לתאריך 30.06.21 ימשיכו לחול תנאי הפוליסה הקודמת.

הגדרות: 2.

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

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/בציבור של חבר/עובד הר"י וכל ילדיהם עד גיל 25. 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.

2.3.3. ילדיהם של עובדי הר"י וחברי הר"י מעל גיל 25 (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 "מבטחים קיימים" הינם מי שהיו מבטחים בביטוח "ביטוח בריאות בסיסי" ברצף החל מיום 01.01.2016 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת עבור חברי/עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 31.03.2021 (להלן: **"הביטוח הקודם"**).

2.4 בני משפחה - בן/בת זוג לרבות ידוע/ה בציבור וילדים עד גיל 25

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 מבטחים על החלטות המבטחת, אשר תורכב בהתאם לקבוע בפוליסה.

2.8 מקרה ביטוח - אירוע כמוגדר בכל אחד מפרקי הפוליסה, לפי העניין, בגינו זכאי המבוטח לקבל מאת המבטחת תגמולי ביטוח, **הכל בכפוף לתנאים, לחריגים ולסייגים שבפוליסה.**

2.9 תקופת אכשרה - תקופה רציפה של 90 יום למעט אם צויין מפורשות אחרת בפוליסה החלה אך ורק על מצטרפים כהגדרתם בסעיף 2.3.3. התקופה מתחילה לגבי כל מבוטח במועד בו החל לראשונה הביטוח של אותו מבוטח, ובסיומה זכאי הוא לקבל דמי ביטוח לפי הפוליסה. תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בתקופות ביטוח רציפות, ותחול מחדש בכל פעם בה הצטרף מבוטח לביטוח מחדש, בתקופות ביטוח בלתי רצופות. על אף האמור לעיל לא יחולו ההוראות בדבר תקופת אכשרה על הכיסויים המפורטים בפרק ז' ("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 שביקשו 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-חדיריתית (Invasive Procedure), החודרת דרך רקמות, ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל

המבטוח. 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 המבטוח 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 המבטוח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבטוח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

2.14. **מועד תחילת הביטוח** - המועד בו התקבל המבטוח לביטוח, אך לא לפני 01.04.2021 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 01.07.2021 עד לתאריך 30.06.2021 ימשיכו לחול תנאי הפוליסה הקודמת.

2.15. **הפרמיה או דמי ביטוח** -הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבטוח 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 המבטוחים, מועד תחילת תקופת הביטוח ותקופת הביטוח לגבי כל מבטוח, דמי הביטוח, הגבלות על היקף הכיסוי הביטוחי של מבטוח 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 המבטוחים 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 שייוחד לשירותי בריאות וששימוש על ידי המבטחת לצורכי פוליסה זו יאושר על ידי המפקח על הביטוח.

2.19. **המדד היסודי לתשלומי בעל הפוליסה** - שפורסם ביום 15.05.2021 שערכו 12476 נק'. לשאר הסכומים המצוינים בפוליסה כפי שמצוין לידם.

- 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 - 16 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 פרטיו וחתום על ידי המועמד לביטוח ו/או על ידי בן/בת זוגו בשמו ובשם כל אחד מיחיד 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/ 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. לענין 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 לנוותי 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 אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי, המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח, המכוסה במסגרת הביטוח (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/הו בן/בת זוג של עובד/ת וילדיהם עד גיל 25 הכניסה לביטוח הינה

- אוטומטית לאחר תחילת חברותם ו/או העסקתם אצל בעל הפוליסה ואינה מותנית במילוי הצהרת בריאות/טופס הצטרפות.
- 3.2. הצטרפות מבטחים כהגדרתם בסעיף 2.3.3 הינה וולונטרית והפוליסה תיכנס לתוקפה החל ממועד תחילת הביטוח המצוין לגבי מבטחים אלה בדף פרטי הביטוח שיישלח אליהם לאחר קבלתם לביטוח.
- 3.3. מבטחים קיימים יצורפו לביטוח באופן אוטומטי וברצף ביטוחי מלא. מבטחים 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 מבטחים בהתאם לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי**
- 3.4.1. מוטלת על מבטח 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 למבטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (להלן: פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעד כל פרק כאמור בנפרד; במקרים שבהם ניתנת למבטח אפשרות לבחור להצטרף לביטוח הכולל כמה פרקי כיסוי אשר נמכרים יחד כחבילה, בלי שניתן לבחור רק חלק מהפרקים, יוצגו למבטח דמי הביטוח בעד כל חבילת פרקי כיסוי ולא בעד כל פרק כיסוי בנפרד ואם המבטח הוא ילדו או בן-זוגו של עובד בעל הפוליסה, 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 המבטחים 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 המבטחים בקבוצה מ-50 לא תחודש הפוליסה הקבוצתית במועד פקיעתה או בתום תקופת הביטוח, לפי המוקדם.

