

פוליסת ביטוח בריאות קבוצתי

לעובדי מגה קמעונאות בע"מ ובני משפחתם



תוכן עניינים

שם הפרק	עמוד
הקדמה	2-3
גילוי נאות	4
תנאי הפוליסה	18
נספחים	82
הנחיות להגשת תביעה	83

עובדים יקרים

ביטוח הבריאות הקבוצתי שנעשה לעובדי החברה לפני שנים רבות הוכיח את עצמו מעל ומעבר ועובדים רבים שנקלעו למצוקה לאחר שנזקקו להוצאות רפואיות עצומות, שהגיעו לעיתים למאות אלפי שקלים, עקב מחלות שחלו בהם קיבלו מענה באמצעות הפוליסה הקבוצתית. אין ספק שללא ביטוח הבריאות הנטל שהיה נופל על העובדים היה קשה ממש.

בשנים האחרונות חל גידול משמעותי בהיקף התביעות של העובדים, רק בחמש השנים האחרונות שולמו מעל 2,000 תביעות ביטוח בהיקף של מעל 13 מיליון שקלים ובניצול של 140% מהפרמיות ששולמו, מה שהביא את חברת הביטוח לדרוש העלאה משמעותית במחיר הביטוח.

מחויבותנו לעובדים הביאה אותנו להחלטה לבדוק שוב את שוק הביטוח, לקבל הצעות גם מחברות אחרות ולוודא שנגיע לתוצאה הטובה ביותר עבור העובדים. לשם כך נעזרנו בשירותים של יועצי הביטוח שלנו חברת "מלמד יועצים בע"מ" המלווים אותנו במשך שנים רבות.

כאמור לאחר כל הבדיקות הגענו למסקנה שההצעה הטובה ביותר היא של חברת הביטוח "מנורה מבטחים". דאגנו להבטיח כי המעבר יהיה ברצף ביטוחי מלא ואף מבטוח קיים לא יצטרך למלא הצהרת בריאות וכמובן אין תקופת אכשרה.

השינויים שחלו בפוליסה הן לאור הנסיבות והן לפי תקנות רגולטוריות שקבע המפקח על הביטוח, מצריכים את חתימת העובדים על אישור המשך הביטוח בחברה החדשה. בחוברת זו תוכלו לקבל פירוט מלא אודות הכיסויים שיש בפוליסה החדשה הן ברובד הבסיסי והן ברובד המורחב, וכן פרטים בדבר אופן הגשת תביעה ומקורות המידע בכל הקשור לפוליסה זו.

אנו מאחלים לכולם בריאות שלמה ושלא נזדקק.

דבורה מקסיק
סמנכ"לית משאבי אנוש

אייל אלי
יו"ר וועד עובדי מגה
קמעונאות

מבוטח/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 ומיידי.

במסגרת התוכנית, המבוטחים 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 לעובדים, ומומלץ לכל עובד להכיר את פרטי תכנית הביטוח והאפשרויות המוצעות.

בברכת בריאות טובה לך ולבני ביתך,

תחום בריאות

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

מוקד שירות לקוחות החברה: *2000 פקס: 153-747049338	כתובת דואר האלקטרוני 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 פרטי הפוליסה

שם הביטוח	פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לעובדי מגה קמעונאות בע"מ ובני משפחותיהם
סוג הביטוח	רובד בסיס: פרק א'- השתלות וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל פרק ב'- כיסוי לתרופות שמחוץ לסל הבריאות. רובד הרחבה (אופציונלי, בתוספת לרובד הבסיס): פרק ג'- כיסוי לניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ- 1. מסלול ניתוחים מהשקל הראשון. 2. מסלול ניתוחים משלים שב". פרק ד'- כיסוי לניתוחים וטיפולי מחליפי ניתוח בחו"ל פרק ה'- שירותים אמבולטוריים. פרק ו'- שיפוי בעת גילוי מחלה קשה.
תקופת הביטוח	01.01.2020-31.12.2024, בהתאם למפורט בסעיף 4 בתנאים הכללים לפוליסה.
תיאור הביטוח	תכנית הביטוח – רובד בסיס: כיסוי להשתלות וטיפולים מיוחדים בארץ בחו"ל, כיסוי לתרופות שאינן בסל הבריאות. רובד הרחבה: כיסוי לניתוחים בישראל המבוצעים על ידי נותן שירות בהסדר בלבד, התייעצויות עם רופא מומחה בישראל אגב ניתוח וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל (שקל ראשון/שב"),

תמצית פרטי הפוליסה	
כיסוי לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל, כיסוי לשירותים אמבולטוריים, כיסוי לשיפוי בעת גילוי מחלה קשה.	
לא יכוסו מקרי ביטוח בהתאם להוראות מצב רפואי קודם והחריגים הכללים כמפורט בסעיף 8. לא יכוסו מקרי ביטוח המוחרגים בסעיפים הבאים בתכנית הביטוח: פרק ב' -טיפול תרופתי מיוחד – סעיף 7 פרק ג'1 -ניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ-שקל ראשון-סעיף 4 פרק ג'2 -ניתוחים ומחליפי ניתוח בארץ- משלים שב"ן-סעיף 6, פרק ד' -ניתוחים ומחליפי ניתוח בחו"ל – סעיף 2.3 פרק ה' - שירותים אמבולטורים, רפואה משלימה, סעיף 1.4 פרק ו' - שיפוי להוצאות רפואיות בעת גילוי מחלה קשה- סעיף 4	הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)
חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים	האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופת החולים

להלן תעריפי הפרמיה החודשית (בש"ח) עבור רובד הבסיס:

תעריף פרמיה	סוג מבטח/ת
8.9	ילד/נכד עד גיל 30
28.2	עובד/בן, בת זוג/ ילד בוגר מעל גיל 30

להלן תעריפי הפרמיה החודשית (בש"ח) עבור רובד הרחבה:

(בתוספת תשלום לרובד הבסיס)

קבוצת גיל	מסלול ניתוחים משלים שב"ן	מסלול ניתוחים מהשקל הראשון
ילד/נכד עד 30	23.8	26.8
31-40	36.9	43.3
41-50	49.4	59.3
51-55	68.3	83.4
56-60	88.8	117.8
61-65	125	152.4
+66	173.3	214.9

*הסכומים הינם צמודי מדד ונכונים למדד אשר פורסם ביום 15.12.2019.

*ילד שלישי בכל בית אב ואילך חינם.
נכד – תשלום על כל נכד.

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
השתלות וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל				
השתלות וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל כמפורט בסעיפים 2 ו-3	השתלה אצל נותן שירות בהסכם	שיפוי מלא	אין	אין
	השתלה אצל נותן שירות שלא בהסכם	₪ 5,000,000	אין	אין
	ביצוע השתלה בחו"ל	₪ 400,000	אין	אין
	טיפול מיוחד בחו"ל	₪ 1,000,000	אין	אין
	השתלת איבר מבעל חיים נותן שירות בהסכם /לא בהסכם	₪ 1,000,000	אין	אין
	בדיקות הערכה רפואית	₪ 100,000	אין	אין
	הוצאות אשפוז בחו"ל	עד 60 יום לפני ו300 ימים לאחר ביצוע	אין	אין
	הוצאות צוות רפואי, חדר ניתוח, שירותים שניתנו תוך כדי ביצוע השתלה/טיפול מיוחד	שיפוי מלא	אין	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	הוצאת האיבר המיועד להשתלה, שימור האיבר והעברתו למקום ביצוע ההשתלה	שיפוי מלא		
	הוצאות שימוש בלב מלאכותי עד למציאת תורם	1,000,000 ₪		
	איתור תורם בעת הצורך בהשתלת מח עצם או השתלה המצריכה תורם ספיצי	150,000 ₪		
	כרטיס נסיעה לחו"ל/פנימי בחו"ל לצורך השתלה בחו"ל בטיסה מסחרית של מבטח ומלווה אחד, קטין - שני מלווים	שיפוי מלא		
	הוצאות הטסה רפואית לחו"ל/הטסה רפואית פנימית בחו"ל	שיפוי מלא		
	ליווי רופא בטיסה במידה ונדרש ע"י שני רופאים מומחים	10,000 ₪		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	הוצאות שהייה של מבטח ומלווה אחד (קטין - שני מלווים) הוצאות העברה יבשתית לשדה התעופה וממנו ולבית החולים בחו"ל וממנו	600 ₪ ליום למבטח או מלווה או עד 800 ₪ למבטח+ מלווה ועד 100,000 ₪ למקרה.		
	טיפול המשך – השתלה	80,000 ₪ למקרה		
	טיפול המשך – טיפול מיוחד	40,000 ₪ למקרה.		
	העברת גופת המבטח לישראל	שיפוי מלא		
	הבאת מומחה לביצוע טיפול מיוחד בישראל (אם לא ניתן להעביר את המבטח לחו"ל	שיפוי מלא		
	הבאת מומחה מחו"ל לביצוע טיפול מיוחד בארץ להצללת חיים/ראיה/שמיעה/א יבר	100,000 ₪		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	כל הוצאה רפואית אחרת חיונית לביצוע השתלה/טיפול מיוחד	150,000 ₪		
	גמלת החלמה בגין השתלה - עד 12 חודשים.	5,000 ₪ לחודש		
	גמלת החלמה בגין השתלת לב/כבד/ריאה וכל שילוב ביניהם - עד 24 חודשים. גמלת החלמה לילד בשיעור 50% מבוגר. גמלת החלמה בגין השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות ו/או תאי אב/גזע מדם טבורי/דם פריפרי	5,000 ₪ לחודש 900 ₪ ליום ועד 30 ימים		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
פרק ב'- תרופות שלא כלולות בסל הבריאות				
תרופות שלא כלולות בסל הבריאות כמפורט בסעיף 4	כיסוי ל- תרופה שאינה כלולה בסל הבריאות או כלולה בסל אך אינה מוגדרת להתוויה הרפואית כמיועדת לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, תרופה OFF LABEL ותרופות יתום	2,500,000 ₪ מתחדש מדי 2.5 שנים	אין	150 ₪ למרשם ועד 400 ש"ח לכל המרשמים החודשיים. תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ - ללא השתתפות עצמית. 20% בגין כל בדיקה
	כיסוי לתרופה מיוחדת	200,000 ₪ לתקופת ביטוח		
	בדיקות גנטיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה	25,000 ₪ לכל מחלה		
רובד הרחבה (מיועד רק למבוטח שרכש רובד זה בנוסף לרובד הבסיסי):				
פרק ג'1- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל- שקל ראשון				
ניתוחים וטיפולי מחליף ניתוח בישראל כמפורט בסעיף 3	התייעצויות אצל נותן שירות שלא בהסכם – עד שלוש התייעצויות שכר מנתח	1,500 ₪	90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או בנוגע להריון	אין
	כיסוי מלא לניתוחים המבוצעים על ידי נותן שירות בהסדר	שפוי מלא		
		שפוי מלא		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	בלבד שכר מנתח הסכם, שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח.		או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.	
פרק ג'2- ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל לבעלי שב"ן (מיועד למבוטח שרכש רובד זה בנוסף לרובד הבסיס):				
כיסוי משלים לניתוחים בישראל לבעלי שב"ן כמפורט בסעיף 3	התייצעויות אצל נותן שירות שלא בהסכם – עד שלוש התייצעויות	1,500 ₪	90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי	אין
	שכר מנתח	שיפוי מלא		
	כיסוי ההוצאות הבאות ולאחר מיצוי הזכויות במסגרת השב"ן. שכר מנתח הסכם, שכר רופא מרדים,	שיפוי מלא	ניתוח או התייעצות. בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת	אין

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום-ניתוח. הכיסוי יינתן בגין ניתוח במסגרת הסדר ניתוח בלבד		האכשרה 12 חודשים בלבד.	
פרק ד' - כיסוי לניתוחים בחו"ל				
ניתוחים בחו"ל וטיפולים מחליפי ניתוח כמפורט בסעיף 2	ניתוח שתואם ואושר מראש מול המבטח	שיפוי מלא	אין	אין
	ניתוח אשר ביצעו לא תואם מול המבטח	200% מעלות ביצוע ניתוח בישראל		
	הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ומלווה אחד (קטין-2 מלווים) לניתוחים שמשך האישפוז מעל 8 ימי	שיפוי מלא		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	אישפוז וכן ניתוחי לב (לא כולל צינתורים), ניתוחי מח וגב.			
	הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל והעברה יבשתית	50,000 ₪		
	הוצאות שהייה בחו"ל לניתוחים מעל 8 ימי אישפוז כולל ועל ניתוחי לב (לא כולל צינתורים), ניתוח מח וניתוחי גב	מלווה אחד – עד 800 ₪ ליום ועד 35 ימים. קטין- בגין שני מלווים ועד 1,050 ₪ ליום ועד 35 ימים.		
	הטסת גופת המבוטח לישראל	שיפוי מלא		
	פרוצדורות רפואיות ותכשירים רפואיים	שיפוי מלא		
טיפול מחליף ניתוח כמפורט בסעיף 3	טיפול רפואי המחליף את הניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, בתנאי כי טיפול רפואי זה נועד להשיג תוצאות דומות לתוצאות	עד לגובה עלות ביצוע טיפול מחליף הניתוח בארץ		

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
	הניתוח המכוסה על פי ההסכם			
פרק ה'- שירותים אמבולטוריים				
בדיקות אבחנתיות כמפורט בסעיף 2.1	בדיקות אבחוניות בהתאם	5,000 ₪ לשנת ביטוח	אין	20%
חוות דעת נוספת בארץ או בחו"ל כמפורט בסעיף 2.2 –	חוות דעת רפואית נוספת - עד 3 חוות דעת לשנת ביטוח	8,000 ₪ לחוות דעת בחו"ל, 1,300 ₪ לחוות דעת בארץ		20%
בדיקות הריון כמפורט בסעיף 2.4	בדיקות להריון אחד בהתאם	3,500 ₪ הריון אחד 5,000 ₪ הריון מרובה עוברים		20%
הפריה חוץ גופית	הוצאות הפריית מבחנה	7,000 ₪ לכל ילד או 75% מהעלות בפועל, הנמוך מבין שניהם.		
התייעצויות עם מומחה כמפורט בסעיף 2.5	עד 3 התייעצויות בשנת ביטוח	600 ₪ להתייעצות		20%

שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	השתתפות עצמית
רפואה משלימה (אלטרנטיבי) כמפורט בסעיף 2.6	שירותי רפואה משלימה	שיפוי מרבי עד 200 ₪ בגין טיפול ועד מקסימום 2,000 ₪ לשנת ביטוח.		20%
פרק ו'- שיפוי בגין גילוי מחלה קשה				
שיפוי בגין מחלה קשה כמפורט בסעיף 3	הוצאה רפואית בגין טיפול/שירות רפואי בגין אחת המחלות/האירועים הרפואיים	עד 20,000 ₪ למקרה ביטוח	30 יום	20%

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"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן 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 למבטחים 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.