3.7. **מבטחים חדשים שאינם מבטחים 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 30 יום מיום קבלתו לראשונה של תשלום בגין דמי הביטוח, או אם פנתה המבטחת למבוטח בבקשה להשלמת נתונים 60 יום 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 30 ימים 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 מבטחים בעלי מאפיינים דומים, **והכל בסייגים שהיו אמורים להירשם בדף פרטי הביטוח ובכפוף לתנאי הפוליסה.**

4. תקופת הביטוח

- 4.1. תקופת הביטוח הינה מיום 01.04.2021 ועד ליום 30.06.2025 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 **שגיאה! מקור ההפניה לא נמצא.** 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 25 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.
במקרה שהעובד פרש לגמלאות ו/או במקרה שההסכם יגיע לסיומו ולא יחודש לתקופה נוספת בחברת מנורה או בחברה אחרת, המבוטחים יהיו זכאים להנחה בגובה 30% לכל החיים.

6. התאמת פרמיה

אחת ל- 24 חודשי ביטוח החל ממועד תחילת הביטוח ובפעם הראשונה בתאריך 30.06.2022 (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 המוסכמת בין בעל הפוליסה למבטח ובכל מקרה לא יותר מ 20%

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 לגביי החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שארע בתקופת 60 הימים כאמור.

7.2. ביטול הפוליסה על ידי המבוטח

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

7.4. 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.

7.5. 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 מבוטח 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 ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה 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 למשלמם, 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 מירמה.

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 למשלמם.

8.3 סעיף 8.2 לעיל, לא יחול במקרים הבאים אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מירמה בהתקיים אחד מאלה:

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.

8.5 לגבי מצטרפים לפוליסה הקבוצתית באופן אובליגטורי הצרוף יהיה ללא הצהרת בריאות וללא חיתום .

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 מבטחים קיימים, יחשב כמועד תחילת הביטוח הקודם לגבי הכיסויים הביטוחיים והסכומים החופפים בשני הביטוחים. כמו כן מבטחים קיימים יהיו פטורים מתקופת אכשרה נוספת בגין הכיסויים החופפים.

9.1.2 מקרה הביטוח נגרם משירות המבוטח בכוונת 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, אלוהולזים, 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 מבטחים שאינם מבטחים 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 ויצוין 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 לשלמם 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 הוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותה מבטחת ובין אצל מבטח אחר. למניעת ספק יצוין, כי כאשר המבוטח זכאי לקבל שיפוי בגין הוצאותיו על פי כל דין או מכל גורם אחר, יהא זכאי לקבל מאת המבטחת תגמולי ביטוח, המגיעים לו לפי תנאי הפוליסה, כדי הפרש בהוצאותיו, אשר בגינו אינו זכאי לשיפוי מכל גורם אחר כאמור.

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.

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 מבטחים 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 מבטחים כהגדרתם בסעיף 2.3.3 הינה כמפורט בדף פרטי הביטוח. תשלום הפרמיות בגין מבטחים כהגדרתם בסעיף 2.3.3 יבוצע בהוראות קבע או באמצעות כרטיס אשראי **אחת לחודש**.
- 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 תשלומם, 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 ויצוין: 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 מהחובה 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 החובה 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:

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, תיכלל בהודעה כאמור פסקה לעניין ההסכמה המפורשת הנדרשת של המבוטח ובהעדרה המשמעות של העדר הרצף הביטוחי.

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.

הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותה מבטחת ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבוטחים, תמסור המבטחת לכל יחיד בקבוצת המבוטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, 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.

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.

17.1. 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 יישום 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 חמש 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 בועדת הערר, יצורף לועדה 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

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

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 למסורם למבטחת ימסרו בכתב למשרדי תחום בריאות במנורה מבטחים.

הכיסויים בפוליסה

פרק א': 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 - 75% (שבעים וחמישה אחוז) מעלות חוות הדעת ובלבד שהשיפוי אשר ישולם כאמור לא יעלה 1,600 ש"ח (במידה וזו חוות דעת ראשונה בגינה משולמים תגמולי ביטוח במהלך השנה הקלנדרית) או לא יעלה על 800 ש"ח (במידה וזו 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 700 ש"ח.
המבוטח יהיה זכאי לעד 3 התייעצויות מעין אלה בשנה.

1.4 חוות דעת רפואית נוספת בחו"ל

1.4.1. **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 6,000 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.

1.5 מבוטח שלא מימש את זכאותו לקבלת תגמולי ביטוח על פי האמור בסעיף 2 יהיה

זכאי לקבלת תגמולי ביטוח בגין מקרה הביטוח כמפורט להלן:

1.5.1. **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 לייעץ לו כאמור, ורופא המבטחת אישר את קביעתו - המבוטח טס לחו"ל.

1.6 המבטחת תשלם למבוטח תגמולי ביטוח בגובה 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בגין התייעצות, אך לא יותר מסך של 5,000 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.

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

פרק ב': 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 יממות ממועד גמר הניתוח ובלבד שהניתוח בוצע בתוך תקופת הביטוח.

2. תגמולי הביטוח:

יורשיו החוקיים של המבוטח יהיו זכאים בקרות מקרה הביטוח עפ"י פרק זה לתגמולי ביטוח בגין מותו בסך כולל של 43,000 ש"ח.

פרק ג': 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 פרייה, למבוטחת אשר אינה זכאית לטיפול מכח חוק הבריאות או מכח מחויבות אחרת שבין הקופה לכלל מבטחיה.

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 ו/או לא כוסתה במלואה.

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 ד': סיוע לאחר ניתוח

1. מקרה הביטוח:

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

2. תגמולי הביטוח:

- 2.1. המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין תשלום עבור שמירה פרטית של אחות, לאחר קרות מקרה הביטוח. המבוטח יהיה זכאי ל- 85% מההוצאה בפועל ועד 400 ש"ח ליום לתקופה של עד שמונה ימי אשפוז בבית חולים.
- 2.2. המבוטח יהיה זכאי לפיצוי בסך 250 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 ה': פינוי רפואי מחו"ל

1. מקרה הביטוח:

- מבוטח הנזקק כתוצאה ממחלה או מתאונה שאירעו לו בחו"ל או כתוצאה מהחמרת מחלה בחו"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 שינוי הטיסה ובגין התשלום לצוות הרפואי המלווה עד לסך כולל של 55,603 ש"ח. ההטסה לארץ תתבצע בשרות מטוסים סדיר ואולם אם נדרשת הטסתו המיידית של המבוטח לישראל להצלת חייו או למניעת הידרדרות חמורה במצב בריאותו, תתבצע ההטסה בטיסה מיוחדת. אם המבוטח זכאי להחזר בגין כרטיס הטיסה חזרה לישראל

שרכש בטרם קרות מקרה הביטוח או שטרם רכש כרטיס כאמור, 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 ו': הוצאות נלוות לנסיעה לטיפול רפואי בחו"ל – כיסוי זה יהיו בתוקף ואך ורק עבור בני משפחתו של חבר ו/או עובד הר"י שאינם מבטחים בפוליסה אחרת שנערכה עבורם על ידי הר"י

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 85,000 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 ז': השתלות אברים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק- פרק זה יהיה בתוקף אך ורק עבור בני משפחתו של חבר ו/או עובד הר"י שאינם מבטחים בפוליסה אחרת שנערכה עבורם על ידי הר"י

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, שווייץ, נורבגיה, איסלנד או באחת המדינות החברות באיחוד האירופי. במקרה בו יושג 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 לשותף פעולה ככל שידרש ממנו לשם מימוש זכותה של המבטחת כאמור.

2.1.3 **מימון השתלת מח עצם אלוגנאית בחו"ל יאושר 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 קורות 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 מבטח 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 ח': טיפולים מיוחדים בחו"ל לאחר מיצוי זכויות על פי חוק –
פרק זה יחול אך ורק עבור בני משפחתו של חבר ו/או עובד הר"י שאינם מבטחים
בפוליסה אחרת שנערכה עבורם על ידי הר"י

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 כרטיס הטיסה של הרופא, שלא יעלו על סך כולל של 3,000 ש"ח.
 - למען הסר ספק מובהר בזה, כי המבטחת לא תהיה אחראית לשיפוי הוצאות נוספות הנובעות ממטען עודף של המבוטח ו/או מלווה ו/או הרופא, או כל הוצאה אחרת בגין הליווי הרפואי.
 - 2.2. הוצאות סבירות להעברה יבשתית של המבוטח ומלווה אחד משדה התעופה לבית החולים ובחזרה, בהתאם למצבו הרפואי של המבוטח.
 - 2.3. הוצאות סבירות למגורים ולכלכלה סבירה של המבוטח ומלווה אחד בארץ הטיפול בהיותם בהמתנה לביצוע הטיפול הרפואי או לאחר השחרור מבית החולים, ובתנאי שהשהייה בארץ הטיפול אושרה ע"י רופאו של המבוטח כחיונית מבחינה רפואית, וכן הוצאות מגורים של המלווה בתקופת אשפוזו של המבוטח.

הוצאות המגורים והכלכלה הסבירות למבטח ולמלווה 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 המבטח ומלווה אחד, ובתוספת הוצאות החלות על שוכר דירה (גז, חשמל, מים) אשר המבטח יידרש לשאת בהם.

2.3.2. "הוצאות כלכלה" - הוצאות שהוציאו המבטח ו/או מלווה עבור אוכל ושתייה, אשר לא יעלו, עבור שניהם ביחד, על סך 4,000 ש"ח לכל חודש של שהייה, או החלק היחסי המתאים לתקופה קצרה מחודש.

2.4. הוצאות אשפוז של המבטח 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 והמבטח לא תהיה אחראית ולא תשפה את המבטח עבור הוצאות רפואיות בגין טיפולים אחרים, וגם לא עבור הוצאות טיפול שניים.

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 המבטח אינו זכאי להם במסגרת השירותים הניתנים על ידי קופת החולים אליה משיך המטופל לחבריה. אחריות המבטח 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 55,000 ש"ח למקרה ביטוח אחד.

למען הסר ספק מוצהר ומוסכם בזאת כי הוצאות רפואיות כאמור, אשר הוצאו בטרם חזר המבטח לארץ לאחר הטיפול הרפואי, מכוסות גם אם ניתן לבצע את המשך הטיפול בארץ, ובלבד שהוכח כי המבטח 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 המבטח כל אחריות בגין הוצאה כלשהי שאינה מאלה המפורטות לעיל, והוצאות אלה יחולו על המבטח לבדו.

3. סכום הביטוח:

"סכום הביטוח" - לפי פרק זה הוא 650,000 ש"ח.

פרק ט': ניתוחים וטיפולים רפואיים בחו"ל להצלת שמיעה וראיה – פרק זה יחול אך ורק לגבי בני משפחתו של חברו/או עובד הר"י שאינם מבטחים בפוליסה אחרת שנערכה עבורם על ידי הר"י

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 550,000 ₪.

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 כרטיסי הטיסה של הרופא, שלא יעלו על סך כולל של 5,500 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, ושירותים 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 מלווהו עבור אוכל ושתייה, אשר לא יעלו, עבור שניהם ביחד, על סך של 5,500 ₪, 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 45,000 ש"ח למקרה ביטוח אחד.

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

3.6. הוצאות הטסת גופתו של מבטח במקרה מותו חו"ח בעת שהייתו בחו"ל לצורך ביצוע הטיפול הרפואי. מובהר בזאת, כי לא תכסינה 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 המבטח 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': מנוי למשדר קרדיולוגי

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

מבטח 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 בנייתו לב.