פוליסה לביטוח רפואי קבוצתי

לעובדי מגה קמעונאות בע"מ ובני/ות משפחותיהם

1.1	הפוליסה	פוליסת ביטוח זו, כולל תנאים כללים המתייחסים לכל פרקי הפוליסה, דף פרטי הביטוח וכל נספח ותוספת המצורפים לו וכאלה שיצורפו בעתיד, אם יצורפו, בהסכמת בעל הפוליסה והמבטח.
1.2	בעל הפוליסה	מגה קמעונאות בע"מ
1.3	המבוטחים	מי שהיה במועד הצטרפותו עובד אצל בעל הפוליסה או אחת מהחברות בנות בקבוצה ו/או בן/בת זוגו (ובכלל זאת ידועה/ה בציבור) ו/או ילדיהם ו/או בני/ות ובני משפחתו (כהגדרה להלן), שהם תושבי מדינת ישראל וחברים באחת מקופות החולים, ואשר שמם נקוב ברשימה שתועבר למבטח על ידי בעל הפוליסה, ואשר תעודכן מידי חודש. יובהר, כי "ילד" - ייחשב ככזה, בתנאי שאינו נשוי. ילד נשוי ייחשב כבוגר. להסרת ספק יובהר כי כמבוטח ייחשב רק מי שהינו תושב קבע / אזרח של מדינת ישראל.
	בני משפחה	בן/ת זוג, בנים/ות, נכדים/ות, חתנים/כלות של המבוטח.
1.4	תאריך ת. הביטוח	1.1.2020
1.5	רצף ביטוחי	הצטרפות מביטוח קודם אחר (כהגדרתו להלן) ללא חיתום, ללא הצהרת בריאות ו/או ללא תקופת אכשרה לכיסויים וסכומי ביטוח חופפים בלבד, ולעניין מצב רפואי

קודם יראו כמועד הצטרפותו של המבוטח לביטוח את מועד הצטרפותו לביטוח הקודם, ותנאי קבלתו לביטוח זה יהיו על פי תנאי קבלתו לביטוח הקודם. במידה והיו החרגות בביטוח הקודם, הן יבוטלו בתום 12 חודשים (6 חודשים למבוטחים מגיל 65 ומעלה) מיום ההצטרפות לפוליסה זו, לא יחול סייג בשל מצב רפואי קודם והכיסוי לגבי המבוטחים לא יוגבל גם אם חלה הרעה במצבם הרפואי במהלך תקופת הביטוח הקודמת. כמו כן, מובהר כי רצף ביטוחי מלא יחול לגבי כיסויי וסכומי ביטוח חופפים בלבד. יובהר כי לא יינתן כיסוי בגין מקרה ביטוח שארע בתקופת הביטוח הקודם.		
הסכום שעל בעל הפוליסה ו/או המבוטח לשלם למבטח, על פי תנאי הפוליסה.	דמי הביטוח	1.6
מערך עובדתי ונסיבתי, כמוגדר בכל אחד מפרקי או נספחי הפוליסה אשר קיומו מקנה למבוטח זכות לתגמולי ביטוח על פי תנאי הפוליסה.	מקרה הביטוח	1.7
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח ותחול מחדש בכל פעם בה צורך המבוטח לביטוח מחדש בתקופות ביטוח בלתי רצופות. תקופת האכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שאירעו כתוצאה מתאונה.	תקופת אכשרה	1.8

1.9	תקופת המתנה	תקופה רצופה, המתחילה במועד בו ארע מקרה הביטוח המזכה, הנקובה בפרקים הרלוונטיים בפוליסה זו ואשר במהלכה לא תהא על המבטח חובה לשלם תגמולי ביטוח, לגבי מקרה הביטוח על פי אותו פרק.
1.10	מדד	מדד המחירים לצרכן הכולל ירקות, המפורסם על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, או בהיעדר פרסום שכזה, מדד המפורסם על ידי גוף רשמי אחר שיבוא במקומה.
1.11	שנת ביטוח	תקופה של כל 12 חודשים רצופים, שהראשונה בהם מועד ההצטרפות של המבוטח לפוליסה.
1.12	סכום ביטוח	הסכום המרבי לתגמולי ביטוח כמפורט בתנאי הפוליסה בכל פרק או נספח שצורף לפוליסה
1.13	חוק הביטוח	חוק חוזה הביטוח תשמ"א - 1981
1.14	חוק הבריאות	חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994
1.15	ישראל	מדינת ישראל, כולל השטחים המוחזקים ע"י ישראל
1.16	חו"ל	כל מקום או מדינה מחוץ לישראל, למעט מדינות אויב
1.17	בית חולים	מוסד רפואי המוכר ע"י הרשויות המוסמכות בישראל או בחו"ל כבית חולים. להוציא מוסד המשמש כסנטוריום, בית החלמה, בית הבראה.

1.18	בית חולים פרטי	בית חולים כמוגדר לעיל המורשה על ידי משרד הבריאות לבצע ניתוחים באופן פרטי.
1.19	בית חולים בהסכם	בית חולים פרטי כמוגדר לעיל הנמצא בהסכם עם המבטח, במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
1.20	ניתוח	פעולה פולשנית – חדירנית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה. במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות- חודרניות, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול. ההגדרה נוסחה באופן המטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר ביטוח 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות"
1.21	מנתח הסכם	רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמנתח, ונמצא בהסכם עם המבטח במועד הגשת התביעה על ידי המבוטח.
1.22	מנתח אחר	רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמנתח, ואינו מנתח הסכם.
1.23	רופא מרדים	רופא אשר הוסמך ואושר על ידי השלטונות המוסמכים בישראל או בחו"ל כמרדים.

1.24	אח/אחות	אחות או אח בעלי תעודת הסמכה של משרד הבריאות.
1.25	נותן שירות שבהסכם	מנתח, בית חולים וכל רופא או גוף אחר עמו קשורה או תתקשר המבטח בהסכם, ובלבד שהיה צד להסכם עם המבטח במועד התביעה.
1.26	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, ושתל דנטלי.
1.27	יום אשפוז	יממה בת 24 שעות. מניית ימי האשפוז, בכל אשפוז שבו שהה המבוטח במהלך לילה אחד לפחות בבי"ח, תיעשה על פי מספר לילות האשפוז.
1.28	מצב רפואי קודם	מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שהתקיים בששת החודשים שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח
1.29	סייג של מצב רפואי קודם	סייג כללי בפוליסת הביטוח הפוטר את המבוטח מחבותו או המפחית את חבות המבוטח או את היקף הכיסוי, בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, ואשר ארע למבוטח בתקופה שבה חל הסייג.
1.30	ביטוח קודם/פוליסה	פוליסת ביטוח בריאות קבוצתית של בעל הפוליסה שהייתה בתוקף ערב תחילת

	קודמת	הביטוח על פי פוליסה זו.
1.32	יועץ	יועץ בחברת מלמד יועצים לניהול סיכונים בע"מ
פרקי הפוליסה:		
רובד בסיסי	פרק א'	השתלות וטיפולים מיוחדים בארץ ובחו"ל.
	פרק ב'	טיפול תרופתי מיוחד.
רובד מורחב	פרק ג'	כיסוי לניתוחים : 1. מסלול ניתוחים מהשקל הראשון. 2. מסלול ניתוחים משלים שב"ן.
	פרק ד'	כיסוי לניתוחים בחו"ל
	פרק ה'	שירותים אמבולטוריים.
	פרק ו'	שיפוי בעת גילוי מחלה קשה
	פרק ז'	SLA – לכלל רבדי הפוליסה

2. תוקף הפוליסה

2.1

פוליסה זו תיכנס לתוקפה החל מיום 1.1.2020 ותסתיים בתאריך 31.12.2024 כמפורט להלן בסעיף 4. למען הסר ספק מבוטח ששמו נשמט מרשימת המבוטחים עקב טעות טכנית ייחשב כמבוטח לכל דבר, ובלבד שתינתן הצהרה בכתב של מנהל מוסמך בארגון על עצם הטעות הטכנית ועל היותו מבוטח על פי הקריטריונים שבהסכם זה. יובהר כי בעת החזרת הביטוח לתוקף לגבי המבוטח שהושמט, תשולם פרמיה למפרע מיום הביטול.

בעל הפוליסה ימסור למבטח מידע לגבי קבוצת המבוטחים בהיקף הדרוש למבטח לשם קיום חובותיה עפ"י דין ולפי הסכם זה, לרבות קובץ נתוני המבוטחים.

2.2

הפוליסה תכנס לתוקפה באם מס' המבוטחים בקבוצה עולה על 50 מבוטחים מיום תחילת הסכם הביטוח.

3. תנאי ההצטרפות

- 3.1** כל עובדי בעל הפוליסה המבטחים בפוליסה הקודמת, אשר יחתמו על טופס הצטרפות ואשר יופיעו ע"ג רשימת המבטחים ביום חתימת הסכם זה יכללו בביטוח וזאת ללא כל צורך בחתימה על הצהרת בריאות אישית, ובכפוף לתנאי הסכם זה על כל נספחיו.
- 3.2** עובדים ובני משפחותיהם אשר אינם מבטחים בפוליסה הקודמת יוכלו להצטרף לביטוח בכפוף למילוי טופס הצטרפות וללא כל צורך בחתימה על הצהרת בריאות אישית, ובכפוף לתנאי הסכם זה על כל נספחיו ובלבד שההצטרפות בוצעה בתוך 120 יום מיום תחילת הפוליסה ו/או לעובדים חדשים, תוך 120 יום מתחילת תחילת תנאי זכאותם שיקבע ע"י בעל הפוליסה (וועק, וכיוב'), לאחר מועד זה ההצטרפות תהיה מותנית במילוי הצהרת בריאות והליך חיתום.
- 3.3** עובד שביקש להצטרף לביטוח קודם ו/או לתוכנית ביטוח זו (הוא ו/או בני משפחתו) ונדחה עקב ביצוע הליך חיתום רפואי, לא יוכל לשוב ולהצטרף לתוכנית ביטוח זו, ללא מילוי הצהרת בריאות וביצוע הליך חיתום רפואי, גם אם בקשת הצטרפותו תעשה בזמן 120 הימים המאפשרים צירוף ללא מילוי הצהרת בריאות.
- 3.4** עובדים ובני משפחתם אשר יהיו מעוניינים להצטרף במהלך תקופת ההסכם (לאחר 120 יום ממועד תחילת הפוליסה או תחילת זכאותם) יידרשו למלא טופס הצטרפות הכולל הצהרת בריאות ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור כל פרק כאמור בנפרד;
- 3.5** מבטח רשאי לצרף את בן/ת זוגו וילדיו עד גיל 30 לביטוח, וכן ילדיו הבוגרים (מעל גיל 30), כלותיהם וילדיהם (נכדי המובטח הראשי).
- 3.6** בני/ות זוג של עובד/ת שנישאו במהלך תקופת הבטוח, לא יידרשו למלא הצהרת בריאות ויחולו עליהם תנאי הקבלה החלים על פי סעיף 3.3 לעיל ובלבד שההצטרפות בוצעה בתוך 120 יום מיום נישואיהם.
- 3.7** תינוק שנולד - שצורף לביטוח תוך 120 יום מיום הלידה על ידי הודעה בכתב לחברת הבטוח, כולל פרטיו המלאים: שם, ת.ז ותאריך לידתו, יהיה פטור ממילוי הצהרת בריאות והליך חיתום. לאחר 120 יום יהיה חייב בהצהרת בריאות והליך חיתום.
- 3.8** מצטרפים חדשים שיידרשו למלא הצהרת בריאות, תאריך תחילת הביטוח ייחשב ה- 1 (ראשון) לחודש העוקב לחודש בו הסתיים הליך החיתום וניתן אישור המבטח בכתב לקבלת המועמד לביטוח. המבטח

מתחייב לסיים את הליך החיתום תוך 30 יום מיום קבלת כל המסמכים הדרושים למבטח לשביעות רצונו. במקרה שהמועמד לביטוח לא הגיש את כל המסמכים הרפואיים לפי דרישת המבטח עד גמר 30 ימי החיתום, יהא רשאי המבטח להודיע למבוטח כי הליך ההצטרפות בטל.

3.9

מצטרפים חדשים שביום ההצטרפות היו בעלי פוליסת ביטוח בריאות פרטית בתוקף או נכללו במסגרת ביטוח בריאות קולקטיבי, יישמר הרצף הביטוחי לגבי כל הכיסויים החופפים בשתי הפוליסות. "רצף ביטוחי" כהגדרתו בהגדרות הכלליות, בכפוף להצגת פוליסה בתוקף, אישור תשלום ואישור תנאי קבלה לביטוח.

3.10

ניתוחים בארץ – (פרק ג'), מבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן, מסוג "כללית מושלם/פלטינום", "מכבי מגן זהב/שלי", "מאחדת עדיף/שיא", "לאומית כסף/זהב" יוכל לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תוכנית המתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תוכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים (להלן: "כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים").

מבוטח אשר בחר בתוכנית זו יהיה מבוטח בכיסוי ביטוחי הכולל במקום כיסוי עפ"י פרק ג'1' לפוליסה את הכיסוי עפ"י פרק ג'2' וישלם את דמי הביטוח הנקובים בסעיף 5 להלן.

3.11

שולמו למבטח כספים על חשבון דמי ביטוח, לפני שניתנה הסכמת המבטח לעריכת הביטוח, לא ייחשב התשלום כהסכמת המבטח לעריכת הביטוח. במקרה זה ישלח המבטח בתוך 90 יום מיום קבלת דמי הביטוח לראשונה, החלטה בדבר קבלתו או אי קבלתו של המועמד לביטוח, ותשלח לו, לפי העניין, פוליסת ביטוח לרבות דף פרטי ביטוח, או הודעת דחייה על פיה המבוטח לא מתקבל לביטוח ואין לו כיסוי ביטוחי בתוקף או פנייה להשלמת נתונים או הצעת ביטוח נגדית.

3.12

על המבטחים בביטוח יחול האמור להלן:

צירוף מבוטח- סעיף 4 בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי :

(א) מוטלת על המבוטח לפי תנאי פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי חובה אחת מאלה:

(1) לשלם, במועד תחילת תקופת הביטוח, דמי ביטוח, או חלק מהם, לרבות אם גבייתם חלה לאחר אותו מועד, למעט לעניין ניכוי מהשכר בעד דמי ביטוח רפואי לפי סעיף 1ד(ג) לחוק עובדים זרים;

(2) לשלם מס או תשלום אחר בשל הפוליסה לביטוח קבוצתי; לא תצרך החברה לאותו ביטוח, אלא על פי הסכמת המפורשת מראש, אשר תועדה ובלבד שהוצגה למבוטח רשימת כל הפרקים הנכללים בפוליסה הכוללים כיסויים ביטוחיים מסוגים מסוימים (בתקנת משנה זו- פרקי כיסוי) ואת דמי הביטוח בעבור 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 בקבוצת המבוטחים - החברה רשאית לצרפו לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד לצירוף ילדו או בן-זוגו.

(ב) תקנת משנה (א) לא תחול על פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי שתחודש לתקופה נוספת אצל אותו מבטח או אצל מבטח אחר, אם התקיימו תנאים אלה:

(1) הפוליסה הקבוצתית הייתה בתוקף לגבי קבוצת המבוטחים שלוש שנים לפחות לפני מועד חידושה;

(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) לא בוטלו אחד או יותר מפרקי כיסוי בסיסיים שהיו קיימים בפוליסה טרם חידושה; לעניין זה, "פרק כיסוי בסיסי" - פרק הכולל אחד או יותר מכיסויים האלה:

- (א) ניתוחים
- (ב) תרופות
- (ג) השתלות
- (ד) מחלות קשות
- (ה) שיניים
- (ו) תאונות אישיות

תקופת ההסכם

- 4.1** תקופת ההסכם תהיה 60 חודשים מיום 1.1.2020 ועד ליום 31.12.2024.
- 4.2** תום תקופת הביטוח לגבי כל מבטח ובני משפחתו יהיה במוקדם מבין המקרים הבאים:
- 4.2.1** הודעה בכתב של בעל הפוליסה על הפסקת חברותו של המבטח במסגרת ההסכם.
- 4.2.2** תום ההסכם.
- 4.2.3** שהיית המבטח בחו"ל לתקופה של מעל שנתיים, אלא אם אותו מבטח נמצא בשליחות מטעם בעל הפוליסה ו/או מטעם מדינת ישראל.
- 4.3** למען הסר ספק, ילדי/נכדי מבטחים שהגיעו לגיל 30 ימשיכו להיות מבטחים על פי תנאי הסכם זה, אך במחיר של מבוגר.
- 4.4** מבטח שאיבד את זכאותו להיכלל לפי הסיבות המנויות בסעיף 4.2 לעיל ו/או במקרה וההסכם יתבטל ו/או לא יחודש אצל המבטח ו/או מבטח אחר, יוכל לרכוש פוליסה/פוליסות ביטוח פרטיות בתנאים דומים לאלו הקיימים בהסכם זה על פי התנאים, והתעריפים אשר יהיו קיימים אצל המבטח באותו מועד ובסכומי ביטוח שלא יעלו על סכומי הביטוח על פי הסכם זה, זאת ללא הוכחת מצב בריאות וללא תקופת אכשרה לגבי הכיסויים החופפים, ובתנאי כי הודיע על רצונו להמשיך בביטוח בתוך 60 יום ממועד שעד אליו היה מבטח במסגרת ההסכם. הממשיכים בביטוח על פי סעיף זה יקבלו הנחה בגובה 25% למשך 72 החודשים ממועד עזיבתו את הביטוח הקבוצתי, בביטוח פרטי בגין הפרקים בהם היה מבטח בביטוח הקבוצתי. מובהר כי החרגות ו/או תוספות חיתומיות שנקבעו למבטח במסגרת הסכם זה ימשיכו לחול גם במסגרת הפוליסה הפרטית.
- 4.5** פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4 לעיל, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבטח בשל כיסויים אלה- סעיף 9 ב' בתקנת ביטוח בריאות קבוצתי התשס"ט.
- 4.6** להסרת ספק יובהר כי המעבר לפוליסה פרטית עלול להיות כרוך בהעלאה משמעותית של דמי הביטוח החודשיים.

5. דמי הביטוח
5.1 דמי הביטוח החודשיים (בש"ח) יהיו כדלקמן:

פרמיה		
רובד בסיס		
8.9	ילד/נכד עד גיל 30 שנה	
28.2	עובד / בן/בת זוג / ילד בוגר (מגיל 31 ומעלה)	
ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח פרטיים בישראל	ביטוח משלים שב"ן לניתוחים באמצעות נותני שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל	רובד מורחב
26.8	23.8	ילד/נכד עד גיל 30 שנה
עובד / בן/בת זוג / ילד/נכד בוגר (מגיל 30 ומעלה)		
43.3	36.9	גילאי 31-40
59.3	49.4	גילאי 41-50
83.4	68.3	גילאי 51-55
117.8	88.8	גילאי 56-60
152.4	125	גילאי 61-65
214.9	173.3	+66

- 5.2** ילד שלישי ואילך – יצורף לביטוח ללא עלות. נכדים ישלמו עבור כל אחד.
- 5.3** מועד פירעון דמי הביטוח יהיה עד ל- 15 של כל חודש (בגין החודש הקודם), על פי המועד בו על התשלום להיות מבוצע על פי תנאי הסכם זה.
- 5.4** דמי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט בהסכם בין בעל הפוליסה למבטח.
- 5.5** דמי הביטוח ישולמו על פי מכפלת מספר המבטחים (הרשומים ברשימה מרוכזת על ידי בעל הפוליסה אשר תועבר למבטח), על פי המפורט בסעיף 5.1 לעיל.
- 5.6** דמי הביטוח יועברו במרוכז למבטח באחריות בעל הפוליסה או מי מטעמו. יודגש ויובהר כי בעל הפוליסה ירכז זהות המבטחים המצטרפים מעת לעת לביטוח ואת המבטחים אשר יבחרו לסיים את הביטוח לגביהם ויעבירם למבטח מדי חודש. בעל הפוליסה יהא אחראי להעביר למבטח טפסי הצטרפות כנדרש על פי דין בגין מצטרפים וולונטריים (שאינו משלם עבורם באופן אובליגטורי).
- 5.7** התאמת פרמיה – התאמת הפרמיה תבוצע לאחר 18 חודשים ממועד התחלת הפוליסה ולאחר 36 חודשים מתחילת הביטוח, זאת בהתאם להסכם שנחתם בין בעל הפוליסה למבטח.
- 5.8** **קביעת דמי ביטוח- תקנה 5(ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי :**
מבטח לא יבצע במהלך תקופת הביטוח או במועד חידוש הביטוח הקבוצתי, העלאה של דמי הביטוח שנושא בתשלומם המבטח בסכום העולה על 15 שקלים, חדשים במצטבר לכל מבטח או בשיעור העולה על 50 אחוזים מהם, הנמוך מביניהם, אלא על פי הסכמתו המפורשת של המבטח בטרם מועד העלאת דמי הביטוח, אשר תועדה, ואם המבטח הוא ילדו או בן זוגו של עובד בקבוצת המבטחים- המבטח רשאי להעלות את דמי הביטוח לאחר שניתנה הסכמת אותו עובד להעלאת דמי הביטוח שהוא נושא בהם לגבי ילדו או בן זוגו; לעניין זה, "העלאה של דמי ביטוח"-
- (1) לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאה של דמי הביטוח והעלאה בחלק היחסי מדמי הביטוח שנושא בהם המבטח;
- (2) לרבות העברת חובת תשלום דמי הביטוח מבעל הפוליסה למבטח במלואה או בחלקה או הרחבתה;

- (3) למעט העלאה בדמי הביטוח הנובעת מהצמדה למדד שנקבע בפוליסה או העלאה בדמי הביטוח הנובעת ממעבר בין קבוצות גיל שפורטו בטבלת דמי הביטוח שנכללה בפוליסה;
- (4) במהלך תקופת הביטוח- בנוגע לדמי הביטוח שמשלם המבוטח מתחילת תקופת הביטוח עד מועד העלאת דמי הביטוח;
- (5) במועד חידוש הביטוח הקבוצתי- בנוגע לדמי הביטוח ששילם המבוטח ערב מועד חידוש הביטוח (למעט רובד אובליגטורי במימון מלא ע"ח המעביד).

6. תגמולי ביטוח

- 6.1** המבטח יהא רשאי על פי שיקול דעתו, לשלם את תגמולי הביטוח או חלק מהם, ישירות לנותני השירות, או לשלם למבוטח היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג למבטח מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם. המבוטח זכאי לקבל מהמבטח, לפי דרישתו, כתב התחייבות כספית לספק השירות אשר יאפשר לו קבלת שירות רפואי ובלבד שהמבטח מחויב בתשלום עבור השירותים הנדרשים על פי תנאי הסכם זה.
- 6.2** תגמולי ביטוח אשר נועדו לממן טיפולים רפואיים המתבצעים מחוץ לגבולות מדינת ישראל ישולמו במטבע המדינה בה יש לבצע את התשלום.
- 6.3** המבטח מתחייב לשלם את תגמולי הביטוח לא יאוחר מ- 14 ימי עבודה ממועד הגשת כל המסמכים שנדרשו לידיו לרבות הבקשה להשלמת מסמכים רפואיים, ובלבד שהתביעה אושרה. על כל עיכוב בתשלום תגמולי הביטוח מעבר ל- 30 ימי עבודה, ישלם המבטח קנס בשיעור הריבית הנהוגה באותה עת ליתרת חובה בבנק עבור כל יום עיכוב, זאת מבלי לגרוע כל סעד חוקי לו יהיו זכאי המבוטח או בעל הפוליסה.
- 6.4** תביעה מתמשכת בגין תרופות תשלום לא יאוחר מ- 7 ימי עבודה מיום קבלת המסמכים הרלבנטיים בחברת הביטוח, ובלבד שהתביעה אושרה.

6.5 נפטר מבטוח, ישלם המבטח את יתרת תגמולי הביטוח לספק השירות הרפואי לו התחייב המבטח לשלם. בהעדר התחייבות כלפי ספק השירות הרפואי או אם נותרה יתרה לאחר ביצוע תשלום על פי התחייבות האמורה ישלם המבטח את היתרה על פי דין.

6.6 המבטוח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח העולים על סכום הביטוח.

6.7 תגמולי הביטוח יהיו צמודים למדד המחירים לצרכן, כמפורט בהסכם בין בעל הפוליסה למבטח.

6.8 הייתה למבטוח בגין מקרה הביטוח גם זכות שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכח פוליסת ביטוח, עוברת זכות זו למבטח מעת ששילם למבטוח תגמולי ביטוח, בשיעור התגמולים ששילם ומבלי לפגוע בזכות המבטוח לגבות תחילה מצד השלישי שיפוי מעל לתגמולי ביטוח שקיבל על פי פרק זה. קיבל המבטוח מהצד השלישי שיפוי שהיה מגיע למבטח על פי סעיף זה, עליו להעבירו למבטח. המבטוח מתחייב לשתף פעולה ככל שיידרש ממנו לשם מימוש זכותו של המבטח כאמור.

6.9 הוראות לעניין חבות משותפת וזכות שיבוב- סעיף 10 בתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.

6.9.1 המבטח יהיה אחראי, לחוד, כלפי המבטוח על מלוא סכום תגמולי הביטוח עד לגובה התקרה הקבועה בפוליסה הקבוצתית, אף אם היה המבטוח זכאי לכיסוי ההוצאות המשולמות בעד מקרה ביטוח גם לפי פוליסה לביטוח בריאות אחרת בין אצל אותו מבטח ובין אצל מבטח אחר.

6.9.2 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.

6.10 למען הסר ספק, יובהר כי פוליסה זו אינה מחליפה כיסוי עבור ביטוח נסיעות לחו"ל.

7. תביעות

המבטח ישלם למבטוח את תגמולי הביטוח לפי פרק זה או יעבירם ישירות לנותני השירות שבהסכם אם נתקיימו תנאים אלה:

- 7.1** כאשר נודע למבוטח על קרות מקרה הביטוח, ובטרם ביצוע הפרוצדורה הרפואית (לרבות ניתוח, השתלה, טיפול מיוחד בחו"ל) המכוסה על פי פוליסה זו, יודיע על כך בכתב למבטח.
- 7.2** המבוטח חתם על כתב וויתור סודיות רפואית ומסר למבטח את כל הפרטים והמסמכים המקוריים הרפואיים הסבירים המתייחסים לתביעתו, ואת כל המסמכים, המצויים ברשותו, הדרושים למבטח לברור תביעתו. היה ואין ביכולתו של המבוטח להציג לחברה מסמכים מקוריים, על המבוטח להציג העתק של המסמכים המקוריים בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ואישור של אותו גורם בגין הסכום ששילם למבוטח בגין מסמכים אלו, או בצירוף הסבר למי נשלחו המסמכים המקוריים ופירוט הסיבה לכך שאין ביכולתו להמציאם.
- 7.3** על אף כל האמור בהסכם זה, במקרה של ניתוח חירום לא יהיה בהודעת המבוטח לחברת-הביטוח על מקרה-הביטוח בדיעבד, לאחר קבלת השירות הרפואי, כדי לפגום או לגרוע בזכות מזכויותיו של המבוטח או של בעל-הפוליסה, כולל הזכות לאישור-כיסוי והזכות להחזרים כספיים בגין אותו שירות רפואי ובתנאי שטרם חלה תקופת ההתיישנות ועד התקרות בפוליסה.
- 7.4** המבטח יהא זכאי לנהל על חשבונו חקירה באופן סביר ולבדוק את המבוטח על ידי רופא אחד או יותר מטעמו כפי שימצא לנכון ובלבד שמצב המבוטח מאפשר זאת ואין בביצוע הבדיקה ו/או החקירה משום החמרת מצבו של המבוטח או עיכוב בריפוי ו/או בטיפול לו הוא נדרש.
- 7.5** היה והמבטח החליט לדחות תביעה ו/או חלק ממנה, חובתו לשלוח את עותק ממכתב הדחיה לעיונו וקבלת התייחסותו של היועץ.
- 7.6** המבטח אינו אחראי לטיב השירותים הרפואיים שיינתנו למבוטח, אשר אינם מבוצעים בפועל על ידי המבטח, ולנזקים למבוטח ו/או למי מטעמו שייגרמו עקב בחירותו של המבוטח בנותן שירות ו/או הפנייתו של המבוטח על ידי המבטח לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים עקב מעשה או מחדל של נותני השירות, למעט בסייגים המפורטים בפוליסה, זאת למעט השירותים הניתנים תחת כתבי השירות בפוליסה.
- 7.7** המבטח יעמיד לרשות המבוטחים מוקד שירות ותביעות שיפעל בין השעות 8:00-16:00 ימי א'-ה' ומוקד חירום 24 שעות ביממה.

7.8 השימוש בפוליסה במהלך שירות צבאי: ניצול הזכויות מכוח פוליסת הביטוח כפוף, בעת שירות צבאי (סדיר, מילואים או קבע), להוראות ולהנחיות של הצבא, המשתנות מעת לעת והעלולות להגביל את החייל או למנוע ממנו קבלת טיפול רפואי באמצעות גורמים שמחוץ למסגרת הצבא. מידע בדבר ההוראות וההנחיות האמורות של הצבא מצוי אצל רשויות הצבא.

8. סייגים כלליים לאחריות המבטח שיחולו על כל פרקי הפוליסה, להוציא פרק ניתוחים באמצעות נותן שירות שבהסכם וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל:

המבטח לא יהיה אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח על פי פוליסה זו בגין מקרה ביטוח הקשור במישרין ו/או בעקיפין ו/או הנובע מ:

8.1 סייג בשל מצב רפואי קודם.

המבטח יהיה פטור מחבותו בשל מקרה ביטוח אשר גורם ממשי לו, היה מהלכו הרגיל של מצב רפואי קודם, דהיינו; מערכת נסיבות רפואיות שאובחנו במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח, לרבות בשל מחלה או תאונה; לעניין זה, "אובחנו במבוטח" – בדרך של אבחנה רפואית מתועדת, או בתהליך של אבחון רפואי מתועד שקדמו למועד ההצטרפות לביטוח.

חריג זה יהיה מוגבל בזמן על פי גיל המבוטח בעת ההצטרפות לביטוח כדלקמן:

- 1. פחות מ- 65 שנים – החריג יהא תקף לתקופה שלא תעלה על שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.**
- 2. 65 שנים או יותר - החריג יהא תקף לתקופה שלא תעלה על חצי שנה אחת מתחילת תקופת הביטוח.**

8.2 תחולת סייג בשל מצב רפואי קודם:

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

על אף האמור בסעיפים 8.1 ו- 8.2 לעיל, הודיע המבוטח למבטח על מצב רפואי מסוים, יהיה המבטח רשאי לסייג את חבותו ו/או היקף הכיסוי בשל מצב רפואי קודם מסוים, וסייג זה יהיה תקף לתקופה שצוינה בדף פרטי הביטוח לצד אותו מצב רפואי מסוים.

בכל מקרה בו נקבעה החרגה כלשהי למבוטח, אשר ממנה נרפא וקיבל על כך אישור רפואי, תהיה ההחרגה בתוקף למשך 3 שנים מיום קבלת האישור הרפואי הנ"ל או למשך 5 שנים כאשר מדובר במחלות סרטניות.

פטור מבטח מחבותו בשל ההוראות המפורטות בסעיף 8.1 לעיל, יחזיר המבטח למבוטח את דמי הביטוח ששילם המבוטח בעד פרק הזמן עד ביטול חוזה הביטוח, בניכוי החלק היחסי של דמי הביטוח בעבור כיסוי ביטוחי שבשלו שולמו למבוטח תגמולי ביטוח; על דמי הביטוח ייוספו הפרשי הצמדה.

8.3

- 8.3.1 מקרה הביטוח אירע לפני תחילת הביטוח או בתוך תקופת האכשרה או לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה כהגדרתה.
- 8.3.2 טיפולים/התייעצויות נפשיים ופסיכולוגיים.
- 8.3.3 טיסת המבוטח בכלי טיס כלשהו, למעט טיסה בקווי תעופה אזרחיים סדירים ורגילים שלא כאיש צוות.
- 8.3.4 מקרה ביטוח שארע במישרין בלבד מפעולה מלחמתית, צבאית, משטרתית, הפיכה, מרד, פרעות, מעשה חבלה. סעיף זה לא יחול על תאונות דרכים כהגדרתן בפלת"ד (פיצויים לנפגעי תאונות דרכים).
- 8.3.5 חשיפה כלשהי לקרינה מייננת, זיהום רדיואקטיבי, תהליכים גרעיניים, חומר גרעיני מלחמתי או פסולת גרעינית כלשהי
- 8.3.6 עקרות ו/או עיקור מרצון ו/או אין אונות ו/או אי פוריות ו/או היריון ו/או לידה (למעט ניתוח קיסרי וכיסויים הנקובים במפורש בפוליסה ובהתאם לתנאים שנקבעו באותו פרק) ו/או הפלה מלאכותית ותוצאותיה שבוצעה מסיבות נפשיות ו/או סוציאליות ו/או עובדתיות ו/או כלכליות ו/או תכנון משפחה.

- 8.3.7 ניתוחים או טיפולים הנחשבים לניסיוניים ואו/ ניתוחים או טיפולים הדרושים אישור מיוחד לפי כל דין, לרבות אמנה בינלאומית
- 8.3.8 ניתוחים או טיפולי שיניים וחניכיים למיניהם, אלא אם ניתן כיסוי מסוים בפרק מסוים ועל פי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק זה
- 8.3.9 טיפולים רפואיים שאינם רפואיים קונבנציונאליים לרבות טיפולים הומיאופתיים או תרופות אלטרנטיביות, טיפולי היפר תרמיה.
- 8.3.10 ניתוחים ו/או טיפולים קוסמטיים או אסתטיים, אלא אם ניתן כיסוי מיוחד, לפי התנאים והיקף הכיסוי המפורטים בפרק הרלוונטי להלן. למרות האמור לעיל, יכוסו ניתוחים קוסמטיים או אסתטיים אם ידרשו לצורך רפואי, בכפוף להמצאת חוות דעת רפואית, שלא מטעמו של הרופא המנתח, באותו הניתוח ולרבות שחזור שד עקב ניתוח כריתת שד או ניתוח פלסטי שמטרתו תיקון פגם אשר נגרם במהלך ניתוח המכוסה על-פי פוליסה זו.
- 8.3.11 ניתוחי עיניים וטיפולים לתיקון קוצר ראייה ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי שנקבע על ידי רופא מומחה שאינו הרופא המבצע את הניתוח.
- 8.3.12 ניתוחי GASTROPLASTY, ניתוחים ו/או טיפולים הנובעים ו/או הקשורים בעודף משקל ולמעט ניתוחים ו/או טיפולים רפואיים הנובעים מצורך רפואי ועונים לפרמטרים שקבע משרד הבריאות.
- 8.3.13 אביזרי עזר רפואיים כגון: עדשות מגע, עזרי שמיעה, עזרים אורטופדיים וכדומה, למעט אם נכללו במפורש בכיסוי הביטוחי באחד או יותר מפרקי הביטוח.
- 8.3.14 טיפול תרופתי מניעתי בשל תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS).
- 8.3.15 אלכוהוליזם ו/או התמכרות לסמים אסורים על פי החוק ו/או שימוש בהם ו/או שימוש בכוונה לרעה שלא בהתאם להוראות היצרן של חומרים שאינם סמים.