2. מנוי למשדר קרדיולוגי:

המבטחת תשפה את המבטח בסכום השווה ל - 75% מההוצאות בפועל עבור דמי שרות המנוי אך לא יותר מסך 150 ש"ח לחודש, לתקופה מרבית של 18 חודשים.

פרק י"א: שמירת רקמות לתקופות ארוכות

1. מקרה הביטוח:

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

1.2. שמירת הזרע למבטח העומד לעבור טיפולים כימותרפיים או הקרניים.

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

1.4. שמירת ביציות או עוברים מוקפאים לצרכי הריונות למבטחת בגיל 35 עד 42

כאשר השמירה מיועדת להשתלה באשה עצמה כולל מימון ההוצאות לשאיבה ו/או

הקפאה.

2. סייגים:

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

3. תגמולי הביטוח:

- 3.1 המבטחת תשלם למבוטח בקרות מקרה הביטוח על פי סעיפים 1.1 עד 1.3. כולל שיפוי של עד 500 ₪ ובלבד שלא יעלה על 75% מההוצאות בפועל.
- 3.2 המבטחת תשלם למבוטח בקרות מקרה הביטוח על פי סעיף 1.4. שיפוי של עד 20,000 ₪ לכל תקופה של שלוש שנים ובלבד שלא יעלה על 80% מההוצאות בפועל.

פרק י"ב: בדיקות הקשורות בהריון

1. סיקור גנטי

- 1.1 **אירוע ביטוחי:** מבטח 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 20% 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 מבטחת אשר על פי המלצת גנטיקאי או גינקולוג עברה בדיקות הריון שאינן בדיקות גנטיות כגון: מי שפיר/סיסי שליה/VERIFI.
- 2.2 **תגמולי הביטוח:** המבטחת תשלם למבוטחת, בקרות מקרה הביטוח, שיפוי עד לגובה של 4,000 ש"ח ובלבד שלא יעלה על 75% מההוצאות בפועל.

3. סקירה מערכות

- 3.1 **אירוע ביטוחי:** ביצוע סקירת מערכות בגוף המבטחת פעם אחת בהריון.
- 3.2 **תגמולי הביטוח:** סכום השווה ל- 75% מההוצאה בפועל ועד לסכום מירבי בסך 400 ש"ח לכל עובר.
- 3.3 תקופת אכשרה- 12 חודשים.

4. הבראה לילדת

המבטחת תשפה את היולדת המבוטחת בהוצאות הבראה לאחר לידת הילד הרביעי או לאחר לידת כל ילד נוסף

4.1 אירוע ביטוחי: יציאת המבטחת 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 300 ש"ח לכל יום הבראה, לתקופה מירבית בת שלושה ימים.

5. תקופת אכשרה- שישה חודשים.

פרק י"ג: 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.

בעיות רגשיות ו/או נפשיות – טיפול רגשי ו/או פסיכולוגי,

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הינו אחד מאלה:

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

3.2 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.

3.3 בעיות התנהגות שהתגלו ו/או אובחנו על ידי מטפל רגשי מומחה ו/או פסיכולוג ו/או רופא מומחה אצל ילד מבוטח מגיל 3 עד גיל 18.

3. סכום הביטוח ותגמולי ביטוח:

2.1. במקרה של בעיות הרטבה כאמור בסעיף 2.1, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי חד פעמי בשיעור של 75% מההוצאה בפועל לטיפול מניעת הרטבה באמצעות פעמון הרטבה, אך לא יותר מאשר 600 ש"ח.

- 2.2. במקרה של בעיות התפתחות כאמור בסעיף 2.2, יהיה המבוטח זכאי לשיפוי בשיעור של 75% מעלות הטיפול, אך לא יותר מ- 140 ש"ח לטיפול. השיפוי יינתן עבור עד 45 טיפולים לשנת ביטוח.
- 2.3. במקרה של בעיות התנהגות כאמור בסעיף 2.3 יהיה המבוטח זכאי לשיפוי של 80% מעלות הטיפול, אך לא יותר מ- 180 ש"ח לטיפול. השיפוי יינתן עבור עד 10 טיפולים לשנה
- "שנה" לעניין סעיף זה הינה תקופה בת שנה המתחילה ביום הטיפול הראשון שבוצע.