8.3.16 פעילות ספורטיבית בה משתתף המבטוח באופן מקצועי, דהיינו פעילות ספורטיבית אשר שגר ותשלום בצידה ו/או פעילות ספורטיבית תוך השתייכות לאגודת ספורט.

9. הצמדה

9.1 סכומי הביטוח, דמי הביטוח וגובה ההשתתפות העצמית, אם קיימת, שיש לשלם על פי תנאי הפוליסה על ידי המבטוח/ת ו/או על ידי בעל הפוליסה, הכל לפי העניין, הינם צמודים למדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל.

9.2 חישוב ההצמדה יהא היחס שבין המדד הידוע בראשון לחודש שבו בוצע התשלום בפועל על ידי העובד לגבי סכום הביטוח בקרות מקרה ביטוח, או על ידי בעל הפוליסה ו/או המבטוח לגבי תשלום דמי הביטוח, לבין מדד הבסיס.

9.3 מדד הבסיס לפוליסה זו הוא המדד שיפורסם בתאריך 15.12.2019.

10. התיישנות

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

11. הודעות

על בעל הפוליסה להודיע למבטח על כל שינוי כתובת בכתב רשום ו/או ע"י דואר אלקטרוני. הודעה שתישלח על ידי המבטח לכתובת האחרונה הידועה לו של בעל הפוליסה תחשב כהודעה שנמסרה לו כהלכה.

מתן מסמכים והודעות למבטח- תקנות ביטוח בריאות קבוצתי

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

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

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

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

11.2 במידה ובעל הפוליסה ישלם את דמי הביטוח במלואם, ישלח המבוטח למבוטח, לפי דרישתו, העתק מההסכם שבין המבוטח ובין בעל הפוליסה, תוך 30 ימים מן המועד שהתקבלה בקשת המבוטח, ואולם המבוטח רשאי שלא לשלוח למבוטח הוראות בהסכם האמור לעניין גובה דמי הביטוח, התאמת דמי הביטוח והשתתפות ברווחים.

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

13. תחלופ (סוברוגציה):

הייתה למבוטח בשל מקרה הביטוח גם זכות פיצוי או שיפוי כלפי צד שלישי, שלא מכוח חוזה ביטוח עוברת זכות זו למבוטח מששילמה למבוטח תגמולי ביטוח ובשיעור התגמולים ששילמה. זכות זאת של המבוטח לא תפגע בזכותו של המבוטח לגבות מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי מעל לתגמולי הביטוח שקיבל לפי פוליסה זו. קיבל או זכאי לקבל המבוטח מן הצד השלישי פיצוי או שיפוי שהיה מגיע לפי סעיף זה, עליו להעבירו

למבטח. עשה פשרה, ויתור או פעולה אחרת הפוגעת בזכות שעברה למבטח, עליו לפצותו בשל כך. הוראות סעיף קטן זה לא יחולו אם מקרה הביטוח נגרם שלא בכוונה בידי אדם שמבטח סביר לא היה תובע ממנו פיצוי או שיפוי, מחמת קרבת משפחה או יחס של מעביד ועובד שביניהם.

14. מיסים והיטלים:

בעל הפוליסה או המבטח, לפי העניין, חייבים בתשלום כל המיסים הממשלתיים והאחרים החלים על פוליסה זו, אם המוטלים על הפרמיות ועל תגמולי הביטוח ועל כל התשלומים האחרים שהמבטח חייב לשלם על פי הפוליסה ואם יוטלו במועד מאוחר יותר.

15. חידוש הפוליסה- תקנות ביטוח קבוצתי.

חודשה פוליסה לקבוצת מבטחים אצל מבטח אחר, אשר לא ביטח את הקבוצה ערב החידוש- ימסור המבטח האחר לכל יחיד בקבוצת המבטחים הודעה בכתב בדבר חידוש כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד חידוש הביטוח.

16. סיום הפוליסה- תקנות ביטוח קבוצתי.

הסתיימה הפוליסה ולא חודשה, בין אם אצל אותו מבטח ובין אם אצל מבטח אחר, לכלל או לחלק מהמבטחים, ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים שהסתיימה או לא חודשה הפוליסה כאמור, לא יאוחר מ-30 ימים ממועד סיום תקופת הביטוח, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, ויציין בה את זכות ההמשכיות של היחיד לפוליסת פרט לביטוח בריאות ואת זכות היחיד להנחה בדמי הביטוח, ככל שכל אחת מזכויות אלה נוגעות בדבר, וכן יפרט בהודעה כאמור כל זכות נוספת של היחיד הנובעת מסיום הפוליסה.

17. הפסקת זיקה- תקנות ביטוח קבוצתי.

פסקה הזיקה בין המבטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 8(ג) ימסור המבטח לכל יחיד בקבוצת המבטחים, בתוך 30 ימים מיום שנודע לו על הפסקת הזיקה כאמור או לכל המאוחר בתוך 90 ימים מיום הפסקת הזיקה כאמור, הודעה בכתב בדבר סיום הביטוח, הכוללת פירוט של זכויות המבטח לפי הפוליסה הקבוצתית.

17.1 חלה על מבטח במועד ההצטרפות לביטוח הבריאות הקבוצתי החובה לשלם דמי ביטוח, אשר לפי תנאי הפוליסה תחל גבייתם לאחר המועד האמור ימסור המבטח למי שמשלם את דמי הביטוח

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

17.2 עובד/ת מבוטח/ת שהלך/כה לעולמו/ה במהלך תקופת הביטוח, יוכלו בני משפחתו שצורפו לביטוח להמשיך להיכלל בביטוח עד תום תקופת הביטוח ובלבד שיעבירו אמצעי גביה אישי.

18. ביטול הפוליסה ע"י המבוטח- תקנות ביטוח קבוצתי.

חודש הביטוח או שונו תנאיו במהלך תקופת הביטוח ולא נדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח, והודיע המבוטח למבוטח או לבעל הפוליסה כאמור בתקנה 4 (ב) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, 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.

(א) חודש הביטוח או שונו תנאי במהלך תקופת הביטוח ונדרשה הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בתקנה 4 או בתקנה 5(ב), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד חידוש הביטוח, יבוטל הביטוח לגביו החל במועד חידוש הביטוח או במועד השינוי, לפי העניין; בוטל הביטוח כאמור בתקנת משנה זו ופנה מבוטח אל מבטח בבקשה להצטרף חזרה לביטוח הבריאות הקבוצתי בתוך 45 ימים ממועד מסירת ההודעה השנייה ונתן את הסכמתו המפורשת לחידוש הביטוח או לשינוי, לפי העניין, יצורף המבוטח לביטוח הקבוצתי תוך שמירה על רצף ביטוחי כאמור בתקנה 4(ב)(2); לעניין תקנת משנה זו, "לא התקבלה הסכמה"- למעט סירוב המבוטח במפורש לחידוש הביטוח או שינוי תנאיו ולרבות מבוטח שההודעה השנייה נמסרה לו באמצעות שיחה טלפונית ובמהלכה לא הביע את הסכמתו המפורשת.

(ב) על אף האמור בתקנה 9(ב), פסקה הזיקה בין המבוטח לבין בעל הפוליסה כאמור בתקנה 2, שבשלה הוא התקשר בחוזה לביטוח בריאות קבוצתי, יבוטל הביטוח לגבי אותו מבוטח, לכל היותר בתוך 90 ימים ממועד ביטול הזיקה; ואולם אם בעל הפוליסה הוא מעביד, כאמור בתקנה 2(1), מבטח יהיה רשאי שלא לבטל את הביטוח כאמור עד תום תקופת הביטוח הנקובה בפוליסה, בכפוף להסכמת המבוטח.

(ג) פוליסה לביטוח בריאות קבוצתי לא תפקע לגבי מבוטח לפני תום תקופת הביטוח כאמור בסעיף 4.1 לעיל בהסכם, ויחולו כל הכיסויים הביטוחיים על פיה עד תום תקופת הביטוח, אם קיבל המבטח דמי ביטוח בעד המבוטח בשל כיסויים אלה.

19. יועץ

מעניק ייעוץ שוטף למבוטחים בפוליסה עפ"י הסכם ההתקשרות בינו לבין בעל הפוליסה, ובין השאר:

19.1. מענה לפניות מבוטחים בקולקטיב בקשר עם אופן מיצוי זכויותיהם על-פי הפוליסה;

19.2. סיוע, מתן מידע ועריכת בירורים לגבי טענה ו/או תלונה של מבוטח ו/או בעל הפוליסה;

פרק א' - השתלות וטיפולים מיוחדים בישראל ובחו"ל

1. מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא הצורך בביצוע השתלה ו/או טיפול מיוחד, בארץ ו/או בחו"ל כהגדרתם להלן:

1.1 השתלה:

כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, אונת ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, אונת כבד, מעי וכל שילוב ביניהם, שחלות, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר או מגופו של המבוטח עצמו במקומם, לרבות השתלה של מח עצמות או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי שמקורם במבוטח עצמו מדם היקפי מתורם אחר בגוף המבוטח או מתרומה עצמית של המבוטח או השתלה מח עצמות עצמית. השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, או איבר מלאכותי אחר, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו ישתל איבר מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת אותו איבר מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד, או השתלה מבעלי חיים בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות ניסיונית בישראל או בארה"ב או באיחוד האירופי או במדינה בה מבוצעת ההשתלה.

הגדרה זו של השתלה כפרוצדורה רפואית נוסחה באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום שקבע המפקח על הביטוח בחוזר הביטוח מס' 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

1.2 טיפול רפואי מיוחד בחו"ל:

1.2.1 טיפול מיוחד – ניתוח ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת חיים/ראיה/שמיעה/איבר בחו"ל אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, כולל אפשרות הבאת רופא מומחה מחו"ל לארץ, ואשר מתקיים בו לפחות אחד התנאים הבאים:

1.2.1.1 הטיפול המיוחד אינו בר ביצוע, על ידי שירותי הרפואה בישראל ו/או אין לו טיפול או ניתוח חלופי בישראל(טיפול) או ניתוח חלופי משמעו מתן אותן תוצאות באותו פרק זמן ללא תופעות לוואי וללא פגיעה באיכות חייו של המבוטח לעומת המקובל בטיפול דומה בחו"ל).

1.2.1.2 סיכויי ההצלחה של הטיפול המיוחד בחו"ל גבוהים באופן משמעותי מביצוע הטיפול המיוחד בארץ, עפ"י חו"ד של רופא מומחה בארץ.

1.2.1.3 זמן ההמתנה לביצוע הטיפול המיוחד בארץ עולה על זמן ההמתנה הסביר בחו"ל ועקב כך קיים סיכון לפגיעה חמורה בבריאות המבוטח או בחייו.

1.3 מועד קרות מקרה הביטוח ייחשב כמועד בו נקבע לראשונה הצורך הרפואי להשתלה ו/או לטיפול מיוחד כאמור לעיל. מובהר בזאת כי לא יכוסה מקרה ביטוח אשר הצורך בו נקבע טרם תחילת הביטוח.

2. סכום הביטוח

2.1 להשתלה במרכזים רפואיים המצויים בהסדר עם המבטח – ללא תקרת סכום ביטוח.

2.2 להשתלה במרכזים רפואיים אשר אינם בהסדר עם המבטח- סכום הביטוח המרבי להשתלה יהיה עד 5,000,000 ₪.

2.3 המבוטח יוכל לבחור בפיצוי חד פעמי במקרה ביצוע השתלה בחו"ל בסך 400,000 ₪ במקום קבלת שיפוי לפי סעיפים 2.1 ו- 2.2 דלעיל, ובכפוף להוראות המפקח על הביטוח המתנה את מתן הפיצוי בקיום התנאים דלהלן:

2.3.1 נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;

2.3.2 מתקיימות הוראות החוק לעניין איסור סחר באיברים.
למען הסר ספק, פיצוי לפי זה סעיף זה יבוא במקום שיפוי לפי סעיפים 2.1 ו- 2.2.

2.4 סכום הביטוח המרבי לטיפול רפואי מיוחד בחו"ל יהיה 1,000,000 ₪.

2.5 השתלה מבעלי חיים- 1,000,000 ₪

3. התחייבות המבטח

בקרות מקרה הביטוח ישלם המבטח ישירות לספק השירות, אם יבחר המבוטח לבצע את ההשתלה במרכז רפואי הנמצא בהסכם עם המבטח. במידה והמבוטח יבחר לבצע את ההשתלה במרכז שאינו בהסכם עם המבטח, המבטח יצייד את המבוטח במכתב התחייבות לתשלום כפי שידרש או ישפה את המבוטח כנגד

קבלות מקוריות או העתק בכפוף לאמור בסעיף 6.2 בתנאים הכלליים בגין ההוצאות המכוסות בפוליסה זו ולא יותר מתקרות של ספקי שירות שבהסכם עם המבטח.

בכל מקרה לא יעלו סכומי הביטוח על האמור בכל סעיף (אם יש תקרה) ולא יותר מההוצאות שהוצאו בפועל.

3.1 המבטח ישפה את המבטוח ו/או ישלם ישירות לנותן השירות, בגין ההוצאות הממשיות המפורטות להלן שהוציא בפועל בגין מקרה הביטוח.

3.1.1 תשלום לרופא ולמוסדות רפואיים עבור הערכה רפואית של המבטוח, עד לשיעור של 100,000 ₪ למקרה ביטוח.

3.1.2 תשלום עבור אשפוז בחו"ל, עד 60 יום לפני ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד ועד 300 יום לאחר הביצוע, לרבות; שכר צוות רפואי, בדיקות רפואיות, שירותי מעבדה ותרופות וכל שירות רפואי אחר במהלך האשפוז (בתקרת הכיסוי המופיעה בסעיף 2 לעיל).

3.1.3 תשלום לצוות המנתח והוצאות חדר ניתוח תוך כדי ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד.

3.1.4 תשלום כל ההוצאות הרפואיות והאחרות, ובלבד שיהיו חוקיות, הדרושות להשגת האיבר להשתלה, שימורו, והעברתו למקום ביצוע ההשתלה.

3.1.5 כיסוי הוצאות שימוש בלב מלאכותי עד למציאת תורם, אך לא יותר מ- 1,000,000 ₪.

3.1.6 כיסוי להוצאות איתור תורם (כולל בדיקות מעבדה), בעת הצורך בהשתלת מח עצם או השתלה המצריכה תורם ספציפי, עד לתקרה של 150,000 ₪, סכום זה הוא בנוסף לסכומים הנזכרים לעיל.

3.1.7 תשלום הוצאות כרטיס נסיעה לחו"ל ו/או כרטיס נסיעה פנימי בחו"ל בטיסה מסחרית רגילה של המבטוח ומלווה אחד והוצאות שיבתם לישראל. במידה והמושגל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים.

3.1.8 תשלום עבור הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל ו/או הטסה רפואית פנימית בחו"ל כולל הוצאות צוות רפואי מלווה, אם היה המבטוח בלתי כשיר מסיבות רפואיות להעברה לחו"ל בטיסה מסחרית רגילה.

- 3.1.9** במידה ונדרש ע"י שני רופאים מומחים בתחום כי למבוטח יתלווה במהלך הטיסה גם רופא (בנוסף למלווה/ים), המבטח יישא בהוצאה זו עד לתקרה של 10,000 ₪.
- 3.1.10** כיסוי מלא להוצאות עבור העברה יבשתית של המבוטח והמלווה/ים לשדה התעופה וממנו בארץ ובחו"ל.
- 3.1.11** תשלום עבור הוצאות שהייה סבירות של המבוטח ומלווה אחד במקום ביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד בחו"ל עד 600 ₪ למבוטח או למלווה ליממה או עד 800 ₪ למבוטח + מלווה. במידה והמושגל או מקבל הטיפול הינו ילד יהיה התשלום עבור שני מלווים. וכולל הוצאות העברה יבשתית לשדה התעופה וממנו ולבית-החולים בחו"ל וממנו, ועד לתקרת החזרת של 100,000 ₪ למקרה ביטוח.
- 3.1.12** תשלום עבור המשך טיפולים בחו"ל הנובעים מביצוע ההשתלה עד 80,000 ₪ או הטיפול המיוחד עד 40,000 ₪ עד שנה מביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד הנ"ל ובלבד שלא ניתן לבצע את טיפולי ההמשך בישראל.
- 3.1.13** תשלום מלא עבור העברת גופת מבוטח לישראל אם נפטר חס וחלילה בעת שהותו בחו"ל.
- 3.1.14** תשלום עבור הבאת מומחה לביצוע הטיפול המיוחד בישראל – אם לא ניתן להעביר את המבוטח לחו"ל מסיבות רפואיות.
- 3.1.15** הבאת רופא מומחה מחו"ל לביצוע טיפול רפואי מיוחד בארץ – תשלום להבאת רופא מומחה מחו"ל בעת הצורך בנייתוח ו/או טיפול רפואי המיועדים להצלת חיים/ראיה/שמיעה/איבר אשר רופא מומחה בתחום הרפואי הנוגע לעניין קבע על פי קריטריונים רפואיים מקובלים את הצורך החיוני בביצוע הטיפול המיוחד, אשר אינו ממומן באופן מלא או חלקי במסגרת סל שירותי הבריאות, במידה וקיים מימון חלקי ישלים המבטח את ההפרש עד מלוא ההוצאה בפועל - עד לתקרה של 100,000 ₪ בגין הבאת הרופא (בנוסף, וללא קשר, לתקרת עלות הטיפול המיוחד כמפורט בסעיף 2.4 לעיל).
- 3.1.16** תשלום עבור כל הוצאה רפואית אחרת החיונית לביצוע ההשתלה או הטיפול המיוחד עד לתקרה של 150,000 ₪.

גמלת החלמה 3.1.17

3.1.17.1 בקרות מקרה-ביטוח מסוג השתלה, למעט במקרה

של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח עצמות (מגורם זר), או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי, תשלם חברת הביטוח למבוטח גמלת החלמה בסך 5,000 ₪ לחודש, לתקופה של 12 חודשים או לתקופה של 24 חודשים אם מדובר בהשתלת לב/כבד/ריאה וכל שילוב ביניהם, ללא צורך בהוכחת נזק, בקבלות, בחשבוניות ו/או בראיה כלשהי על הוצאות. נפטר המבוטח בטרם שולמו לפחות שש גמלאות תשלום חברת הביטוח את הסכום החסר לסך שש גמלאות חודשיות לירשמים החוקיים. גמלת החלמה עבור ילד, תחת התנאים המופיעים לעיל, תהיה בגובה 50% מגמלת מבוגר.

3.1.17.2 במקרה של השתלת לב מלאכותי ו/או השתלת מח

עצמות (מגורם זר ו/או השתלה עצמית) ו/או תאי אב/גזע מדם טבורי ו/או מדם פריפרי יהיה המבוטח זכאי לשיפוי מלא בגין הוצאות שהוציא בפועל לצורך ביצוע ההשתלה (וכלולות בהוצאות המכוסות בפרק זה ומפורטות 3.1 להלן), וכן לפיצוי בסך 900 ₪ לכל יום אשפוז עד מקסימום 30 יום.

למען הסר ספק המבוטח יהיה זכאי לתשלום הגמלה עפ"י סעיף זה גם אם ההשתלה הנ"ל בוצעה שלא באמצעות המבטח ובלבד שהמבוטח ימציא מכתב רשמי מהמרכז הרפואי בו בוצעה ההשתלה ופרטיה.

מובהר כי השתלה ו/או טיפול רפואי מיוחד חוזר/ים אשר יידרש/ו בעקבות ביצוע מקרה ביטוח כפעולה ראשונית מהווה חלק בלתי נפרד ממקרה הביטוח הראשוני. כמו כן, לא יאושרו טיפולים נסיוניים בחו"ל במסגרת פרק זה.

לתשומת לב המבוטח, כי בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה יבחן המבטח 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 לעניין איסור סחר באיברים.

פרק ב' - טיפול תרופתי מיוחד

1. הגדרות

תרופה	חומר כימי או ביולוגי, שנועד לטיפול במצב רפואי שנגרם כתוצאה ממחלה או תאונה, מניעת החמרתה (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) ו/או מניעת הישנותה של מחלה, אשר הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות כללו ופרסמו אותו ברשימת התרופות המאושרות המתעדכנת מעת לעת.
מדינות מוכרות	ישראל, ארה"ב, אחת ממדינות האיחוד האירופי, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד. או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
טיפול תרופתי	נטילת תרופה, שנתנה בהמלצת רופא מומחה ועל פי מרשם, באורח חד פעמי או מתמשך.
רופא מומחה	רופא שהוסמך ע"י הרשויות המוסמכות לכך כמומחה בתחום רפואי מסוים
רופא מומחה בכיר	רופא מומחה כהגדרתו לעיל, שהוא, או היה בעברו, בדרגת סגן מנהל מחלקה ומעלה בבית חולים בישראל.
סל הבריאות הממלכתי	מכלול השירותים הרפואיים ובכלל זה התרופות הניתנות ע"י קופות החולים לעמיתיהן במסגרת ומכוח חוק בריאות הממלכתי התשנ"ד – 1994 , או מכוח כל מחויבות אחרת שבין הקופה לבין עמיתה כולם או חלקם בכל מסגרת אחרת, למעט תוכנית השב"ן
מרשם	מסמך רפואי החתום ע"י רופא מומחה, אשר אישר הצורך בטיפול תרופתי ואשר קבע את אופן השימוש בתרופה, המינון הנדרש ומשך זמן הטיפול הנדרש

תרופה אשר כלולה בסל הבריאות, ממומנת באופן מלא ע"י קופת החולים תרופה אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות משיגה את אותה תוצאה רפואית באותה איכות ובפרק זמן דומה המושג ע"י התרופה נשואת מקרה הביטוח, ובלבד שתרופה חליפית זו אינה כרוכה בתוצאות חמורות יותר למבטח	תרופה חלופית/אלטרנטיבית
תרופה אשר הוכרה ואושרה לשיווק כתרופת יתום (Orphan Drug) ע"י הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות להתוויה הנדרשת לטיפול רפואי במצבו הרפואי של המבטח	תרופת יתום

2. מקרה הביטוח

2.1

הצורך בטיפול בתרופה/ות למטרות ריפוי ו/או מניעת החמרה של מחלה קיימת ו/או מניעת חזרתה של מחלה שנגרמה כתוצאה ממחלה ואשר אינה/ן נכללות בסל הבריאות ו/או הכלולה/ות בסל הבריאות אך מאושרת/ות להתוויה שונה מזו לה זקוק המבטח, ואינה/ן ממומנת/ות באופן מלא ע"י קופ"ח בה חבר המבטח, אך רשומות ברשימת התרופות המאושרות לשימוש ע"י הרשויות המוסמכות באחת המדינות המוכרות ובלבד שאין לתרופות אלו תרופות חלופיות הכלולות בסל התרופות, ובתנאי שהמבטח קיבל המלצה בכתב מרופא מומחה לצורך טיפול במחלתו ו/או שני רופאים בדרגת מנהל מחלקה ומעלה או דרגה מקבילה בחו"ל, הצהירו בכתב, כי התרופה עשויה להאריך את חיי המבטח בשנה אחת או יותר.

תרופה המוגדרת כ- OFF LABEL

2.2

המבטח יכסה בתוכנית ביטוח תרופות עפ"י נספח זה כל תרופה שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

- (1) פרסומי ה- FDA
- (2) American Hospital Formulary Service Drug Information
- (3) US Pharmacopoeia-Drug Information

(4) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת

התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

1. עוצמת ההמלצה (Strength Of Recommendation) –

נמצאת בקבוצה I או IIa

2. חוזק הראיות (Strength Of Evidence) – נמצאת

בקטגוריה A או B

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

(5) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה- National

Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

1. NCCN

2. ASCO

3. NICE

4. ESMO Minimal Recommendation

2.3 טיפול תרופתי בתרופת יתום אשר אינה כלולה בסל הבריאות

הממלכתי.

3. תרופה מיוחדת

תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות אשר מתקיימים לגביה אחד

מהסעיפים הבאים:

3.1 המבוטח קיבל אישור ליבוא אישי של התרופה מכוח סעיף 29 ג'

לתקנות הרוקחים תכשירים (תשמ"ו - 1986) אישור על פי פקודת

הרוקחים למתן תכשיר רפואי שאינו רשום בספר התרופות לחולה

ספציפי.

3.2 התרופה אושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות לטיפול במצב

רפואי אחר ולא למצבו של המבוטח אולם:

3.2.1 לאחר בדיקה גנטית להתאמת הטיפול בתרופה, נמצאה

התרופה יעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח ו/או

רופא מומחה בכיר כהגדרתו לעיל קבע כי מתקיימים

התנאים הבאים במצטבר:

3.2.1.1 התרופה יעילה באופן ממשי לטיפול במצבו

הרפואי של המבוטח על סמך שני פרסומים

מדעיים רפואיים מקובלים.

3.2.1.2 התועלת בתרופה עולה על הסיכון הכרוך בה.

3.2.1.3 מניעת הטיפול בתרופה מהווה סכנה ממשית

לחיייו של המבוטח.

4. **סכום הביטוח – הכיסוי** הוא עד לתקרה של 2,500,000 ₪ (**הסכום יתחדש מידי 2.5 שנים**). וכולל כיסוי עלות השירות ו/או הטיפול הרפואי הכרוך במתן התרופה או התרופות לרבות, ולא רק, הזרקת התרופה, מתן עירוי וכדומה, בסכום שלא יעלה על 150 ₪ ליום.
תקרת הכיסוי לתרופה מיוחדת כהגדרתה לעיל בסעיף 3 – עד 200,000 ₪ לכל תקופת ביטוח.

5. **השתתפות עצמית –**
5.1 על המבוטח תחול השתתפות עצמית בסך 150 ₪ מקסימום למרשם ומקסימום 400 ₪ לכל המרשמים החודשיים.
5.2 על תרופות שעלותן מעל 5,000 ₪ לחודש לא תחול השתתפות עצמית.
5.3 קיבל המבוטח שיפוי מתוכנית השב"ן בה הוא חבר עבור עלות התרופה או תרופה מיוחדת המכוסה על ידי החברה המבטחת, על פי נספח התרופות או תוכנית זו, והחברה לא נדרשה לשלם תשלום כלשהו למבוטח ו/או לגורם אחר בגינה, יהיה המבוטח זכאי להחזר סכום ההשתתפות עצמית ששילם לקופת החולים, אך לא יותר הסכום שהיה משולם על ידי החברה.

6. **בדיקות גנטיות לאפיון והתאמת הטיפול במחלה**
הופנה המבוטח לביצוע בדיקות גנטיות ע"י רופא מומחה, לאחר שאובחן במחלה כלשהי, לצורך בחינת התאמת הטיפול, לרבות הטיפול התרופתי, ובחינת השפעת הטיפול באותה המחלה, בין היתר לצורך:

- סיוע בקבלת החלטה טיפולית לרבות סיוע בהחלטה על כדאיות הטיפול ו/או מניעת תופעות לוואי.
- סיוע בהחלטה האם לעשות שימוש בתרופה וכן בקביעת המינון.
- הערכת התקדמות עתידית של המחלה.
- במחלת הסרטן איתור מקום הגידול, הערכת מידת סיכון להופעת סרטן בעתיד, אבחון מוקדם, ברור מידת העמידות של הגידול לסוגים שונים של תרופות כימיות.

המבוטח יהיה זכאי לשיפוי בגין הוצאות הבדיקות הגנטיות הנ"ל, כולל התייעצות עם גנטיקאי ו/או פרמקולוג. הכול, עד לסך של 25,000 ₪ לכל

מחלה ובכפוף להשתתפות עצמית בגובה של 20% בגין כל בדיקה או התיעצות כאמור.

המבטחת תשפה את המבוטח ו/או תשלם לנותן השירות אך ורק בגין הוצאות אשר הוצאו בפועל. לא יינתן שיפוי בגין תשלומים עבור טיפולים תרופתיים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או בגין התחייבות נותן השירות לטיפולים תרופתיים עתידיים.

בנוסף לאמור בפרק החריגים הכלליים, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

1. תרופה ניסיונית אשר לא אושרה על ידי הרשויות המוסמכות באחת או יותר מהמדינות המוכרות כתרופה להתוויה הנדרשת למבוטח, למעט האמור בסעיפים 2 ו-3 לעיל.
2. תרופה שמטרתה טיפול קוסמטי ו/או אסתטי.
3. תרופה לטיפול בבעיות שיניים וחניכיים.
4. טיפול תרופתי מונע במסגרת שירותי רפואה מונעת, כגון תרופה שהינה ויטמינים ו/או חיסונים ו/או תוספי מזון.
5. תרופה הנדרשת לטיפול פוריות ו/או עקרות.
6. שתל או אביזר להחדרת תרופה
7. תרופות Anti-aging
8. תרופה במהלך ניתוח או השתלה- יכוסה רק הפער שנותר (ככל שנותר) לאחר מימון קופ"ח.
9. תרופות לטיפול בהשמנת יתר.
10. תרופה לגמילה מעישון.
11. תרופה לטיפול באין-אונות.

רובד מורחב (מיועד למי שרכש את ההרחבה)
פרק ג'1: ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בארץ-
מסלול מהשקל הראשון

1. הגדרות:

- 1.1 התייעצות- התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2 טיפול מחליף ניתוח – טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3 ניתוח - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

פעולה פולשנית – חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

- 1.4 מרפאה כירורגית פרטית- מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5 בית חולים פרטי - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

 - (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.
 - (2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

- 1.6 קופת חולים - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994.
- 1.7 רופא מומחה - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.
- 1.8 שתל - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.
- 1.9 תקופת אכשרה- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:
תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.
- 1.10 הסדר ניתוח- הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי החברה למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.
- 1.11 הסדר התייעצות - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין החברה לבין רופא או מוסד

רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי החברה או על ידי המטופל.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עימו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1. שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.2. שכר מנתח.

3.3. ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.

3.4. טיפול מחליף ניתוח- וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קורות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החבר בכתובת www.menoramivt.co.il. כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו 3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידיו לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

4.1. מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה.

4.2. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

4.3. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

4.3.1. ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

4.3.2. ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ - 40.

4.4. ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

4.5. השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.

4.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח

שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;

4.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרת, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;

4.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבציונלי או זיהום רדיואקטיבי;

4.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 8.3 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.

4.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברת הביטוח לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברת הביטוח קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

5.

תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות.

בנוגע להרינו או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

פרק ג'2: כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח

(לבעלי שב"ן – כללית מושלם/פליטנום, מכבי מגן זהב/שלי, מאוחדת עדיף/שיא, לאומית זהב) פרק זה יחול במקום פרק ג'1, אך ורק על מבוטח אשר בחר להיות מבוטח בכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים כמפורט בסעיף 3.9 בתמורה לתשלום דמי ביטוח כאמור בסעיף 5 לפוליסה זה

1. הגדרות:

- 1.1 התייעצות- התייעצות עם רופא מומחה אגב ניתוח או אגב טיפול מחליף ניתוח, בין אם בוצעה לפני הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח ובין אם בוצעה אחריו.
- 1.2 טיפול מחליף ניתוח – טיפול רפואי המבוצע בידי רופא מומחה כתחליף לביצוע ניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שאותו הוא מחליף.
- 1.3 ניתוח - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

פעולה פולשנית – חדירתית החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה, פגיעה, תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח, או מניעה של כל אחד מאלה, לרבות פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, הראיית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

- 1.4 מרפאה כירורגית פרטית- מרפאה, כהגדרתה בסעיף 34(ג) לפקודת בריאות העם, הטעונה רישום בהתאם להוראות שלפי סעיף 34(א)(2) לפקודה האמורה, שאינה בבעלות ממשלתית, ואשר מתבצעות בה פעולות כירורגיות.
- 1.5 בית חולים פרטי- על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

אחד מאלה:

- (1) בית חולים בישראל שהוא בבעלות פרטית ושאינו בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 בחוק לשינוי סדרי עדיפויות

לאומיים (תיקוני חקיקה להשגת יעדי התקציב לשנים 2013 ו-2014), התשע"ג-2013.

(2) בית חולים ציבורי כללי כהגדרתו בסעיף 19 לחוק האמור שהרשויות המוסמכות לספק שירות בחירת רופא בתשלום.