פרק י"ד: 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, שהייה 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 שהייה 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. שהייה 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 מבטוח, שעבר ניתוח המחייב, על פי הוראה רפואית, שהיה במחלקת/ יחידת החלמה המיועדת למי שעבר ניתוח מסוג זה, ובלבד שהתקיימו התנאים הבאים:

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

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

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

2.4 **תגמולי הביטוח:** המבטוח 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 המבטוח ובן זוגו גם יחד), למשך תקופה שלא תעלה על 7 ימים.

פרק ט"ו : 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 מבטוח 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 המבטוח את אירוע הלב.

3. **תגמולי הביטוח:** המבטוח 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: שיקום כושר הדיבור

1. **מקרה הביטוח:**
טיפולם 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 י"ז: חיסונים לנוסעים לחו"ל

1. **מקרה הביטוח:**
 - 1.1. נסיעתו של המבוטח ובן/בת זוגו לארצות חוץ לצורך השתתפות המבוטח בכינוס מדעי אשר חייבה, על פי הוראה של משרד הבריאות בישראל, מתן חיסונים למניעת הדבקות במחלות הקיימות באותן ארצות חוץ. "המבוטח" לצורך סעיף זה - אך ורק מבוטח שהוא חבר הר"י ובן/בת זוג.
 - 1.2. נסיעתו של המבוטח לארצות חוץ אשר חייבה, עפ"י הוראה של משרד הבריאות הישראלי, מתן חיסונים למניעת הדבקות במחלות הקיימות באותן ארצות חוץ.
2. **תגמולי הביטוח:**
 - 2.1. במקרה נסיעה לצורך השתתפות המבוטח בכינוס מדעי - המבוטח ובן/בת זוגו יהיו זכאים לשיפוי בגין ההוצאה בפועל עבור ביצוע החיסונים במרפאה מוכרת המורשית לביצוע החיסונים לנוסעים לארצות חוץ, עד לסכום מירבי של 1,350 ש"ח.
 - 2.2. במקרה נסיעה אחרת - המבוטח ובני משפחתו יהיו זכאים לשיפוי בגין 75% מההוצאה בפועל עבור ביצוע החיסונים במרפאה מוכרת המורשית לביצוע החיסונים לנוסעים לארצות חוץ, עד לסכום מירבי של 240 ש"ח לנפש.

פרק י"ח: 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, שמטרתהן 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 3,000 ש"ח למקרה ביטוח.

פרק י"ט: מכשירים ואביזרים רפואיים

השירות הרפואי	מקרה הביטוח	תגמולי הביטוח	תקופת אכשרה
חגורה מתקנת:			
השתתפות בהוצאות לרכישת חגורה מתקנת (מסוג מילוקי או בוסטון) למבטחים שגילם עד 18 שנה בלבד. זכאות: אחת לשלוש שנים.	מצבו הבריאותי של מבטח שגילו עד 18 שנה המחייב, על פי הוראת רופא מומחה (אורתופד או נירולוג), שימוש בחגורה מתקנת מסוג מילוקי או בוסטון.	סכום השווה ל- 85% מההוצאה בפועל לרכישת החגורה ועד לסכום מירבי בסך 2,500 ש"ח.	12 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח.
מכשור ליישור הגב:			
השתתפות בהוצאות לרכישת מכשיר אלקטרוני ליישור גב (מסוג Agarskol או Nevrogar או Agrelief-10 או Compact tens) למבטחים שגילם עד 18 שנה בלבד. זכאות: אחת לשלוש שנים.	מצבו הבריאותי של מבטח שגילו עד 18 שנה המחייב, על פי הוראת רופא מומחה (אורתופד או נירולוג), שימוש במכשיר אלקטרוני ליישור גב (מסוג Nevrogar או Agarskol או Agrelief-10).	60% מההוצאה בפועל לרכישת המכשיר ועד לסכום מירבי של 1,400 ש"ח.	12 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח.
חגורת בקע:			
השתתפות בהוצאות לרכישת חגורת בקע. זכאות: אחת לשלוש שנים.	מצבו הרפואי של המבטח אשר, על פי אישור רפואי מרופא מומחה, סובל מבקע (הרניה) המחייב שימוש בחגורת בקע.	סכום השווה ל- 75% מההוצאה בפועל לרכישת המכשיר ועד לסכום מירבי של 300 ש"ח . במידה והמכשיר נרכש בחנות הקשורה עם המבטחת בהסכם, יוחזר למבטח הסכום העולה על 170 ₪ (המהווים השתתפות עצמית).	6 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח.