1.6 קופת חולים - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כהגדרתה בסעיף 2 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994

1.7 רופא מומחה - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

רופא אשר אושר לו בידי הרשויות המוסמכות בישראל תואר מומחה בתחום רפואי מסוים לפי תקנה 2 לתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, ושמו כלול ברשימת הרופאים המומחים שפורסמה לפי תקנה 34 לתקנות האמורות.

1.8 שתל - על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח, למעט תותבת שיניים ושתל דנטלי.

1.9 תקופת אכשרה

על אף האמור בתנאים הכלליים, לצרכי פרק זה, תחול ההגדרה שלהלן:

תקופה המתחילה בתאריך הצטרפות המבוטח לביטוח והמסתיימת בתום התקופה שצוינה עבור כל כיסוי, ובה המבוטח עדיין אינו זכאי לכיסוי ביטוחי מכוח הפוליסה, תקופת האכשרה תחול לגבי כל מבוטח פעם אחת בלבד בתקופות ביטוח רצופות אצל אותו מבטח.

2. מקרה הביטוח:

מקרה הביטוח הוא ניתוח או טיפול מחליף ניתוח שבוצע בישראל במבוטח במהלך תקופת הביטוח או התייעצות שבוצעה בישראל במהלך תקופת הביטוח

באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי, אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין.

3. הכיסוי הביטוחי:

בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי מלוא העלות של מקרים אלה בלבד:

3.1 שלוש התייעצויות בכל שנת ביטוח ועד לסך של 1,500 ₪ להתייעצות

אצל רופא שאין לגביו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי עניין. לעניין זה יובהר כי התייעצות תכוסה גם אם בסופו של דבר לא בוצע הניתוח או הטיפול מחליף הניתוח שההתייעצות נערכה לגביו.

3.2 שכר מנתח.

3.3 ניתוח בבית חולים פרטי או במרפאה כירורגית פרטית: כיסוי זה יכלול

את כל ההוצאות הרפואיות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח.

3.4 טיפול מחליף ניתוח- וזאת עד לתקרת עלות הניתוח המוחלף בישראל.

לעניין זה, עלות הניתוח המוחלף בישראל הנה על פי הסכום המפורסם במועד קרות מקרה הביטוח באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.menoramivt.co.il כיסוי זה לא ישלול מהמבוטח את הזכאות לניתוח אם לאחר הטיפול החלופי יזדקק המבוטח לטיפול נוסף.

יובהר כי התשלומים בגין סעיפים 3.2 ו 3.3, יבוצעו לנותני השירות שבהסדר ניתוח בלבד ולא ישולם למבוטח החזר בגין הוצאות שהוציא, אף אם שולמו על ידי לנותני שירות שבהסדר כאמור. יובהר כי במקרה ששילם המבוטח לנותן שירות שבהסדר, יהיה זכאי לכיסוי (באמצעות תשלום לנותן השירות שבהסדר) עד הסך שהיה משולם לנותן שירות שבהסדר התייעצות או הסדר ניתוח, לפי העניין.

4. תגמולי ביטוח:

הסדר ניתוח – הסדר ניתוח כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין חברת הביטוח לבין רופא או מוסד רפואי לפיו מלוא התשלומים הקשורים לניתוח שבוצע בישראל, לרבות התשלומים לרופא

ולמוסד הרפואי וכן התשלומים בעבור הציוד, האביזרים והתכשירים המשמשים בביצוע הניתוח ובמהלך הטיפול, ישולמו על ידי חברת הביטוח למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה.

הסדר התייעצות - הסדר התייעצות כהגדרתו בחוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד – 1994 - הסכם בין חברת הביטוח לבין רופא או מוסד רפואי, לפיו מלוא התשלום המגיע לרופא או למוסד רפואי בעד התייעצות רפואית נקבע באותו הסכם, ימומן על ידי חברת הביטוח, למעט השתתפות עצמית ככל שנקבעה ויכול שישולם על ידי חברת הביטוח או על ידי המטופל.

בקורות מקרה ביטוח המבוטח יהיה זכאי כדלקמן:

- 4.1 בקורות מקרה ביטוח יהיה זכאי המבוטח לכיסוי שמעבר למלוא הזכויות המוקנות לו במסגרת תכנית השב"ן שבה הוא חבר, עבור ניתוחים פרטיים בישראל ובלבד שבוצע באמצעות רופא ו/או מוסד רפואי אשר יש למבטח עמו הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין.
- 4.2 במקרים בהם אין השב"ן מכסה מקרה ביטוח למבוטח בלבד, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסויים (כגון פיגור בתשלום דמי החבר לשב"ן או הפסקת החבר בשב"ן או מכל סיבה אחרת) יהיה המבוטח זכאי לכיסוי על פי האמור בסעיף 4.1 לעיל, ויראו אותו כמי שחברותו בשב"ן לא הופסקה והוא יכוסה (כתשלום לנותני שירות שבהסדר כאמור לעיל) לפחות על פי ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצעות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר ובכפוף לכך שיש למבטח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי הסדר ניתוח או הסדר התייעצות, לפי העניין. יובהר, לצורך חישוב ההפרש האמור בסעיף 4.2 לעיל, יידרש המבוטח להוכיח מהן הזכויות הניתנות לחבר השב"ן לאותו מקרה ביטוח. במקרים שבהם לא יוכח מהן הזכויות הניתנות לחבר השב"ן, תיקבע השתתפות חברת הביטוח על פי המידע הקיים בחברה לגבי ההשתתפות הנדרשת באותו סוג ניתוח ובאותה תוכנית שב"ן.
- 4.3 במקרים שבהם השב"ן שבו חבר המבוטח אינו מכסה את מקרה הביטוח לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במהלך תקופת אכשרה/המתנה בשב"ן (כהגדרתה בשב"ן) וכן במקרים בהם המבוטח הינו חילל בשירות סדיר, יינתן כיסוי בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 4 להלן ובכפוף לכך שלמבטח קיים הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי, והוצאות סעיף 4.1 לעיל לא יחולו על מקרה הביטוח.

5. ברות ביטוח:

הופסקה ו/או בוטלה ו/או תמה חברותו של המבוטח ו/או זכאותו בשב"ן מסיבה כלשהי (להלן: "הפסקת השב"ן") ו/או קיבל המבוטח מחברת הביטוח תגמולי ביטוח על פי סעיף 4.1 לעיל, בגין קרות מקרה הביטוח הראשון, יהא המבוטח רשאי לבקש בתוך 60 יום מיום הפסקת השב"ן או בתוך 90 יום מיום קבלת תגמולי הביטוח בגין מקרה הביטוח הראשון בלבד, להצטרף לביטוח לכיסוי לניתוחים שלא יפחת בהיקפו מתנאי הכיסוי לניתוחים הנהוג בחברה באותה עת, עם הגשת בקשה בכתב, תשלום דמי ביטוח מלאים וכנהוג בחברה באותה עת. במקרה זה, יהיה המבוטח זכאי לברות ביטוח שמשמעותה הצטרפות ללא כל תקופת אכשרה ולא תידרש הצהרת בריאות חדשה. תחילת הביטוח לכיסוי לניתוחים תהא למפרע על פי מועד הפסקת השב"ן.

6. חריגים:

סעיף החריגים בתנאים הכלליים אינו חל על פרק זה. החברה לא תהא אחראית ולא תהא חייבת לשלם תגמולי ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:

6.1 מקרה הביטוח אירע לפני יום תחילת הביטוח, לאחר תום

תקופת הביטוח או במהלך תקופת האכשרה

6.2 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח מסיבות של עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה, למעט הפלה הנדרשת מסיבה רפואית.

6.3 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח או טיפול שאינו נובע מצורך רפואי ונועד למטרות יופי, אסתטיקה או תיקון קוצר ראייה, למעט הניתוחים הבאים:

6.3.1 ניתוח שיקום השד לאחר כריתת שד;

6.3.2 ניתוח לקיצור קיבה למבוטח עם יחס BMI מעל 36 הסובל בנוסף מבעיות של סכרת או לחץ דם או מבוטח עם יחס BMI גבוה מ- 40.

6.4 ניתוח או טיפול מחליף ניתוח הקשור בשיניים או בחניכיים או ניתוחים המבוצעים על ידי רופא שיניים;

6.5 השתלת איברים; לעניין זה, "השתלת איברים" - כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר

- אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, השתלה של מחצמות מתורם אחר בגוף המבוטח או השתלת לב מלאכותי.
- 6.6. ניתוחים או טיפולים מחליפי ניתוח למטרות מחקר או ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח המבוססים על טכנולוגיות רפואיות ניסיוניות, לרבות ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח שנדרש אישור של ועדת הלסינקי עליונה או כל גורם אחר שבא במקומה לביצועם; לעניין זה, "ועדת הלסינקי עליונה" – "הוועדה העליונה" כהגדרתה בתקנות בריאות העם (ניסויים רפואיים בבני אדם), התשמ"א-1980;
- 6.7. מקרה ביטוח שארע עקב פעילות מלחמתית או פעולת איבה או עקב שירות המבוטח בגוף ביטחוני או משטרתי, או בשל השתתפות פעילה בפעילות צבאית או משטרתית;
- 6.8. מקרה ביטוח שארע עקב ביקוע גרעיני, היתוך גרעיני, פגיעה מנשק לא קונבנציונלי או זיהום רדיואקטיבי;
- 6.9. מקרה ביטוח שארע עקב מצב רפואי קודם, בכפוף להוראות תקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (תנאים בחוזי ביטוח)(הוראות לעניין מצב רפואי קודם), התשס"ד-2004 כמפורט בסעיף מס' 8.3 לחריגים הכלליים בפוליסה זו.
- 6.10. ניתוח שבוצע בישראל ושאינו לחברה לגביו הסדר ניתוח עם הרופא ו/או המוסד הרפואי. קרי הזכאות לכיסוי ביטוחי הנה רק אם לחברה קיים הסדר ניתוח עם הרופא וגם עם המוסד הרפואי.

7. תקופת אכשרה:

תקופת אכשרה הינה בת 90 ימים לכיסוי ניתוחים, טיפולים מחליפי ניתוח או התייעצות.
בנוגע להריון או לידה תהיה תקופת האכשרה 12 חודשים בלבד.

פרק ד': כיסוי לניתוחים בחו"ל

הגדרות:

בדיקות – בדיקות חודרות, בדיקות הכרוכות בשימוש בחומרי ניגוד ו/או חומר רדיו אקטיבי ו/או חומר קרני נטגן ו/או בדיקות מעבדה, בתנאי שהן בדיקות עזר לקביעת האבחנה במסגרת הייעוץ המוקדם וקיים אישור של רופא כללי או רופא מומחה לגבי הצורך בביצוען. הבדיקות האמורות תתבצענה במעבדה או בבית החולים לפי העניין.

1. מקרה הביטוח

1.1 מקרה הביטוח הוא מצבו הבריאותי של המבוטח המחייב ביצוע ניתוח אלקטיבי, אשר יבוצע על ידי מנתח הסכם או מנתח אחר בבית חולים בחו"ל או בכל מרכז רפואי אחר בחו"ל ובלבד שהאישור ניתן מראש בישראל.

2. תגמול הביטוח בגין מקרה ביטוח

2.1 המבטח ישפה את המבוטח, בגין ההוצאות המוכרות המפורטות בסעיף 2.2 להלן שהוצאו בפועל בגין מקרה הביטוח, על פי תנאי הכיסוי המפורטים להלן:

2.1.1 בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל אצל נותן שירות שבהסכם עם המבטח, יכסה המבטח את כל ההוצאות והעלויות בפועל, ללא תקרה.

2.1.2 בוצע במבוטח ניתוח בחו"ל אצל נותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח, יכסה המבטח את כל ההוצאות והעלויות בפועל, עד לגובה עלות ניתוח זהה אצל נותני השירות בחו"ל שבהסכם עם המבטח או, במקרה ולא קיים נותן שירות שבהסכם בתחום בחו"ל, בסכום השווה ל-200% מעלות הניתוח בארץ.

2.2 כיסוי זה יכלול את כל ההוצאות הרפואיות הנדרשות לשם ביצוע הניתוח ולאשפוז הנלווה לביצועו, לרבות שכר רופא מרדים, הוצאות חדר ניתוח, ציוד מתכלה, שתלים, תרופות במהלך הניתוח והאשפוז, בדיקות שבוצעו כחלק מהניתוח והוצאות אשפוז עד לתקרה של 30 ימי אשפוז כולל אשפוז טרום ניתוח. כמו כן בעת שהייה בחו"ל, יכוסו גם הוצאות טיסה, שהייה, הטסה רפואית והטסת גופה, הכל כמפורט להלן:

- 2.2.1.1 הוצאות נסיעה לחו"ל למבוטח ולמלווה אחד (עד 2 מלווים במקרה שהמבוטח הנו קטין) בטיסה מסחרית רגילה לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל. האמור בסעיף זה לא יחול על ניתוחים שמשך האשפוז המקובל בגינם הינו פחות מ-8 ימים, אך כן יחול על ניתוחי לב (לא כולל צנתורים), ניתוחי מוח וניתוחי גב.
- 2.2.1.2 הוצאות הטסה רפואית מיוחדת לחו"ל לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל והוצאות העברה יבשתית משדה התעופה לבית החולים בחו"ל, אם היה המבוטח בלתי כשיר מסיבות רפואיות לטוס בטיסה מסחרית רגילה – עד 50,000 ₪.
- 2.2.1.3 הוצאות לשהייה בחו"ל הנחוצות לצורך ביצוע הניתוח בחו"ל, למלווה אחד - עד 800 ₪ ליום ועד 35 יום. אם המבוטח הנו קטין, ישולמו הוצאות שהייה לשני מלווים, התקרה תהא בגובה 1,050 ₪ ליום ועד 35 ימים סה"כ. האמור בסעיף זה לא יחול על ניתוחים שמשך האשפוז המקובל בגינם הינו פחות מ-8 ימים, אך כן יחול על ניתוחי לב (לא כולל צנתורים), ניתוחי מוח וניתוחי גב.
- 2.2.1.4 הוצאות הטסת גופת המבוטח לישראל, אם נפטר (חס וחלילה) כתוצאה מהניתוח או מסיבוכים הקשורים לניתוח.
- 2.2.1.5 פרוצדורות רפואיות ותכשירים רפואיים (כולל הוצאות עקיפות הקשורות לפרוצדורות רפואיות אלו) שהוגדרו על-ידי רופא מטעם המבוטח כנחוצות בשל מצבו הבריאותי של המבוטח והפרוצדורות הרפואיות אותן נדרש המבוטח לעבור. סעיף זה מתייחס לפרוצדורות רפואיות שהיו מכוסות בניתוח בישראל, אך אם המדובר בפרוצדורות רפואיות המתחייבות מבחינה רפואית מאופי השהות בחו"ל אזי לא תחול הגבלה זו.
- 2.3 המבוטח לא יהיה אחראי ולא תהא חייבת לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח לפי נספח זה (בנוסף לחריגים הכלליים המופיעים בתנאי הפוליסה) בכל אחד מהמקרים הבאים:**

- 2.3.1 ניתוח שמטרתו היא יופי ו/או אסתטיקה לרבות ניתוח לתיקון קוצר ראייה שמקורו אינו בצורך רפואי, ולמעט ניתוח שיקום שד לאחר כריתת שד כולל התאמה קוסמטית של השד הבריאה במידה ולא ניתן להתאים את השד התותב לשד הבריאה. יודגש כי ניתוח קוסמטי הנדרש למטרת טיפול רפואי עקב קיומה של בעיה רפואית ו/או ניתוח קוסמטי המהווה חלק בלתי נפרד מניתוח אחר המכוסה ע"י פוליסה זו, יכוסו באופן מלא.
- 2.3.2 בדיקה/ות, בדיקות מעבדה, רנטגן, הקרנות, טיפולים כימותרפיים או אונקולוגיים, טיפול היפרתרמי, זריקה, הזלפות, בדיקה/ות ופועלות הדמיה כגון: CT ו- MRI כאשר כל אלה אינן חלק מהניתוח
- 2.3.3 ניתוחים הקשורים בשיניים ובחניכיים, למעט ניתוחי פה ולסת.
- 2.3.4 ניתוחי ברית מילה, ניתוח קיסרי, טיפול בפטרת הציפורניים/עור באמצעות לייזר, אלא אם נקבע צורך רפואי.

2.4 תנאים מיוחדים לניתוחים פרטיים בחו"ל:

- 2.4.1 הכיסוי לניתוחים פרטיים בחו"ל מאפשר ביצוע ניתוח פרטי בחו"ל, בכפוף לכך, שהניתוח אושר מראש על ידי החברה ושההתקשרות עם נותני השרות הרפואי ותאום הניתוח, ייעשו ישירות על ידי החברה. בהיוודע למבוטח על הצורך בניתוח אשר ברצונו לבצע בבי"ח בחו"ל, יידע את החברה באופן מיידי וימסור לחברה את שם ביה"ח וכתובת ביה"ח בחו"ל, בו הינו מעוניין לבצע את הניתוח הנ"ל וכן את כל הפרטים הנוספים הקשורים בניתוח. במידה ומבוטח יפנה למבטח לאישור התביעה בדיעבד לאחר ביצוע הניתוח, תגמולי הביטוח יוגבלו לתקרת תגמולי הביטוח המשולמים על ידי המבטח לנותני שירות שבהסכם או עד 200% מעלות הניתוח בארץ במקרה ולא קיים נותן שירות שבהסכם בתחום בחו"ל. יש לציין כי פרק זה אינו מחליף ביטוח נסיעות לחו"ל.

2.4.2 החברה לא תהא אחראית לכל נזק שיגרם למבוטח ו/או לכל אחד אחר עקב בחירתו של המבוטח ו/או הפנייתו ע"י החברה לנותני שירותים רפואיים ו/או אחרים ו/או עקב מעשה או מחדל של הנ"ל לרבות, בגין אי ביצוע הניתוח בחו"ל במועד שנקבע לכך, מכל סיבה שהיא.

3.

טיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל

מקרה הביטוח – מבוטח שקיבל המלצה לניתוח ומעוניין לקבל טיפול מחליף ניתוח כהגדרתו בהסכם.

הגדרת טיפול מחליף ניתוח בחו"ל - טיפול רפואי המחליף את הניתוח המכוסה עפ"י פוליסה זו, בתנאי כי טיפול רפואי זה נועד להשיג תוצאות דומות לתוצאות הניתוח המכוסה על פי ההסכם

3.1 בקרות מקרה ביטוח, רשאי המבוטח לבחור בטיפול מחליף ניתוח (להלן: "טיפול חלופי"), בהתקיים כל אלה:

3.2 טיפול רפואי שאיננו ניתוח המבוצע כתחליף לניתוח, אשר על פי אמות מידה רפואיות מקובלות נועד להשיג מטרה דומה למטרת הניתוח שבמקומו הוא מבוצע. המבטח ישפה את המבוטח עבור הטיפול החלופי (לרבות סדרת טיפולים כאמור) עד לגובה העלות הכוללת בארץ.

פרק ה' – שירותים אמבולטוריים

1. מקרה הביטוח:

הזדקקותו של המבוטח לאחד מהשירותים האמבולטוריים להלן שלא בעת אשפוז הנובע מבעיה רפואית פעילה.

2. תגמולי הביטוח:

2.1. בדיקות אבחנתיות:

2.1.1. הגדרת "בדיקות רפואיות אבחנתיות" – בדיקות אבחנתיות,

כגון בדיקות מעבדה, רנטגן, א.ק.ג, בדיקות הדמיה, אולטרסאונד, טומוגרפיה ממוחשבת, בדיקת תהודה מגנטית וכל בדיקה אחרת הנדרשת על פי אמות מידה רפואיות מקובלות לאבחון מחלתו של המבוטח או לקביעת דרכי הטיפול בה.

בדיקות אבחון פסיכודידקטיות יכוסו ובלבד שהצורך בבדיקה נקבע על ידי רופא נירולוג.

2.1.2. התחייבויות המבטח - המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח

בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל בגין בדיקות רפואיות אבחנתיות, עד תקרה בסך של 5,000 ₪ למבוטח בשנת ביטוח.

2.2. חוות דעת נוספת בארץ ו/או בחו"ל

2.2.1. הגדרות

2.2.1.1. "חוות דעת ראשונה" - חוות דעת רפואית ראשונה

הינה דו"ח רפואי מלא, מפורט ומתועד הכולל מסקנת רופא מומחה בתחום הרלבנטי וכן כל מידע רפואי רלבנטי אחר, אם קיים, לרבות צילומי רנטגן, C.T., M.R.I., U.S. בדיקות הדמיה אחרות, ביופסיות, תוצאות בדיקות ציטולוגיות, היסטולוגיות, וכיוצא באלה.

למען הסר ספק, מכתב שחרור מבית חולים מהווה חו"ד ראשונה לכל דבר.

2.2.1.2. "חוות דעת שניה" - חוות דעת רפואית נוספת הינה

דו"ח רפואי מלא ומפורט שיימסר למוטב מרופא

מומחה ו/או ביצוע מחקר רפואי אישי ממאגרי מידע דיגיטליים בהקשר למחלה ממנה סובל המבוטח, שהתוצר שלו הוא דו"ח המסכם את התוצאות המחקר ומאפשר על ידי רופא ו/או מידען רפואי, שנועדו לסייע בקביעת אבחנה רפואית ו/או דרכי טיפול במחלה. במסגרת חוות הדעת הרפואית השנייה יכללו גם לפי בקשת הזכאי ו/או רופאו, פענוח תצלומי רדיולוגיה, פתולוגיה, קרדיולוגיה וכיוצא בזה.

2.2.2 התחייבות המבטח- מבוטח אשר לו חו"ד ראשונה זכאי לחו"ד שניה, הכיסוי כולל קביעת אבחנה ו/או דרך טיפול ו/או בדיקת ממצאים, כמו כן פענוח נוסף של כל הבדיקות בתחום הרדיולוגי.

2.2.3 ניתן לקבל חו"ד נוספת מכל רופא מומחה אחר, אך לא מאותו רופא מספר פעמים.

2.2.4 המבטח ישלם למבוטח תגמולי ביטוח בשיעור של 80% מההוצאות שהוציא המבוטח בפועל אך לא יותר מהסכומים להלן:

חו"ד מרופא מומחה בחו"ל או מחקר רפואי אישי המבוסס על מאגרים בינלאומיים – שיפוי עד תקרה של 8,000 ₪ לכל חו"ד/דו"ח.

חו"ד מרופא מומחה בארץ – שיפוי עד תקרה של 1300 ₪ לכל חו"ד.

במידה והמבוטח הגיש תביעה לשב"ן לכיסוי חו"ד הרשומה לעיל תכסה חברת הביטוח את יתרת הסכום עד לגובה ההוצאה בפועל ולא יותר מהתקרות הקבועות לעיל.

המבוטח זכאי למקסימום 3 חוות דעת שנייה כמוגדר במקרה הביטוח לעיל, לכל שנת ביטוח.

2.3 בדיקות הריון:

2.3.1 הגדרת "בדיקות הריון":

2.3.1.1 סיקור גנטי.

2.3.1.2 בדיקת סיסי שליה.

2.3.1.3 סריקה על קולית מורחבת לסקירת מערכות העובר.

2.3.1.4. אקו לב עובר.

2.3.1.5. בדיקת מי שפיר.

2.3.1.6. שיקוף עורפי.

2.3.2. התחייבות המבטח: המבטח ישתתף בעלות הבדיקות הנ"ל לפי הפירוט הבא - עד תקרה של 3,500 ₪ לפרק זה במהלך הריון, ובמקרה של הריון מרובה עוברים עד 5,000 ₪ ההשתתפות העצמית תהיה בסך 20%.

2.4. הפריה חוץ גופית:

התחייבות המבטח: המבטח יכנה הוצאות שעל הפריית מבחנה וזאת עד לסך מירבי של 7,000 ₪ לכל ילד או 75% מהעלות בפועל של פעולה זו – הסכום הנמוך מבין שניהם. כיסוי זה יינתן מעבר לכיסוי הניתן ע"י חוק ביטוח בריאות ממלכתי ובתנאי כי שני בני הזוג מבטחים בביטוח על פי הסכם זה. כיסוי זה יינתן גם לעובדת שאינה נשואה (רווקה/גרופה/אלמנה) ובמקרים בהם בן/בת זוג מבטח בביטוח קולקטיבי אחר או בביטוח רפואי אחר בחברת ביטוח או נמצא בצבא קבע.

2.5. התייעצות עם רופא מומחה:

התחייבות המבטח: החברה תשפה את המבטח בסכום השווה לעד 600 ₪ להתייעצות אחת ובכל מקרה לא יותר מההוצאות הממשיות אשר הוציא המבטח בפועל עבור התייעצות עם רופא מומחה (לא כולל רופא משפחה ורופא ילדים), אצל רופא מומחה שיבחר ע"י המבטח, בכפוף להשתתפות עצמית בגובה 20% מעלות ההתייעצות (למעט ייעוץ בתחום התייעצות ובדיקות מעבדה לגילוי גידולים ממאירים המכוסה בפרק ב' - תרופות מיוחדות). המבטח יהיה זכאי לשיפוי בגין התייעצות עם רופא מומחה כאמור לעיל לא יותר מ – 3 פעמים בשנת ביטוח אחת.

2.6 רפואה משלימה (אלטרנטיבית)

בקורות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בגין הוצאותיו ו/או ישלם לספק השירות, עבור שירותי רפואה משלימה המפורטים בפרק זה, בכפוף לתנאים בהסכם שאליו צורף פרק זה ולתנאים המיוחדים שבפרק זה.

מקרה הביטוח – המבוטח מעוניין לקבל טיפול באמצעות טיפול אלטרנטיבי מאלה המפורטים להן בסעיף 1.1, וזאת עקב בעיה רפואית חדשה ו/או החמרה בבעיה רפואית קיימת, המאושרת ע"י רופא מוסמך.

2.7 התחייבות המבטח

המבטח יחזיר למבוטח 80% מההוצאות הממשיות בפועל שהיו לו עבור שירותי רפואה משלימה (אלטרנטיבית), בכפוף להגדרות ולסכומי השיפוי המרבי המפורטים להלן:

2.7.1 תחומי רפואה משלימה שיכוסו על פי פוליסה זו:

2.7.1.1 "אקופונקטורה" – טיפול אשר במהלכו נעשה דיקור במחטים דקות בנקודות מיוחדות בגוף.

2.7.1.2 "הומאופטיה" – שיטת טיפול כוללנית, העושה שימוש בתרופות המופקות מחומרים טבעיים שנמהלו או דוללו פעמים רבות.

2.7.1.3 "ביו פידבק" – טכניקה טיפולית העושה שימוש במכשור אלקטרוני לצורך מדידה מיידיית של שינויים פיזיולוגיים בגוף המטופל.

2.1.7.4 "כירופרקטיקה" – שיטת טיפול בה משתמש המטפל בידיו לשם הפעלת לחצים על עמוד השדרה וחוליותיו במטרה להשיב את הגוף לאיזון.

2.1.7.5 "אוסטיאופטיה" – טיפול להשגת הקלה בהפרעות במערכות השרירים והשלד ע"י שיפור הזרימה במערכות כלי הדם, הלימפה והעצבים.

- 2.1.7.6 "פלדנקרייז" – טיפול ביכולת התנועה ויציבת הגוף, תוך פיתוח מודעות להרגלי התנועה והקניית הרגלי תנועה נכונים.
- 2.1.7.7 "רפלקסולוגיה" – טיפול באמצעות לחיצות ועיסוי בעיקר בכפות הרגליים לאבחון ושיפור תפקודן של מערכות הגוף השונות.
- 2.1.1.8 "שיאצו" – לחיצות ועיסוי, בעיקר ע"י אצבעות הידיים, לאורך קווי זרימת האנרגיה בגוף לצורך שחרור ואיזון הזרימה.
- 2.1.7.8 "גלי הלם" - הם גלים אקוסטיים הנשלחים לאזור הטיפול
- 2.7.2 סכום השיפוי המרבי שישולם למבוטח על פי פרק זה בגין כל טיפול לא יעלה על 200 ₪ ועד מקסימום 2,000 ₪ בכל שנת ביטוח.
- 2.7.3 לא יינתן שיפוי במסגרת פרק זה בגין תשלומים עבור טיפולים שעדיין לא ניתנו למבוטח בפועל ו/או התחייבות נותן שירות לטיפולים עתידיים.
- 2.7.4 **בנוסף לאמור בפרק החריגים הכלליים, המבטח לא יהא אחראי ולא יהא חייב לשלם תגמולי הביטוח בגין מקרה ביטוח בכל אחד מהמקרים הבאים:**
המבטח לא ישפה את המבוטח בגין טיפולים או ייעוץ בתחומים הבאים:
- 2.7.4.1 טיפולים שאינם כלולים בסעיף 1.1.
- 2.7.4.2 היפנוזה, היפנוטרפיה.
- 2.7.4.3 טיפולים ו/או ייעוץ לצורך הרזיה שאינה צורך רפואי ברור ועל פי המלצה רפואית.
- 2.7.4.4 **טיפול ו/או ייעוץ הקשורים בגמילה מהרגלים ו/או התמכרות (כגון סמים, עישון, אלכוהוליזם וכו').**

**2.7.4.5 הוצאות עבור תרופות /או חומר מרפא ו/או חומרים
אחרים שהומלצו לצורך טיפול.**

2.8 קבלת שירותי הרפואה המשלימה:

שירותי הרפואה המשלימה יינתנו בכפוף לתנאים הבאים:

1.5.1 ניתן לפנות לנותן שירות שאינו בהסכם עם המבטח ובלבד

שקיבל אישור מראש ובמגבלות סכומי הביטוח בסעיף 1.2.

1.5.2 לא ישולם החזר על טיפולים שבוצעו בטרם אושרה התביעה
ע"י המבטח.

פרק ו' - שיפוי בגין גילוי מחלה קשה

1. מקרה הביטוח גילוי אחד המחלות או האירועים הרפואיים המפורטים להלן, במהלך תקופת הביטוח.

2. להלן פירוט המחלות הקשות המבוטחות:

2.1 קבוצה ראשונה

2.1.1 אי ספיקת כליות סופנית - (END STAGE RENAL FAILURE)
חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך של שתי הכליות המחייב חיבור קבוע להימודיאליזה או לדיאליזה תוך-צפקית (פריטונאלית) או לצורך בהשתלת כלייה.

2.1.2 אי ספיקת כבד פולמיננטית -
(FULMINANT HEPATIC FAILURE)

אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי הכבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות והמאופיינות על ידי כל הסימנים הבאים:

- 1.** הקטנה חדה של נפח הכבד;
- 2.** נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
- 3.** ירידה חדה בבדיקות דם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
- 4.** צהבת, מעמיקה.

2.1.3 מחלת כבד סופנית (שחמת) - (TERMINAL LIVER DISEASE)
(CIRRHOSIS)
מאופיינת בנוכחות שלושה מן הסימנים הבאים:

- 1.** צהבת.
- 2.** מיימת המצריכה שימוש קבוע בתרופות משתנות.
- 3.** שחמת שהוכחה בביופסיה כבדית.

4. אנצפלופתיה כבדית.

5. יתר לחץ דם שערי המאובחן על ידי דליות בוושט, הגדלת טחול מאושרת על ידי בדיקת US דופלר או מדידה ישירה של הלחץ הפורטלי או היפרספליניזם.

2.1.4 השתלת אברים -

(ORGAN TRANSPLANTATION) לב, ריאה, לב-ריאות, כליה, לבלב, כבד, מוח עצמות, מעי.

קבלת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך בהשתלת איבר ובטרם ביצוע ההשתלה בפועל או ביצוע ההשתלה בפועל בין אם מגוף של תורם אחר (למען הסר ספק, השתלת מח עצם עצמית אינה מכוסה) או על ידי איבר מלאכותי, עקב הפסקת תיפקודו של אותו איבר, ובתנאי שההשתלה בוצעה בתאם לחוק השלת איברים, התשס"ח-2008, וכן בתנאי שנטילת האיבר והשתלת האיבר נעשתה על פי הדין החל באותה מדינה בה בוצעה ההשתלה וכי מתקיימות הוראות החוק לעניין סחר באיברים.

2.1.5 טרשת נפוצה -

(MULTIPLE SCLEROSIS)

דמיאליניזציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות חודשיים. האבחנה תיקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאליניזציה (פגיעה במעטפות המיאלין) במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

2.1.6 עמילואידוזיס ראשונית - (PRIMARY AMYLOIDOSIS)

מחלה המאופיינת על ידי שקיעת עמילואיד AL ברקמות שונות בגוף והמאובחנת על ידי בדיקה פתולוגית המעידה על שקיעת העמילואיד ברקמות או באיברים כגון: לב, כליה, דפנות כלי דם וכו'. קביעת קיום המחלה תעשה על ידי פנימאי מומחה.

2.1.7 תרדמת (COMA)
מצב של אובדן הכרה וחוסר תגובה מוחלט לגירויים חיצוניים ולצרכים פנימיים, אשר נגרם עקב נזק נוירולוגי הנמשך ברציפות יותר מ-96 שעות והמצריך שימוש במערכות תומכות חיים.