השירות הרפואי	מקרה הביטוח	תגמולי הביטוח	תקופת אכשרה
מכשיר אינהלציה:			
השתתפות בהוצאות לרכישת מכשיר אינהלציה אישי. זכאות: אחת לשלוש שנים.	מצבו הרפואי של המבוטח אשר, על פי הוראת רופא מומחה, מחייב ביצוע אינהלציה באופן יומיומי קבוע ושוטף.	סכום השווה ל- 50% מההוצאה בפועל לרכישת המכשיר ועד לסכום מירבי של 400 ש"ח. במידה והמכשיר נרכש בחנות הקשורה עם המבטחת בהסכם, יוחזר למבוטח הסכום העולה על 50 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית).	6 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח.
מכשיר CPAP:			
זכאות: אחת לחמש שנים.	מצבו הרפואי של המבוטח אשר, על פי הוראת רופא מומחה, מחייב שימוש במכשיר למניעת דום נשימה בשינה מסוג CPAP באופן יומיומי קבוע ושוטף.	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 1,000 ש"ח (המהווים השתתפות עצמית).	12 חודשים ממועד ההצטרפות לביטוח.
מכשיר שמיעה	השתתפות במכשיר שמיעה	(החזר של כ- 75% מההוצאה בפועל ההוצאה בפועל ולא יותר מ- 1,500 ש"ח למכשיר)	

פרק כ': שירותים רפואיים נוספים

השירות הרפואי	מקרה מזכה	זכאות	תקופת אכשרה
הוצאות נסיעה לתושבי אילת	מבוטח תושב אילת הזקוק, עפ"י קביעת רופא קופת החולים בה הוא חבר, לטיפול בהתאם לסל השירותים בחוק הבריאות, שאין באפשרותו לקבלו באילת.	כרטיס טיסה למרכז הארץ	אין
בדיקות גנטיות: השתתפות בהוצאות בדיקות גנטיות. זכאות: פעם אחת בלבד	ביצוע בדיקות גנטיות במעבדה מוכרת.	סכום השווה ל- 90% מההוצאה בפועל עבור הבדיקות ועד לסכום מירבי בסך 350 ש"ח.	אין
חיסונים נגד צהבת /אבעבועות רוח (לילדים עד גיל 18) זכאות: חד פעמית	ביצוע חיסונים	סכום השווה ל- 80% מההוצאה בפועל ועד 200 ש"ח.	3 חודשים
בדיקת צפיפות העצם (לנשים) זכאות: אחת לשלוש שנים	בדיקת צפיפות העצם למבוטחת.	סכום השווה ל- 80% מההוצאה בפועל ועד 200 ש"ח לבדיקה	3 חודשים
מדרסים: השתתפות בהוצאות לרכישת מדרסים זכאות: אחת לשלוש שנים	מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב, עפ"י הוראת אורתופד או ניירולוג מומחים, שימוש במדרסים.	סכום השווה ל- 85% מההוצאה בפועל לרכישת מדרסים ועד לסכום מירבי בסך 390 ש"ח.	12 חודשים
בדיקות סקר תקופתיות:	מבוטח מעל גיל 18 המעוניין בבדיקות סקר	הבדיקות התקופתיות	12 חודשים

תקופת אכשרה	זכאות	מקרה מזכה	השירות הרפואי
	כוללות: המטולוגיה + כימיה, בדיקת שתן כללית, בדיקת רופא, לחץ דם, תפקוד ריאות, ראייה, שמיעה. ב. אחת מהבדיקות הבאות: ארגומטריה, ממוגרפיה, גינקולוגיה, אולטרה סאונד בטן, אוסטאופורוזיס. הבדיקות תבוצענה בהשתתפות עצמית בסך 215 ש"ח. מבוטח שיבצע רק אחת מ- 5 הבדיקות ללא חלק א' – ישלם השתתפות עצמית בסך 110 ש"ח.	תקופתיות.	השתתפות בהוצאות בדיקות סקר תקופתיות אחת ל- 24 חודשים במכוני הסדר

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 בכפוף להשתתפות עצמית בשיעור 20%.