2.1.8 ניוון שרירים (MUSCULAR DISTROPHY) –
עדות לפגיעה משולבת בנירונ המוטורי העליון והתחתון במערכת העצבים הפירמידלית הנתמכת בבדיקת EMG אופיינית המוכיחה דנרבציה מפושטת, מתקדמת ומחמירה על פני 3 חודשים.

האבחנה תיקבע על ידי נוירולוג מומחה.

**2.1.9 פגיעה מוחית מתאונה -
(BRAIN DAMAGE BY ACCIDENT)**

פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה ע"י רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמא: גלזקו קומה 5 או פחות) (COMA SCALE GLAZGOW.

2.1.10 דלקת מוח (ENCEPHALITIS)
דלקת מוח המלווה בסיבוכים הנמשכים לפחות 3 חודשים ואשר לדעת נוירולוג מומחה, יותירו נזק נוירולוגי חמור, קבוע ובלתי הפיך, אשר בעקבותיהם המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:

לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, נידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 2013-1-5.

הכיסוי אינו כולל דלקת מוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

2.1.11 דלקת חיידקית של קרום המוח - (BACTERIAL MENINGITIS)

דלקת קרום המוח, בה בודד חיידק כמחולל מחלה דלקתית בקרומי המוח או בחוט השדרה אשר לדעת נירולוג מומחה, יותירו נזק חמור קבוע ובלתי הפיך ואשר בעקבותיה המבוטח אינו מסוגל לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות:

לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, שלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בחוזר המפקח על הביטוח 2013-1-5.

מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

הכיסוי אינו כולל דלקת קרום המוח הקשורה לזיהום בנגיפי HIV או הרפס.

2.1.12 מחלת ריאות חסימתית כרונית (CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE)

מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע, על ידי שני הקריטריונים הבאים:

1. נפח FEV1 של פחות מ-1 ליטר או מתחת ל-30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל-50% או פחות מ-35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך.
2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל-55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

2.1.13 יתר לחץ דם ריאתי ראשוני - (primary pulmonary hypertension)

עליה בלחץ הדם של עורקי הריאה הנגרמת על ידי עליה בלחץ בנימיות הריאה, עליה בנפח הדם הריאתי או עליה בתנגודת בכלי הדם הריאתיים. האבחנה חייבת לכלול הוכחה בצנתור לב של לחץ ריאתי סיסטולי מעל 30 מ"מ או לחץ ריאתי עורקי - ממוצע מעל 20 מ"מ, היפרטרופיה של חדר ימין וסימני הרחבה ואי ספיקת לב ימנית.

2.1.14 פרקינסון (Parkinson's Disease)

האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות ע"י סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו ע"י ניירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתו בחוזר המפקח על הביטוח 2013-1-5.

2.2 קבוצה שניה

2.2.1 אוטם חריף בשריר הלב -

(ACUTE MYOCARDIAL INFRACTION)

נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק. האבחנה חייבת להיתמך ע"י הקריטריונים הבאים:

2.2.1.1 בדיקה ביוכימית, המציינת עליה באנזימי

שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר או בסטייה מהערך התקין על פי אמות מידה רפואיות המקובלות להגדרת אוטם, זאת בהתייחס לערכי המעבדה הבודקת, או בכל דרך אחרת של בדיקה שמבוצעת בבתי החולים עבור כלל

החולים, אשר תחליף בעתיד את הבדיקה הביוכימית האמורה.

2.2.1.2

בנוסף לבדיקה הביוכימית כאמור בסעיף 2.2.1.1 לעיל, האבחנה חייבת להיתמך על ידי קיום של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

למען הסר ספק, מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

2.2.2

ניתוח מעקפי לב (CABG) -

ניתוח לב פתוח לשם ביצוע מעקף של חסימה או היצרות בעורק כלילי.

למען הסר ספק, מובהר כי צנתור העורקים הכליליים אינו מכוסה.

2.2.3

ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב- OPEN (HEART SURGERY FOR VALVE REPLACEMENT OR REPAIR)

ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

2.2.4

ניתוח אבי העורקים (AORTA)

ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן או ביצוע צינתור במקרה של מפרצת באבי העורקים בגודל 5 ס"מ או יותר.

2.2.5

קרדיומיופטיה (CARDIOMYOPATHY)

מחלת לב כרונית המתבטאת בתפקוד לקוי של חדרי הלב עם הפרעה תפקודית של לפחות דרגה 3 לפי פרוטוקול of New York Heart Association Classification Cardiac Impairment.

2.2.6

שבץ מוחי (CVA)

כל ארוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות ניורולוגיות או חוסר ניורולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק ניורולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי ניורולוג מומחה. כל זאת להוציא T1A.

2.3

קבוצה שלישית

2.3.1 סרטן (CANCER)

נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודגיקין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

1. גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של CARCINOMA IN SITU כולל דיספלזיה של צוואר הרחם CINI, CIN2, C1N3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים.
2. מלנומה ממאירה בעובי פחות מ- 0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת למ"מר וללא אולצרציות (התכייבויות); מחלות עור מסוג:
- 3.1 Basal Cell Carcinoma - Hyperkeratosis ;
- 3.2 Squamous Cell מחלות עור מסוג Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.
4. מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה - AIDS ;
5. סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל- TNM Mo Classification T2 No (כולל) או לפי Gleason Score עד ל- 6 (כולל);

6. לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L) עם ספירה של פחות מ $10,000 \text{ B cell lymphocytes ul}$ ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
 7. סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;
 8. פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית ו/או צריבה מקומית ו/או מעבר לטיפול שטיפה מקומית;
 9. גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;
 10. T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל - T CELL LY.

2.3.2 אנמיה אפלסטית חמורה - (SEVERE APLASTIC ANEMIA)

כשל של מח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

1. עירוי מוצרי דם.
2. מתן חומרים/תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם.
3. מתן חומרים/תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים).
4. השתלת מוח עצם.

2.3.3 גידול שפיר של המוח/יותרת המוח /קרומי המוח- (BENIGN BRAIN TUMOR)

תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר ע"י בדיקת MRI או CT.

הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרונולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים.

- 2.4 קבוצה רביעית
- 2.4.1 שיתוק (פרפלגיה קוודריפלגיה) - (PARALYSIS)
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת השימוש בשתי גפיים או יותר כתוצאה מנתק בלתי הפיך מכל סיבה שהיא של חוט השדרה, (או כשל קבוע של ההולכה במוח השדרה בעקבות חיתוך או ניתוק של מוח השדרה).
- 2.4.2 פוליו (שיתוק ילדים) - (poliomyelitis)
שיתוק שרירים קבוע ותמידי, הנובע מנגיף הפוליו, אשר אובחן באמצעות בידוד וזיהוי הנגיף בנוזל עמוד השדרה.
- 2.4.3 איבוד גפיים (loss of limbs)
איבוד תפקוד קבוע ומוחלט או קטיעה מעל פרק שורש כף היד או הקרסול של שתיים או יותר גפיים כתוצאה מתאונה או מחלה.
- 2.4.4 עיוורון (blindness)
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של כושר הראיה בשתי העיניים העיניים (קרי: בדיקת חדות ראייה מירבית בשתי העיניים של 60/3 או פחות מזה), כפי שנקבע ע"י רופא עיניים מומחה.
- 2.4.5 כוויות קשות (severe burns)
כוויות מדרגה שלישית המערבות לפחות 20% משטח הגוף.
- 2.4.6 אובדן דיבור -
(LOSS OF SPEECH)
איבוד מוחלט ובלתי הפיך של יכולת הדיבור אשר נגרם כתוצאה מנזק אורגני למיתרי הקול ואשר נמשך תקופה רצופה של לפחות 6 חודשים.
- 2.4.7 חירשות (deafness)
אובדן מוחלט ובלתי הפיך של חוש השמיעה בשתי האוזניים, על פי קביעה של רופא א.א.ג. מומחה ובהסתמך

על בדיקת שמיעה שתוצאתה ירידה של מעל 90DB בכל התדרים.

3. סכום הביטוח

בנוסף לזכאותו של המבוטח לתגמולי ביטוח עפ"י כל אחד מפרקי הפוליסה בקרות מקרה הביטוח ישפה המבטח את המבוטח בשיעור 80% מההוצאה בפועל ועד לסך 20,000 ₪ ובכפוף להמצאת קבלות, על אחת או יותר מההוצאות הרפואיות הקשורות באופן ישיר למקרה הביטוח אותן שילם המבוטח במהלך 24 חודשים ממועד קרות מקרה הביטוח.

הוצאות רפואיות עפ"י פרק זה יוגדרו - כל טיפול או שירות רפואי כמפורט להלן: עלות אשפוז בבית חולים והוצאות בגין שירותים אותם קיבל המבוטח במהלך האשפוז אותם המבוטח נדרש לשלם ישירות לבית החולים, טיפולים מחליפי ניתוח, תרופות, טיפולים מתחום הרפואה המשלימה, הוצאות בגין טיפולי שיקום ופיזיותרפיה, אביזרים רפואיים, מושתלים וחיצוניים, התייעצויות עם מומחים, בדיקות רפואיות והוצאות העברה באמבולנס לצורך קבלת הטיפולים.

4. הגבלת אחריות המבטח

בנוסף לקבוע בחריגים הכלליים שבהסכם, אשר יחולו במלואם על פרק זה, לא יהא המבטח אחראי ולא ישלם תגמולי ביטוח למבוטח במקרים הבאים:

4.1 אם קיום מקרה הביטוח התגלה לראשונה לאחר מות המבוטח.

5. ביטול הכיסוי על פי פרק זה:

פרק זה יבוטל בכל אחד מהמקרים הבאים, המוקדם ביניהם:

5.1 מות המבוטח.

5.2 תום תקופת הביטוח כהגדרתה עפ"י הסכם זה.

5.2.1 עם תשלום תקרת תגמולי הביטוח.

6. תקופת אכשרה

תקופת האכשרה היא בת 30 ימים. למען הסר ספק, תקופת אכשרה לא תחול על מקרה ביטוח שארע מתאונה

נספח א' - הצהרת בעל הפוליסה

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

שם בעל הפוליסה: מגה קמעונאות בע"מ

הנני מצהיר כדלקמן:

1. בעל הפוליסה הוא מעסיק והמבוטחים הם עובדים של בעל הפוליסה ובני משפחותיהם.
2. ההצטרפות לביטוח על פי הפוליסה נעשתה על פי הסכמה בכתב של המבוטחים (במידה והם משלמי הפרמיות או חלקן).
3. בעל הפוליסה מצהיר כי מספר המבוטחים הוא לפחות 50.
4. בעל הפוליסה מצהיר כי לעניין היותו בעל פוליסה הוא פועל באמונה ובשקידה לטובת המבוטחים בלבד ואין לו ולא תהיה לו כל טובת הנאה מהיותו בעל הפוליסה.
5. בעל פוליסה מתחייב כי הצטרפות המועמדים לביטוח הבריאות הקבוצתי אינה מהווה תנאי להעסקה או לחברות בקבוצה המבוטחת.

נספח ב' - הצהרת בעל הפוליסה בדבר מימון הפרמיה לעובדים

שם בעל הפוליסה: מגה קמעונאות בע"מ

הנני מצהיר כדלקמן:

1. הפרמיה בגין רובד הבסיס לכל עובדי בעל הפוליסה ממומנת על ידו בשיעור 50% מהעלות.
2. אנו מתחייבים כי במידה והעובד יחויב בתשלום כלשהו בגין הביטוח, לרבות תשלום מס, העובד יוחתם על טופס הצטרפות לביטוח ותינתן הסכמתו המפורשת בכתב לגביית התשלום בו הוא נושא, וזאת בטרם צירפו לביטוח על פי הפוליסה.
3. תשלום הפרמיה על ידו בגין הביטוח ייעשה לאורך כל תקופת הביטוח כהגדרתה בפוליסה ובמידה ויחול שינוי בעניין זה אנו נודיע על כך למבטח לאלתר.

הנחיות להגשת תביעה להשתלות ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

השתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל

יש למלא ולהעביר אלינו את הטופס "תביעה להשתלות, ניתוחים וטיפולים מיוחדים בחו"ל" על שני חלקי- חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמא: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח, יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.

חלק ג' - נועד למילוי ע"י הרופא המנתח/מטפל בחו"ל. יש לצרף המלצה מרופא מומחה בתחום הרפואי הרלוונטי הקובע את הצורך בביצוע ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל ופרטים לגבי המרכז הרפואי בו הינך מבקש לבצע את ההשתלה, הניתוח או הטיפול המיוחד בחו"ל.
חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות. כמו כן, 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 הוגשו המסמכים ומהי החלטת המבטח האחר/קופת החולים.
תשובה תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים 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 למנורה מבטחים ביטוח בע"מ - מחלקת תביעות בריאות, ת.ד. 927 תל-אביב 6100802.

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000*
או במייל moked-health@menora.co.il

התיישנות

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

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.
טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL

מנורה מבטחים ביטוח בע"מ

הנחיות להגשת תביעה לתרופות

מבטח/ת נכבד/ה

תרופות שאינן בסל הבריאות

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

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

תשובה בכתב תשלח למבוטח תוך 30 ימים ממועד קבלת כל המסמכים הפורטים לעיל. ברצוננו להדגיש כי לאחר קבלת המסמכים שצויינו לעיל, עשויה החברה לדרוש פרטים או מסמכים נוספים לפי הצורך.

שיתוף פעולה שלך להשגת המידע והמסמכים המפורטים לעיל, יקדם את הטיפול בתביעתך.

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

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000*
או במייל moked-health@menora.co.il

התיישנות

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

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה. טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL

הנחיות להגשת תביעה לניתוחים

מבוטח/ת נכבד/ה

ניתוחים עתידיים

הנך זקוק לניתוח? אל דאגה, בדיוק לשם כך הנך מבוטח בחברתנו ויש בכוונתנו להעניק לך את הטיפול המקצועי והמסור ביותר ונעשה ככל שביכולתנו 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 באמצעות מוקד שירות הלקוחות בטלפון 03-7107957 או 2000 * או באמצעות פקס שמספרו: 03-7606744.

לפניך מספר אפשרויות לביצוע ניתוח העתיד:

1. באפשרותך לבחור רופא מנתח מתוך רשימת רופאי ההסכם של חברתנו, הכוללת את מיטב המנתחים בתחום. אם הנך מתקשה בבחירת מנתח או אם יש לך שאלות, תוכל ליצור קשר עם מוקד השרות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000 * לאחר שבחרת רופא מנתח, עליך למלא ולהעביר אלינו את הטופס על ארבעת חלקיו.
2. חלק א' - הכולל את פרטי המבוטח. יש למלא את כל הפרטים המבוקשים בקפידה.
חלק ב' - נועד למילוי על ידי הרופא המקצועי המטפל בקופ"ח (לדוגמא: אורטופד, רופא נשים, רופא עיניים וכו'). בהעדר רופא מקצועי מטפל בקופ"ח יש למלא את הטופס ע"י רופא משפחה או רופא ילדים בקופ"ח.
חלק ג' - נועד למילוי על ידי הרופא המנתח.
חלק ד' - טופס ויתור סודיות רפואית - יש לחתום על הטופס המצורף בהתאם להנחיות.
3. יש להעביר מסמכים רפואיים אחרים שיעזרו בקבלת החלטה לגבי הזכאות הרפואית. במידת הצורך עשויה החברה לדרוש מסמכים נוספים לצורך בירור החבות בתביעה.

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

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

* בכל שאלה ניתן לפנות למוקד השירות בחברתנו בטלפון 03-7107957 או 2000 *
או במייל: moked-health@menora.co.il

התיישנות

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

*למען הסר ספק, ההנחיות לעיל הינן הנחיות כלליות ואינן מעידות על היקף הכיסויים בפוליסה.

טפסי תביעה ניתן להוריד מאתר האינטרנט: WWW.MENORA.CO.IL

הנחיות להגשת תביעה להחזר הוצאות אמבולטוריות ובדיקות היריון

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 ויעול
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 ויעול
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 היריון

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 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 אלינו את טופס "תביעה להחזר הוצאות" בו יש למלא את שני החלקים.
חלק א' הכולל את פרטי המבוטחת. 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.

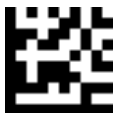
טיפול בהתפתחות הילד

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

לברורים ושאלות ניתן לפנות
למחלקת הרווחה במגה
טלפון: 08-9199999 שלוחה 1889
דוא"ל: revaha@mega.co.il

לשאלות מקצועיות ניתן לפנות ליועצי הביטוח
מלמד יועצים לניהול סיכונים בע"מ
טלפון: 09-7655326 | דוא"ל: info@mic.co.il