דף פרטי הביטוח (מפרט הפוליסה)

מבוטח: 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 25. לעניין סעיף זה, ידועה/בציבור- מי שחי ומקיים חיי משפחה ומשק בית משותף עם חבר/עובד הר"י ובלבד שהאחרון יצהיר על כך בכתב ויסקים כי הוא/היא בלבד יהיו בן/בת הזוג לצורך הכיסוי הביטוחי לכל תקופת הביטוח.

2. ילדיהם של עובדי הר"י וחברי הר"י מעל גיל 25.

תקופת הביטוח: 01/04/2021-30/06/2025

מועד תחילת הביטוח: המועד בו התקבל המבוטח לביטוח, אך לא מוקדם מיום 01.04.2021.

מועד תחילת הביטוח לגבי מי שהיו מבוטחים בביטוח "ביטוח בריאות בסיסי" ברצף החל מיום 01.04.2021 או ממועד מאוחר יותר בהסכם לביטוח רפואי שנערך על ידי המבטחת עבור חברי/עובדי בעל הפוליסה ובני משפחותיהם, ואשר מסתיים ביום 30.06.2025, 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 01.07.2021. עד לתאריך 30.06.21 ימשיכו לחול תנאי הפוליסה הקודמת.

להלן פירוט הפרמיה החודשית בש"ח:

ממומן על ידי בעל הפוליסה	חבר/ת הר"י, בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 25
ממומן ו/או משולם על ידי בעל הפוליסה	עובד/ת הר"י בן/בת זוג וכל הילדים עד גיל 25
24 ₪ למשפחה*	ילדים של עובדי/חברי הר"י מעל גיל 25
45 ₪ למשפחה*	גמלאי/ הר"י אלמן/אלמנה של חבר ו/או גימלאי הר"י

* שני בני זוג (לרבות ידוע/ה בציבור) וכל הילדים עד גיל 25.

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

* **המדד היסודי:** המדד שפורסם ביום 15.06.2021 שערכו 12476 נק'.

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 ב'

הצהרת בעל הפוליסה

על פי תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח בריאות קבוצתי)

התשס"ט - 2009

ביטוח בריאות בסיסי לחברי ההסתדרות הרפואית בישראל ובני משפחותיהם

שם בעל הפוליסה: ההסתדרות הרפואית בישראל

הנני מצהיר כדלקמן:

1. [X] בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של 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 לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
5. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח הבריאות הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

הנחיות להגשת תביעה להחזר הוצאות אמבולטוריות ובדיקות הריון

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 אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול
הטיפול הפנייה.
חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית),
לרבות ההפניה 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 אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול
הטיפול הפנייה.
חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית),
לרבות ההפניה 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 אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את חלק א', הכולל את פרטי
המבוטח.
יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול 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 אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
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 אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה, לשם שיפור וייעול הטיפול הפנייה.
חלק ב' שנועד למילוי על ידי הרופא המטפל (רופא מקצועי שטיפל במבוטח בקשר עם הבעיה הרפואית), לרבות הפניה לביצוע הטיפול.
חלק ג' קבלת אבחון שבוצע במכון מוסמך.

יש לצרף קבלות מקוריות + צילום המחאה לצורך העברה בנקאית.
תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים המפורטים לעיל.
*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט www.menora.co.il

לפרטים ומידע

פנה למומחי מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
מוקד שירות לקוחות ארצי: 2000*
www.menoramivt.co.il

ההסתדרות הרפואית בישראל

טלפון: 03-6100471
מייל: prat@ima.org.il

